



6006-10. ESTRATEGIA DE INMUNOSUPRESIÓN EN TRASPLANTE CARDIACO: PROTECCIÓN FRENTE A CITOMEGALOVIRUS EN ESTRATEGIAS QUE INCLUYEN EVEROLIMUS. DATOS DE DOS CENTROS ESPAÑOLES

María Vigil-Escalera Díaz¹, Pablo Catalá Ruiz², José Luis Lambert Rodríguez³, César Morís de la Tassa³, José González Costello² y Beatriz Díaz Molina³

¹Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, ²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona y ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción y objetivos: La infección por citomegalovirus (CMV) es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los receptores de trasplante cardiaco (TC). Las diferentes terapias inmunosupresoras afectan al metabolismo celular de forma distinta, pudiendo afectar así a la replicación del ADN de CMV. Estudios clínicos e *in vitro* han mostrado una reducción del riesgo de infección por CMV entre los pacientes tratados con everolimus. A pesar de las posibles ventajas que podría suponer un protocolo de inmunosupresión (IS) que incluya un inhibidor de mTOR en el TC, la evidencia científica a favor de esta opción es escasa y su uso en nuestro entorno es minoritario. El objetivo de este estudio es comparar la incidencia de la infección o enfermedad por CMV en pacientes con trasplante cardiaco en función de que el protocolo de inmunosupresión incluya everolimus o no.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los receptores de TC entre 2011 y 2021 de dos Centros con programa de TC y protocolos de IS diferentes. En el Centro “A”, predomina el uso de everolimus y en el “B” la mayoría recibe micofenolato mofetilo (MMF), ambos en combinación con tacrolimus. Se comparó la incidencia de infección o enfermedad por CMV en función del protocolo de IS empleado, con un seguimiento entre 1 y 11 años en función de la fecha de TC.

Resultados: De un total de 357 pacientes receptores de TC, se excluyeron 42 por mortalidad precoz. En el centro “A” se estudiaron 110 pacientes y en el centro “B” 205. El plan de IS predominante fue tacrolimus + everolimus (101, 92%) en el centro “A” y tacrolimus + MMF (160, 78%) en “B”. En la tabla se indica la frecuencia de aislamiento de CMV en sangre periférica (SP), la infección de órgano y multiorgánica. La infección más precoz ocurrió a los 8 días del TC y la más tardía a los 18 meses (mediana 2,3 meses). El riesgo de sufrir cualquier tipo de infección por CMV en el Centro “A” fue inferior (riesgo relativo 0,28; IC95% 0,12-0,66).

	Centro A	Centro B
Total TC	146	211

Total con IS	110	205
Inmunosupresión		
Everolimus + Tacrolimus	101 (92%)	30 (15%)
MMF + Tacrolimus	9 (8%)	160 (78%)
Otro plan IS	0	15 (7%)
CMV		
Total infección CMV	6 (5,5%)	30 (14,6%)
CMV en SP	5	24
Órgano	1	4
Multiórgano	0	2

Comparación de la incidencia de infección por citomegalovirus entre dos centros con protocolos de inmunosupresión diferentes. TC: trasplante cardiaco, IS: inmunosupresión, MMF: micofenolato mofetilo, CMV: citomegalovirus, SP: sangre periférica.

Conclusiones: En pacientes con trasplante cardiaco un régimen inmunosupresor basado en la asociación de tacrolimus y everolimus presenta menor incidencia de infección por CMV que un régimen basado en tacrolimus y micofenolato mofetilo.