Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 559

Revista Española de Cardiología

# 5021-2. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDIACO EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Joaquín Vila García, Inés Ponz de Antonio, Lucía Canales Muñoz, Adriana Rodríguez Chaverri, Óscar González Fernández, Adrián Cid Menéndez, Irene Marco Clement, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Laura Peña Conde, Alejandro Lara García, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, Emilio Arbas Redondo, Pablo Merás Colunga, Ángel Aroca Peinado y José Raúl Moreno Gómez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** El trasplante cardiaco es la alternativa terapéutica más eficaz en pacientes con cardiopatías congénitas del adulto (CCA) en situación de insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. En el primer año postrasplante, las infecciones y el fracaso del injerto son las principales causas de mortalidad. El objetivo de este estudio es analizar de forma global los resultados del programa de trasplante cardiaco (TxC) de nuestro centro, así como identificar posibles variables predictoras de mortalidad al año postrasplante.

**Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes adultos con cardiopatías congénitas sometidos a TxC aislado en nuestro centro entre enero de 2019 y mayo de 2023. La recolección y análisis de datos se llevaron a cabo mediante revisión retrospectiva de historias clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 22 pacientes trasplantados. La CCA más frecuente en nuestra serie fue el ventrículo único (44,4%), seguido de la D trasposición de grandes vasos (18,2%). El 36,4% presentaban fisiología de Eisenmenger y la fracción de eyección mediana del ventrículo sistémico fue de 49% (33-55). Todos los pacientes fueron trasplantados de forma electiva y la mediana de tiempo hasta el trasplante fue de 103,0 días (53,25-181,5). La supervivencia a un año tras el trasplante fue del 77,3% y en el 60% de los casos la causa del fallecimiento estuvo directamente relacionada con el procedimiento quirúrgico y se produjo en el propio ingreso. Se analizaron posibles predictores de mortalidad en el primer año del trasplante: edad, diabetes, fibrilación auricular, presiones pulmonares, esternotomías previas (4 o más), fisiología de Eisenmenger, presencia de anticuerpos anti-HLA, mayor tiempo de circulación extracorpórea, desproporción de masa cardiaca predicha donante-receptor mayor al 10%, uso de inotrópicos, uso de vasodilatadores pulmonares previo al trasplante y el fracaso del injerto. De ellos, se asocian con mortalidad la presencia de 4 o más esternotomías previas, el mayor tiempo de CEC y el fracaso precoz del injerto, y con supervivencia el uso de vasodilatadores pulmonares.

Características basales de
los pacientes

**A. Características basales**

**B. Factores asociados a la mortalidad en el primer año postrasplante**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Edad | 39 (34,25-47,25) | **Variable** | ***Hazard ratio* (IC95%)** | **p** |
| Sexo | 45,5% varones, 54,5% mujeres | Sexo masculino | 3,56 (0,40-31,92) | *0,256* |
| Diabetes mellitus | 4,50% | *Mismatch* de masa cardiaca predicha donante-receptor > 10% | 0,45 (0,05-4,36) | *0,493* |
| Hipertensión arterial | 4,50% | DM2 | 0,01 (0-10) | *0,473* |
| Hábito tabáquico | 9,1% exfumadores | Historia previa de fibrilación auricular | 0,67 (0,11-4,01) | *0,667* |
| Cardiopatía isquémica | 9,10% | Fisiología de Eisenmenger | 0,74 (0,12-4,41) | *0,736* |
| ERC | | | | |
| *FG 60-89* | 27,30% | Anticuerpos anti-HLA | 2,37 (0,48-11,56) | *0,279* |
| *FG 45-59* | 0% | | | |
| *Proteinuria* | 22,70% | | | |
| Fibrilación auricular | 59,10% | Inotrópicos previos | 0,76 (0,08-6,81) | *0,807* |
| DAI | 72,70% | 4 o más esternotomías previas | 13,42 (1,84-97,75) | ***0,01*** |
| CRT | 86,30% | Uso de inhibidores de fosfodiesterasa 5 | 0,14 (0,023-0,86) | ***0,035*** |
| Presiones pulmonares | | | | |
| PAP sistólica | 35,0 (24,5-45,5) | Uso de antagonistas de receptores de endotelina | 0,12 (0,02-0,73) | ***0,022*** |
| PAP diastólica | 19,5 (15,75-21,25) | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PAP media | 23 (19,25-27,75) | | | |
| PCP | 18 (14,0-21-75) | | | |
| Resistencias vasculares pulmonares (dyn*sec/$cm^5$) | 0,98 (0,73-1,90) | Tiempo de isquemia | 1,01 (0,99-1,02) | *0,217* |
| Gasto cardiaco (L/min/$m^2$) | 2,2 (1,9-2,6) | Tiempo de circulación extracorpórea | 1,01 (1,01-1,03) | ***0,043*** |
| Saturación venosa mixta | 68,5 (64,0-72,0) | | | |
| Consumo de oxígeno pico (VO2max) (ml/kg/min) | 10,7 (9,85-12,9) | | | |
| Necesidad de inotrópicos previa al trasplante | *18,90%* | | | |
| *Presencia de anticuerpos HLA* | *77,80%* | | | |

*Supervivencia en el primer año postrasplante y análisis de factores predictores de mortalidad.*

**Conclusiones:** Existe poca evidencia sobre el TxC en pacientes con CCA. Llama la atención en nuestra serie que la mortalidad al año se concentra en el propio ingreso hospitalario. Esto se debe, muy probablemente, a la complejidad técnica que supone el TxC en este perfil de pacientes y a la afectación multiorgánica.