

404 - EL TRASPLANTADO CARDIACO EN URGENCIAS

*Sánchez González, Virtudes
Rodero Barcos, Lidia
Rangel-Sousa, Diego*

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardíaco (TxC) es tratamiento de elección -a pesar de los avances en las terapias médicas para la insuficiencia cardíaca (IC) y en el soporte circulatorio mecánico (SCM) de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (ICAv), ya que mejora su supervivencia y su calidad de vida.

Sin embargo, los receptores de TxC están expuestos a un riesgo potencial de complicaciones que pueden ensombrecer los resultados del proceso del trasplante y que suelen ser motivo de consultas en el área de Urgencias. Dichas complicaciones habitualmente varían en función del tiempo transcurrido desde la propia cirugía del TxC, y pueden estar relacionados tanto con la función del propio injerto o con enfermedades y trastornos de otros órganos o sistemas, siendo estas últimas generalmente manifestaciones de los efectos adversos de los fármacos inmunosupresores que reciben estos pacientes para evitar el rechazo.

Ante la llegada de un paciente sometido a TxC cardíaco a Urgencias, debe contactarse con la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante Cardíaco (ICAv-TxC) de nuestro centro si es horario de mañana o bien con la guardia del resto del horario y se mantendrá el régimen inmunosupresor que el paciente realice en ese momento.

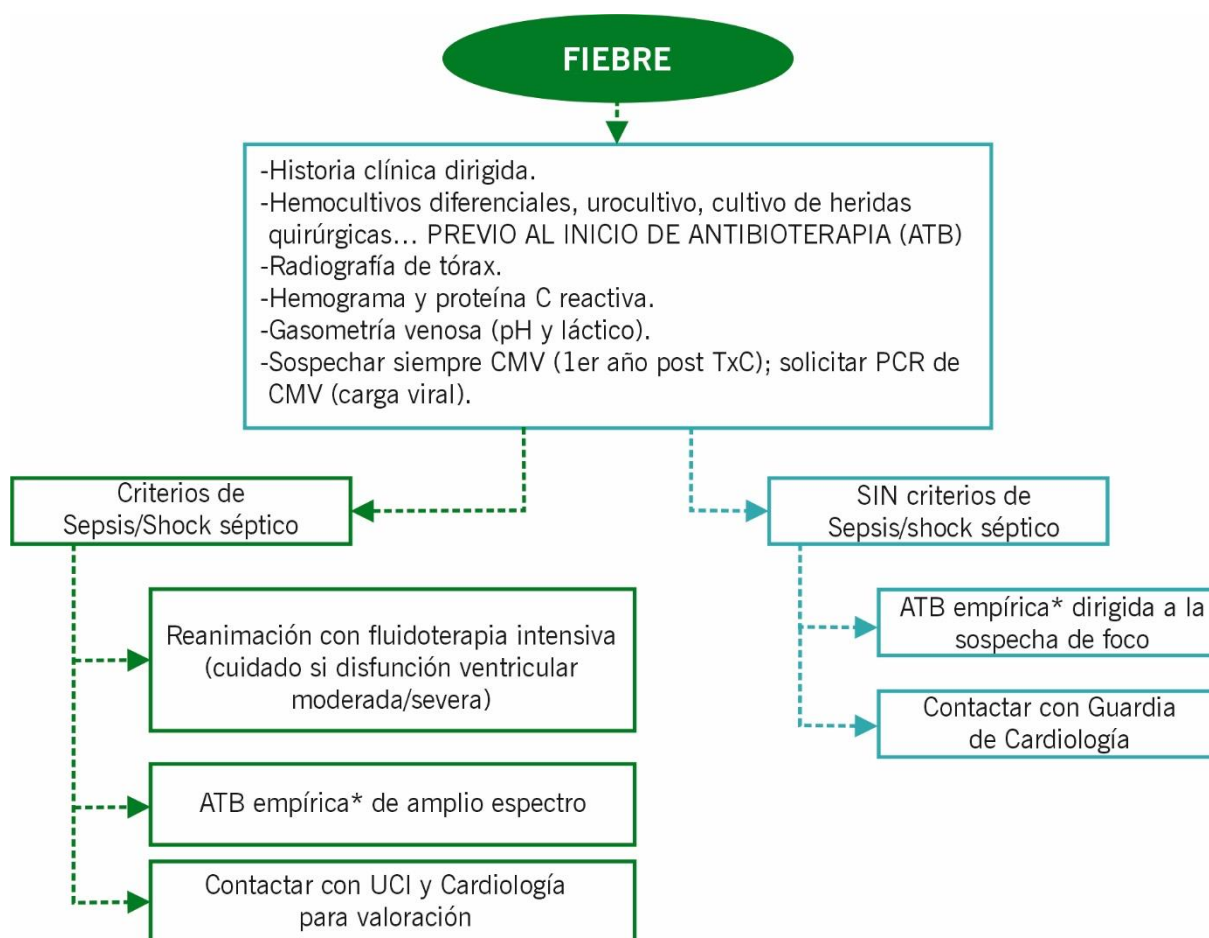
MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES

1. No relacionados con la función del injerto:

Fiebre/infecciones:

Las infecciones son una de las complicaciones más relevantes tras el TxC y se encuentran entre las causas de muerte más frecuentes a lo largo de todo el seguimiento. El paciente trasplantado sigue un régimen inmunosupresor que previene el rechazo del injerto, pero que por otro lado aumenta de forma significativa el riesgo de infecciones con respecto a la población general -infecciones además que normalmente no presentan los síntomas habituales-. Dicho riesgo es diferente según el momento postrasplante:

- El primer mes postTxC es el periodo más crítico debido a la alta carga de inmunosupresión y la fragilidad del receptor del trasplante tras la cirugía. La mayoría de los cuadros derivan de la propia intervención quirúrgica, o bien se trata de infecciones arrastradas de la situación clínica crítica del receptor previa al trasplante. Gérmenes más frecuentes: Bacterias y otros microorganismos multirresistentes.
- Entre el segundo y sexto mes postTxC, es el periodo de mayor grado de inmunosupresión y por tanto mayor riesgo de infecciones oportunistas como T. Gondii, P. Carinii, V. Herpes Simplex, L. o Monocytogenes... Destacamos en este periodo la infección por citomegalovirus (CMV), el agente infeccioso postrasplante clínicamente más relevante, que afecta hasta el 80% de los TxC, y que aumenta la morbilidad y la mortalidad. La infección por CMV habitualmente se manifiesta con la presencia de fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales; junto el hallazgo en la analítica de linfocitosis atípica, leucopenia o neutropenia, trombocitopenia y aumento de transaminasas hepáticas.
- A partir del sexto mes se estabilizan e incluso se reducen los requerimientos en la inmunosupresión y el riesgo disminuye, prevaleciendo las infecciones comunitarias tanto víricas como bacterianas.



* Basada en la **GUIA PRIOAM**. Disponible en <https://guiaprioam.com>

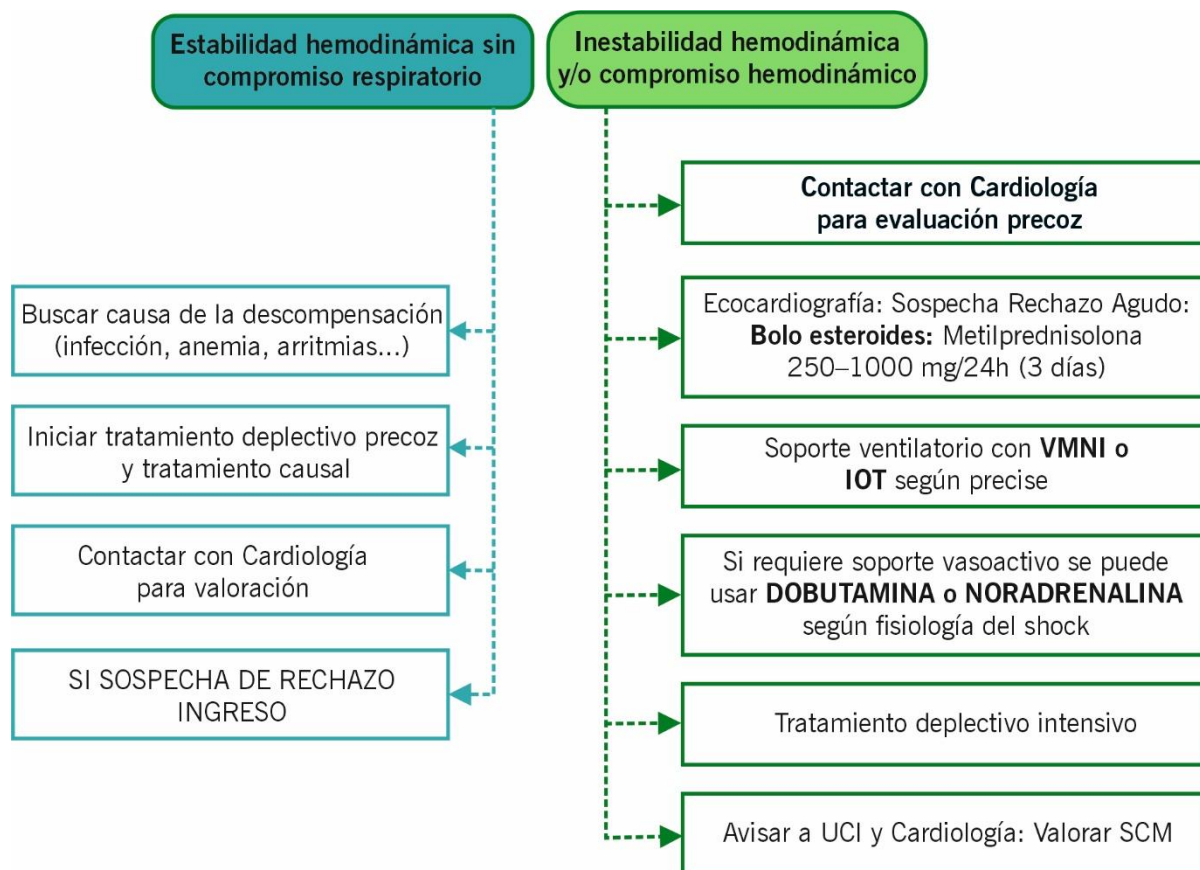
Debe tomarse en consideración que el uso de macrólidos, 5-nitroimidazoles y antifúngicos como antimicrobianos puede afectar a los niveles de fármacos inmunosupresores más frecuentemente utilizados, por lo que su uso debe ser limitado.

2. Relacionados con la función del injerto

2.1. Insuficiencia cardiaca:

Las posibles causas de IC en un paciente trasplantado son múltiples, muchas de ellas de mal pronóstico a corto plazo y que requieren actuaciones urgentes. Van desde el rechazo (agudo o crónico), a la enfermedad vascular del injerto (EVI) o las valvulopatías. Su perfil clínico y la cronología de aparición de síntomas puede orientar en su etiología facilitando la priorización y el posterior manejo de los pacientes en el área de Urgencias:

- IC izquierda (edema agudo de pulmón, disnea de esfuerzo...), sobre todo con poco tiempo de presentación de los síntomas, orienta más a rechazo agudo o a enfermedad vascular del injerto, requiriendo por tanto priorización y actuaciones urgentes.
- IC derecha (edemas periféricos, anasarca...) suele tener tiempo más larvado de evolución, siendo más frecuentes en pacientes trasplantados de larga data, con rechazo crónico incluido fallo VD (fisiología restrictiva), insuficiencia tricúspide severa relacionada o no con hipertensión pulmonar previa, etc....



2.2. Dolor torácico:

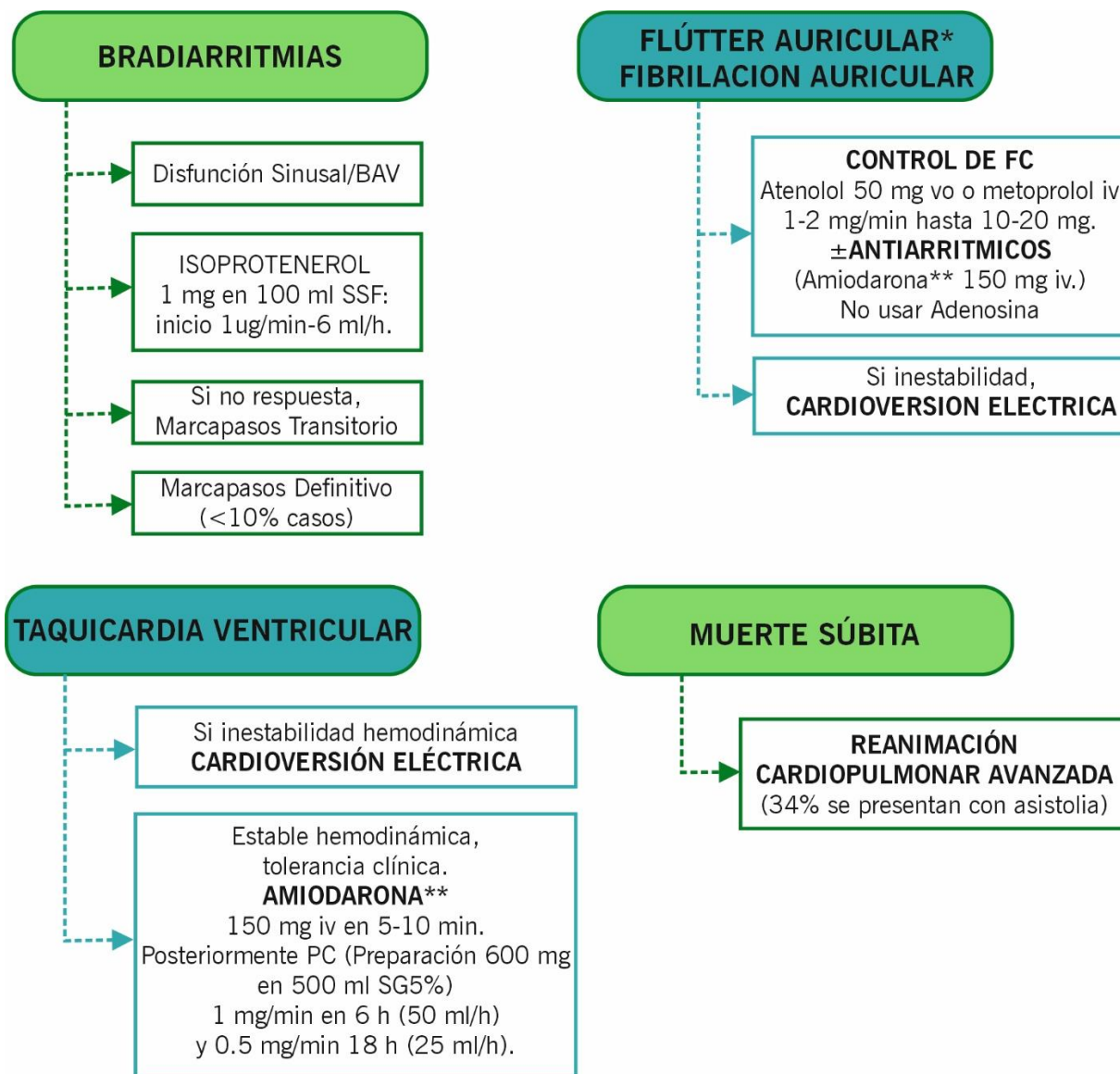
- La EVI es una forma de rechazo crónico del corazón trasplantado. Se caracteriza por un proceso inmunológico/inflamatorio endotelial progresivo que provoca estrechamiento difuso de las arterias coronarias y la aparición de isquemia miocárdica. Afecta hasta al 50% de los receptores dentro de los 10 años posteriores al TxC y se relaciona con muerte súbita, arritmias ventriculares y disfunción del injerto.
- Debido a la denervación cardíaca intrínseca a la cirugía de TxC, los pacientes con EVI en su mayoría no suelen sufrir de angina de pecho, aunque un pequeño porcentaje pueden llegar a presentar algún tipo de dolor torácico o equivalente anginoso.
- Cuando un paciente sometido a TxC consulta en Urgencias por dolor torácico, debemos saber que el ECG basal en los pacientes trasplantados suele estar alterado (presencia de BRDHH, por ejemplo) y tener baja sensibilidad para el diagnóstico de isquemia por lo que es indispensable su monitorización y la determinación y seriación de marcadores de daño miocárdico como la Troponina T ultrasensible para descartar la presencia de un síndrome coronario agudo.

2.3 Arritmias:

- Un paciente trasplantado puede consultar en el área de Urgencias por las manifestaciones habituales de las arritmias: palpitaciones, mareos, presíncope o síncope...
- La monitorización del paciente trasplantado cardíaco con síncope de perfil cardiogénico no debe ser demorada en ningún caso, y debe considerarse un paciente de alto riesgo.
- Tras estabilizar al paciente, clínica y hemodinámicamente -en caso de que lo precise- y monitorizarlo, hay que contactar con la Unidad de ICAv-TxC o la guardia de Cardiología para valoración dado que muchas de estas manifestaciones están relacionadas con arritmias que

en ocasiones pueden traducir rechazo del injerto y asociarse por tanto a mal pronóstico (p. Ej: síncope en paciente sometido a TxC).

- En todo paciente trasplantado cardiaco con arritmia supraventricular (fundamentalmente FA de nueva aparición), debe sospecharse la presencia de rechazo del injerto.
- Deben descartarse también causas extracardíacas como las infecciones.
- El tipo de arritmia, el mecanismo de la misma e incluso su pronóstico, se relacionan con el tiempo desde la cirugía de trasplante (precoces-semanas/meses- vs tardías -meses/años-).



* Arritmia más frecuente en el seguimiento de pacientes sometidos a TxC.

** Precaución con interacciones farmacológicas con inmunosupresores.

*** Otras arritmias supraventriculares como la taquicardia por reentrada intranodal son poco comunes, y se relacionan con un sustrato subyacente en el corazón del donante. No debe considerarse el uso de adenosina en el servicio de urgencias por el aumento de riesgo de bradicardia severa o asistolia.



BIBLIOGRAFÍA

1. Potena L et al. Current Cardiology Reports (2018) 20: 73
2. Kotton CN et al. Transplantation. 2018 Jun; 102(6): 900-931.
3. Constanzo MR et al. J Heart Lung Transplant 2010; 29: 914–956
4. Kobashigawa JA. Curr Heart Fail Rep (2019) 16:150–156
5. Thajudeen A et al. J Am Heart Assoc. 2012;1:e00146
6. Razonable RR, Humar A. Clin Transplant. 2019 Sep;33 (9):e13512.
7. Velleca A, Shullo MA, Dhital K. The International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) guidelines for the care of heart transplant recipients. J Heart Lung Transplant. 2023 May;42(5):e1-e141. Epub 2022 Dec 20.