



6106-10. ¿ES DIFERENTE TRASPLANTAR VENTRÍCULOS ÚNICOS FRACASADOS EN LOS ADULTOS QUE EN LA POBLACIÓN INFANTIL?

Ángel Aroca Peinado¹, Bunty Kishore Ramchandani Ramchandani¹, Luz Polo López¹, Blanca Torres Maestro¹, Álvaro González Rocafort¹, Juvenal Rey Lois¹, Raúl Sánchez Pérez¹, Tomasa Centella Hernández², María Jesús Lamas Hernández², Carlos Labradero de Lera³ e Inés Ponz de Antonio⁴

¹Cirugía Cardíaca Infantil y de Cardiopatías Congénitas. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Cirugía Cardíaca Infantil y de Cardiopatías Congénitas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ³Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y ⁴Cardiología Unidad de insuficiencia cardíaca. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante cardíaco es el único tratamiento que prolonga la vida en los estadios terminales de las cardiopatías congénitas. La cohorte de pacientes con ventrículo único se considera de alto riesgo debido a su complejidad anatómica, multiintervenciones previas y situación clínica. Evaluamos los resultados hospitalarios y en seguimiento del trasplante cardíaco sobre ventrículo único, comparando la población > 18 años con la pediátrica.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, de todos los trasplantes cardíacos sobre ventrículo único fracasado desde 2008 hasta la actualidad.

Resultados: 27 pacientes trasplantados (12 niños y 15 adultos). Los trasplantes pediátricos fueron 2 en primer estadio, 4 tras estadio Glenn y 6 tras estadio Fontan. Edad mediana 7,2 años, peso mediano 19 kg, con mediana de estancia en UCI 11 días y un mes de estancia hospitalaria. En la población adulta 3 se realizaron en el primer estadio, 1 tras estadio Glenn y 11 tras estadio Fontan. Edad mediana 35,6 años, peso 60 kg, con mediana de estancia en UCI 6 días y hospitalaria 18 días. La población pediátrica se trasplanta con mayor grado de urgencia ($p = 0,033$); sufre mayor tiempo de isquemia del órgano (297 vs 264 min; $p = 0,1$); mayor tiempo de intubación (76 vs 37 h; $p = 0,034$) y mayor número de angioplastias de cavas en el posoperatorio (4 vs 1; $p = 0,036$). La mortalidad intrahospitalaria fue 7 pacientes; 3 (25%) niños y 4 (26,7%) adultos. Tiempo mediano de seguimiento en niños fue de 27 meses y en adultos de 24,5 meses. Mortalidad en seguimiento 2 casos: un niño por neoplasia linfoide y un adulto por hemorragia cerebral.

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas entre la población adulta y la pediátrica en cuanto a mortalidad hospitalaria (en ambos grupos 30%) ni tardía en el trasplante sobre ventrículo único fracasado. La población pediátrica llega al trasplante con mayor grado de urgencia, precisan intubación posoperatoria prolongada y más angioplastia de las venas cavas.