

Insuficiencia cardíaca subclínica pretrasplante: disfunción precoz del injerto y riesgo cardiovascular

Ana Rita Ramos(1), Marco Montomoli(2), Miguel González Rico(2), Catarina Rodríguez Velásquez(2), Irina Sanchis Muñez(2), María Jesús Puchades(3), Rafael de la Espriella Juan(4), Gonzalo Núñez(4), Julio Núñez(5) y José Luis Gorriz Teruel(3) de (1)Nephrology Department, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Torres Novas Hospital, Torres Novas (Lisboa) - Portugal, (2)Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia - INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia - España, (3)Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia - INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria - Universitat de València, Valencia - España, (4)Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia - INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia - España y (5)Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia - INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria - Universitat de València, Valencia - España

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) subclínica, caracterizada por la presencia de alteraciones estructurales o biomarcadores de enfermedad cardíaca en ausencia de síntomas clínicos, es altamente prevalente en la enfermedad renal crónica avanzada. Sin embargo, su relevancia clínica en candidatos a trasplante renal, especialmente en relación con la función precoz del injerto y los eventos cardiovasculares tras el trasplante, permanece insuficientemente definida. El objetivo de este estudio fue caracterizar la prevalencia de IC subclínica y evaluar su asociación con la función renal precoz y los eventos de IC tras el trasplante.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó receptores adultos de trasplante renal con evaluación ecocardiográfica pretrasplante y ?3 meses de seguimiento. La IC subclínica se definió por alteraciones estructurales y/o funcionales ecocardiográficas y/o NT-proBNP ?500 pg/mL en ausencia de IC clínica.

La disfunción precoz del injerto se definió como filtrado glomerular (FG) <45 mL/min/1,73 m² a los 3 meses, y los eventos de IC como hospitalización, visita a urgencias con diuréticos intravenosos o nuevo diagnóstico de IC.

Se utilizaron regresión logística, curvas ROC y análisis de Kaplan–Meier.

Resultados: Se incluyeron 95 receptores (72,6% varones; mediana de edad 64 años), de los cuales el 70,5% habían recibido tratamiento renal sustitutivo previo, con una mediana de tiempo en diálisis de 13 meses. Los donantes presentaron una mediana de edad de 66 años (48,2% varones), siendo el 58,9% en asistolia.

La IC subclínica se identificó en el 89,5% de los receptores y se caracterizó predominantemente por alteraciones estructurales (73,7%), principalmente hipertrofia ventricular izquierda. Los pacientes con IC subclínica presentaron una función renal inferior al alta (29,0 vs 58,5 mL/min/1,73 m²; p=0,025) y a los 3 meses (37,6 vs 51,3 mL/min/1,73 m²; p=0,017), sin diferencias a los 6 meses.

Se registraron eventos de IC en 13 pacientes (13,7%), exclusivamente en aquellos con IC subclínica. Los receptores con FG <45 mL/min/1,73 m² a los 3 meses presentaron una mayor incidencia de eventos de IC (20,7% vs 2,7%; p=0,014).

En el análisis multivariante, la edad del donante (OR 1,084; p=0,002) y las alteraciones estructurales cardíacas (OR 2,953; p=0,044) se asociaron con disfunción precoz del injerto.

El FG a los 3 meses se asoció de forma significativa con los eventos de IC (OR 0,67 por cada incremento de 10 mL/min/1,73 m²; p=0,047; AUC 0,694).

Conclusiones: La IC subclínica pretrasplante es altamente prevalente en receptores de trasplante renal y se caracteriza predominantemente por remodelado cardíaco estructural. Su asociación con disfunción precoz del injerto y con eventos posteriores de IC sugiere que el fenotipo cardíaco pretrasplante puede identificar a los pacientes con mayor riesgo cardiorrenal. Estos hallazgos respaldan el valor potencial de una evaluación cardiovascular estructurada antes del trasplante para mejorar la estratificación del riesgo.