



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-23 - TRASPLANTE CARDIOPULMONAR. EXPERIENCIA A LARGO PLAZO

Ordóñez Ochoa, C.; Tacoronte Pérez, S.; Fontana Bellorin, A.; Cerón Navarro, J.; Morcillo Aixelá, A.; Aguilar González, K.; Jordá Aragón, C.; Escrivá Peiró, J.; Calvo Medina, V.; Sales Badía, G.

Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizar la experiencia en trasplante cardiopulmonar (TCP) en un centro trasplantador de referencia. Analizar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones postoperatorias, en la mortalidad y la supervivencia.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a TCP desde 1990 hasta 2020. Se analizaron variables demográficas de los receptores, tratamiento previo, variables del procedimiento quirúrgico, complicaciones clínicas y quirúrgicas, mortalidad precoz (30 días e intrahospitalaria) y supervivencia a largo plazo. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media \pm DE y las cualitativas en porcentaje. Se utilizó el test de t de Student o χ^2 cuando fue apropiado. La supervivencia se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier, comparándose con el test log rank. Se estableció como significativa $p < 0,05$.

Resultados: De los 40 TCP realizados, 55% fueron hombres y 45% mujeres con una edad media de 36 ± 11 años. El 55% (22 casos) tenía un grupo sanguíneo A, y el 32,5% (13 casos) grupo 0. Dieciocho pacientes (45%) recibieron corticoides de manera crónica. Los diagnósticos que motivaron el TCP fueron: cardiopatía congénita 23 (57,5%), hipertensión secundaria a enfermedad pulmonar 11 (27,5%) e hipertensión pulmonar primaria 6 (15%). Durante el procedimiento quirúrgico el tiempo medio de circulación extracorpórea (CEC) fue de 200 ± 72 minutos, con un tiempo medio para isquemia de los órganos (IO) de 228 ± 70 minutos. Las complicaciones postoperatorias quirúrgicas que se produjeron fueron: derrame pleural y hemotórax con 13 casos (32,5%) respectivamente, neumotórax 6 (15%), parálisis de nervio frénico y dehiscencia traqueal con 3 cada una (7,5%), parálisis del nervio laríngeo recurrente con 2 (5%) y dehiscencia de herida quirúrgica 1 (2,5%). Ocho pacientes requirieron reintervención (7 por hemorragia posoperatoria y 1 por dehiscencia de herida quirúrgica). La CEC > 240 minutos se relacionó con mayor hemorragia posoperatoria (85,7% vs 14,3% para ≤ 240 minutos aumentaba el riesgo de disfunción primaria (88,9% vs 11,1% en 10 días ($p = 0,019$), y la dehiscencia traqueal ($p = 0,036$) condicionaron dicha mortalidad. La supervivencia a 5 años fue del 43%, pasando al 60,6% en los últimos 10 años. La indicación de TCP por enfermedad pulmonar (OR = 2,52 [1,09-5,85], $p = 0,03$) y la CEC > 240 minutos (OR = 3,69 [1,28-10,63], $p = 0,015$) condicionaron la supervivencia.

Conclusiones: El TCP es un procedimiento de alto riesgo de morbilidad y mortalidad, pero con buenos resultados a largo plazo. El tratamiento corticoideo preTCP, y las complicaciones respiratorias condicionaron la mortalidad precoz. La indicación por enfermedad pulmonar y la CEC mayor de 240 minutos, condicionaron la supervivencia a largo plazo.