



5037-2. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO DE INMUNOSUPRESIÓN A BASE DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA *DE NOVO* Y CAMBIO PRECOZ DE MICOFENOLATO MOFETILO A EVEROLIMUS EN EL TRASPLANTE CARDIACO

José Luis Lambert Rodríguez, Beatriz Díaz Molina, M. José Bernardo Rodríguez, Rebeca Alonso Arias, Santiago Melón García, Antonio López Vázquez y Carlos Morales Pérez, del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Resumen

Introducción y objetivos: La limitación a largo plazo más importante del trasplante cardiaco (TxC) es el rechazo y las complicaciones del tratamiento para evitarlo. Existen distintos protocolos de inmunosupresión, pero ninguno ha demostrado superioridad sobre los demás. La asociación de un anticalcineurínico, tacrolimus de liberación prolongada (TLP) y everolimus (EVE), inhibidor mTOR tiene un perfil muy favorable. Este estudio describe la eficacia y seguridad del uso de TLP *de novo* y del cambio precoz (a los 2-3 meses de evolución) del micofenolato mofetilo (MMF) a EVE en pacientes con TxC.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico para comparar el uso de TLP *novo* de y cambio precoz a EVE (grupo EVE; n = 49), entre octubre de 2011 y diciembre 2017, frente a tacrolimus más MMF (grupo de MMF; n = 44), entre octubre 2015 y junio 2010. Se analizaron las características basales y circunstancias del TxC, incidencia de rechazo celular, incidencia de anticuerpos donante específicos (DSA), infecciones en general e infección por citomegalovirus (CMV), al primer año tras el TxC y al final del seguimiento, así como parámetros de seguridad.

Resultados: El cambio de MMF a EVE se produjo a los 79,6 + 26,8 días. En la tabla se pueden ver las características basales y principales resultados de ambos grupos. El EVE se tuvo que suspender en 11 pacientes, 7 por edemas. Aunque los grupos son homogéneos, debido a que no son simultáneos, los del grupo EVE, estaban más graves (más antecedentes de CEC, necesidad de asistencia ventricular y peor función renal). Al final del seguimiento la función renal, la hemoglobina, leucocitos y plaquetas fue similar en ambos grupos. Los niveles del tacrolimus fueron menores en el grupo EVE a los 6, 12 meses y final del seguimiento. Hubo menor número de infecciones en general y de CMV en particular en el grupo EVE, así como la incidencia de la EVI y tendencia a menor disfunción de ventrículo izquierdo y mortalidad.

Principales variables estudiadas

Variable	Grupo MMF	Grupo EVERO	p
Sexo varón	75%	73%	

Edad receptor	53,59 + 9,36	54,96 + 10,03	0,500
Edad donante	40,07 + 11,72	48,22 + 11,26	0,001
Urgencia TxC	21%	43%	0,018
Creatinina pre-TxC	1,06 + 0,21	1,14 + 0,39	0,001
Bilirrubina pre-TxC	1,35 + 1,05	1,42 + 0,96	0,715
Asistencia pre-TxC	11,4%	34,7%	0,030
CEC previa	9,1%	28,6%	0,016
Creatinina año	1,21 + 0,21	1,12 + 0,50	0,731
Creatinina última	1,82 + 1,65	1,71 + 1,43	0,745
Niveles FK 1 año	11,33 + 3,31	8,97 + 2,68	0,010
Niveles FK final	10,17 + 2,65	7,07 + 1,84	0,010
Número infecciones	1,64 + 1,88	0,90 + 1,46	0,036
Nº infecciones CMV	0,36 + 0,36	0,04 + 0,20	0,000
DSA final	0%	6,1%	
EVI	31,8%	14,3%	0,051
Disfunción VI	4,5%	2,0%	0,601
Escala rechazo	0,33 + 0,26	0,41 + 0,27	0,135
Muertes	11,4%	0	0,021

TxC: trasplante cardiaco; CEC: circulación extracorpórea; CMV: citomegalovirus; FK: tacrolimus; EVE: everolimus; DSA: antígenos donante específicos; EVI: enfermedad vascular del injerto; VI: ventrículo izquierdo.

Conclusiones: En nuestro estudio el protocolo de inmunosupresión basado en TLP y cambio precoz de MMF a EVE parece más eficaz que el protocolo clásico de TAC más MMF, con una menor incidencia de infección en general y de CMV en particular, y baja incidencia de disfunción de VI, rechazo y presencia de DSA. Hacen falta más estudios para confirmar estos resultados.