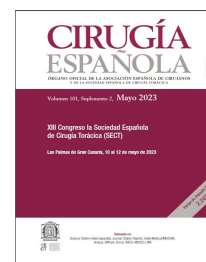




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-10 - RESULTADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL EN FUNCIÓN DE LA NECESIDAD DE SOPORTE EXTRACORPÓREO INTRAOPERATORIO

Alejandra Romero Román, Mariana Gil Barturen, Silvana Crowley Carrasco, Lucas Hoyos Mejía, Pablo Cordero Iglesias, Felipe Alayza Avendaño, José Manuel Naranjo Gómez, María del Mar Córdoba Peláez, David Gómez de Antonio y José Luis Campo-Cañaveral de la Cruz

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: El ECMO venoarterial (ECMO VA) ha desbancado en los últimos años a la circulación extracorpórea (CEC) como soporte intraoperatorio de elección para el trasplante pulmonar (TxP), incluso hay estudios que sugieren un beneficio con el uso de ECMO VA de rutina gracias a la protección del injerto durante la cirugía. Por otro lado, los pacientes con enfermedad intersticial (EI) tienen más riesgo de necesitar algún tipo de soporte intraoperatorio debido fundamentalmente a la presencia de hipertensión pulmonar y peor tolerancia hemodinámica durante el trasplante. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados del TxP en pacientes con EI en función de las distintas estrategias de soporte extracorpóreo intraoperatorio.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes ambispectivo en el que se incluyen pacientes trasplantados en nuestro centro con diagnóstico de EI (EPID y FPI) entre enero de 2013 y septiembre 2022. Se excluyeron del análisis los trasplantes realizados por indicaciones distintas a EI, retrasplantes y trasplantes cardiopulmonares. Se clasificó a los pacientes en 3 grupos según la necesidad de soporte intraoperatorio: CEC, ECMO VA, No asistencia (NA). Se realizó un análisis comparando variables relativas al donante, receptor, cirugía, posoperatorio y supervivencia a medio y largo plazo entre los tres grupos.

Resultados: La cohorte de estudio incluye un total de 158 TxP realizados por EI, de los cuales 62 (39,24%) se realizaron sin asistencia intraoperatoria, 76 (48,10%) con ECMO VA y 20 (12,66%) con CEC. Se encontraron diferencias significativas en la edad de los receptores, IMC y prioridad del trasplante, urgente en 40% de pacientes en CEC, 18,4% ECMO VA y 9,8% NA; $p = 0,009$. En el periodo postrasplante, encontramos diferencias significativas en la prolongación de ECMO posoperatorio (20% CEC, 30,3% ECMO, 5,1% NA; $p = 0,016$), la necesidad de ECMO tras la salida de quirófano (42,1% CEC, 28,7% ECMO, 8,2% NA; $p = 0,001$), desarrollo de disfunción precoz del injerto grado 3 a las 72 horas (35,2% CEC, 28,7% ECMO, 8,2% NA; $p = 0,036$), tiempo de ventilación mecánica (mediana de 18 días (4-26) CEC, 6 días (1-25) ECMO, 2 días (1-6) NA; $p < 0,001$) y estancia en UCI (mediana de 19 días (9-28) CEC, 15 días (6-30) ECMO, 9 días (5-15) NA; $p = 0,0049$). La mortalidad a 30 y 90 días fue significativamente mayor en el grupo de pacientes intervenidos con CEC (25% CEC, 2,6% ECMO, 3,2% NA; $p < 0,001$ y 30% CEC, 5,3% ECMO, 4,8%

NA; $p = 0,001$ respectivamente). En el análisis multivariable de mortalidad al año, NA y ECMO VA demostraron ser factores protectores (OR 0,160, IC95% [0,036-0,703]; $p = 0,015$ y OR 0,162 IC95% [0,041-0,663]; $p = 0,011$). Las curvas de supervivencia a 1,3 y 5 años no demostraron diferencias significativas entre los tres grupos (log-rank test, $p = 0,348$).

Conclusiones: Más de la mitad de pacientes con EI fueron trasplantados con algún tipo de asistencia intraoperatoria. Acorde a la literatura, el ECMO VA ofrece mejores resultados en cuanto a mortalidad precoz con respecto al CEC, por lo que a día de hoy es nuestra estrategia de elección como soporte intraoperatorio tanto para EI como para el resto de indicaciones.