



## 7008-13. PAPEL DE LOS NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE TUBERCULOSIS EN EL TRASPLANTE CARDIACO

José Luis Lambert Rodríguez<sup>1</sup>, Beatriz Díaz Molina<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> José Bernardo Rodríguez<sup>1</sup>, Juan José Palacios Gutiérrez<sup>2</sup>, Mauricio Telenti<sup>2</sup>, Elena Velasco Alonso<sup>1</sup>, Alberto Alperi García<sup>1</sup> y Alfonso Moreno Torrico<sup>2</sup> de la <sup>1</sup>Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante, Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías de la ISHLT recomiendan un despistaje de infección tuberculosa latente (ITL) en los candidatos a trasplante cardíaco (TC) con el test de la prueba cutánea de la tuberculina (PT) y un IGRA (“interferon  $\gamma$ -release assays”) si una es positiva, se debe hacer quimioprofilaxis. Desde el inicio del programa de TC se ha estudiado la ITL con la PT, y actualmente con QuantiFERON-TB Gold, un IGRA, que detecta la liberación de interferón gamma en respuesta a antígenos tuberculosos específicos, lo que les confiere más sensibilidad, sobre todo en poblaciones inmunodeprimidas. No se conoce el papel que pueda tener la determinación seriada de IGRA en el seguimiento post-TC y su implicación en la necesidad o no de quimioprofilaxis e incidencia de reactivación de la TB.

**Métodos:** Se estudió retrospectivamente el resultado de la PT y del IGRA en el estudio pretrasplante. Se estudió el tratamiento inmunosupresor recibido, quimioprofilaxis antituberculosa, antivirales, episodios de rechazo, comorbilidades renal y hepática y mortalidad.

**Resultados:** La población a estudio es de 280 pacientes que recibieron un TC hasta el 31 de diciembre de 2015. 65 receptores (23%) tenían una prueba de TB positiva, a los que se les prescribió quimioprofilaxis durante un año. Además el 75% era IgG positivo para CMV, el 97% para virus Epstein Barr y 65% para toxoplasma. Los resultados fueron similares en el donante, 75, 95 y 51% respectivamente. A largo de la evolución la infección más frecuente fue por CMV, 80 pacientes, 71 infecciones y 9 casos de enfermedad por CMV. Sin embargo, aunque un 23% de los receptores tienen una PT positiva no tuvimos ningún caso de TB. No encontramos diferencias entre el tratamiento inmunosupresor, tratamiento antiviral, número de rechazos celulares, infecciones oportunistas, alteración de la función hepática o renal, entre los que tenían PT positiva o negativa.

**Conclusiones:** Hay un alto porcentaje de receptores de TC con PT positiva, pero ninguno sufrió reactivación de la enfermedad. Estos resultados nos hacen plantearnos si es necesario duplicar los métodos diagnósticos, como propugnan las guías, y si es necesario hacer determinaciones periódicas de IGRA en el periodo de seguimiento post-TC y si es necesario tratar a estos pacientes. Para responder a estas cuestiones hacen falta estudios prospectivos sobre la utilidad de los IGRA en TC.