



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-22 - IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR *MYCOBACTERIUM ABSCESSUS* EN EL TRASPLANTE PULMONAR POR FIBROSIS QUÍSTICA

Tacoronte Pérez, S.; Ordóñez Ochoa, C.; Fontana Bellorín, A.; Aguilar González, K.E.; Cerón Navarro, J.; Jordá Aragón, C.; Morcillo Aixelá, A.; Escrivá Peiró, J.; Calvo Medina, V.; Sales Badía, G.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los resultados del trasplante pulmonar (TP) en pacientes con fibrosis quística (FQ) en un centro de referencia. Valorar el impacto que tiene en la supervivencia la presencia *Mycobacterium abscessus* (MA) positivo antes del TP, ya que en determinadas guías supone una contraindicación relativa en centros sin experiencia.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de FQ y sometidos a TP desde el inicio del programa en 1990 hasta el 31/12/2019. Se analizaron variables demográficas, necesidad de inclusión en código 0, tipo de TP, infección por MA, mortalidad perioperatoria (MP) (a los 30 y 90 días) y la supervivencia a largo plazo. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media  $\pm$  DE y las cualitativas en porcentaje. Se utilizó el test de t de Student o  $\chi^2$  en función de la variable. La supervivencia se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier, comparándose con el test de log rank y el método de Cox. Se estableció como significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 152 pacientes diagnosticados de FQ y sometidos a TP. El 53,9% fueron varones y el 46,1% mujeres, con una edad media de  $24,10 \pm 8,02$  años. El 10,5% fueron TP infantiles ( $< 14$  años). Treinta y seis pacientes fueron trasplantados en código 0 y 3 fueron retrasplantes. Todos los pacientes fueron sometidos a trasplante bipulmonar, incluyéndose 4 trasplantes combinados (2 hepatopulmonares, 1 cardiopulmonar y 1 renal-pulmonar). Seis pacientes presentaron infección por MA. El 2% ( $N = 3$ ) tuvieron MA positivo al trasplante sin erradicar, el 1,3% ( $N = 2$ ) tuvieron antecedente de MA que fue erradicado antes del TP y el 0,7% ( $N = 1$ ) presentó MA después del TP. Los 3 pacientes con MA positivo se trasplantaron en situación de Código 0 dada la gravedad de su situación previa. La MP a 30 días fue del 8,6% ( $N = 13$ ) y a 90 días del 12,5% ( $N = 19$ ). Las causas de muerte más frecuentes fueron: sepsis 57,9%, disfunción primaria del injerto pulmonar 15,8%, hemorragia 10,5% y fallo cardiaco 10,5%. La necesidad de código 0, (OR = 4,42 [1,38-14,18],  $p = 0,012$ ) y la presencia de MA (OR = 20,55 [3,07-137,51],  $p = 0,002$ ) aumentaron la MP. Todos los pacientes con MA positivo en el momento del TP fallecieron antes de los 30 días por sepsis. La supervivencia global de la serie a 1 y 5 años fue del 82% y 67,6% respectivamente. La presencia de MA positivo previo al TP afectó la supervivencia (OR = 15,70 [4,29-57,40],  $p = 0,001$ ). Ningún paciente con MA positivo al TP sobrevivió. La presencia de MA previo erradicado, no tuvo ningún impacto en la supervivencia.

**Conclusiones:** El TP en la FQ presenta buenos resultados en términos de supervivencia, con una MP baja. La situación previa del paciente y su necesidad de TP en código 0 aumenta la MP. La presencia de MA positivo en el momento del TP afecta negativamente la MP y la supervivencia, con muy malos resultados. Los pacientes con MA positivo al TP no deben ser trasplantados antes de su erradicación.