

CMV y trasplante cardiaco: ¿realmente lo estamos previniendo?

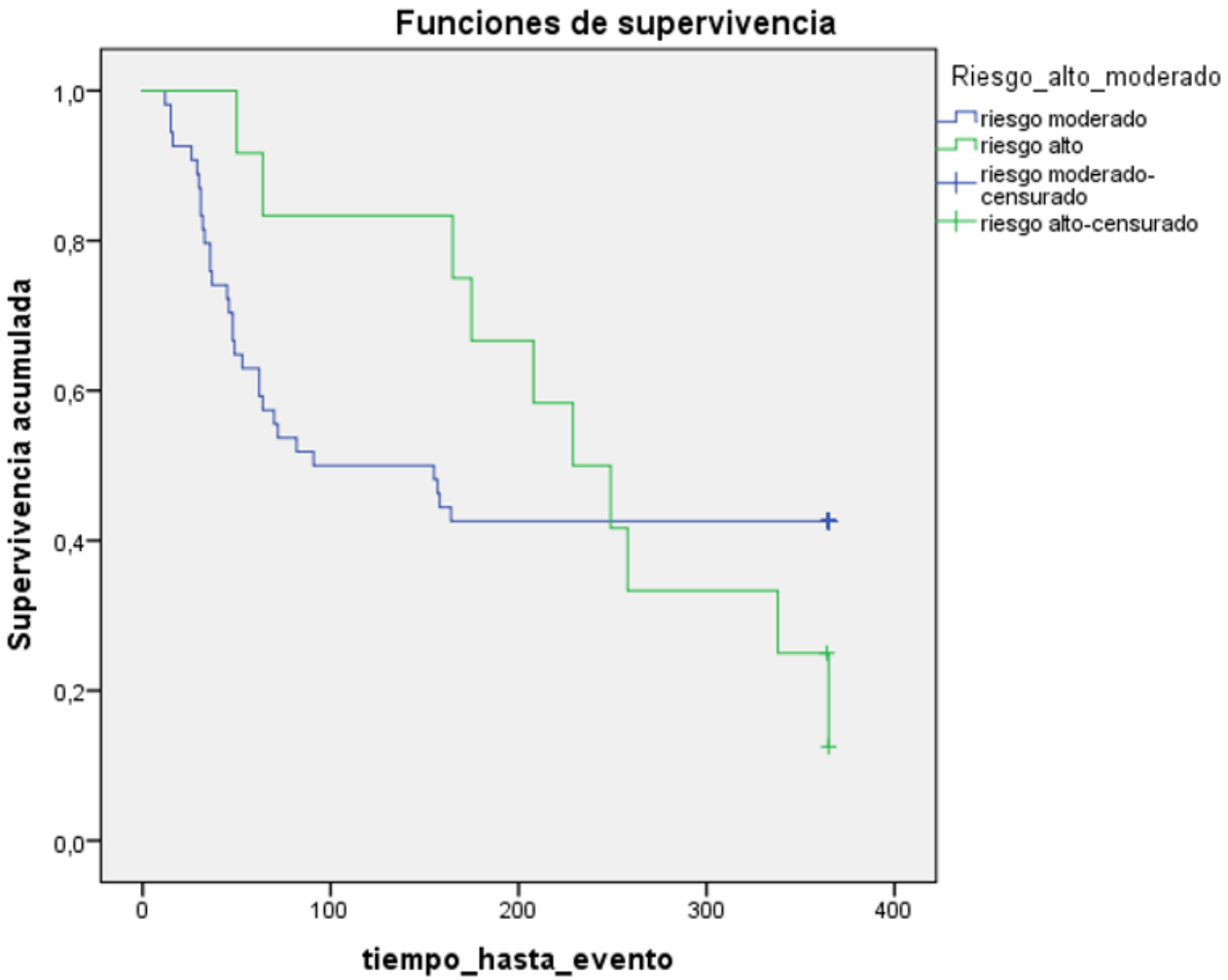
Sergio Martínez Álvarez(1), Ramón Garrido González(1), Daniela Cristina Mitroi(1), Mercedes Rivas Lasarte(1), Francisco José Hernández Pérez(1), Carlos Collado Macián(2), David Pujol Pocull(2), Alejandro Nistal Juárez(2), Manuel Gómez Bueno(1) y Javier Segovia Cubero(1) de (1)Servicio de Cardiología, Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante Cardíaco y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) sigue siendo una de las complicaciones oportunistas más frecuentes y relevantes tras el trasplante cardiaco (TxC). Se plantea profilaxis universal con valganciclovir en pacientes de alto riesgo (receptor negativo [R-], donante positivo [D+]), en el riesgo intermedio (R+) suele emplearse terapia anticipada. El objetivo fue analizar la incidencia, factores asociados y resultados clínicos según la estrategia preventiva y el grupo de riesgo.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los últimos 70 pacientes que sobrevivieron más de 1 año tras un TxC en nuestro centro (septiembre 2021 - marzo 2025), excluyendo mortalidad precoz o fallecimiento por otras causas durante el primer año. Se analizaron variables clínicas, incidencia de CMV y supervivencia libre de infección mediante curvas de Kaplan-Meier y regresión multivariante.

Resultados: La edad media fue de 51±11,6 años, el 31,4% fueron mujeres. El riesgo basal fue bajo en 5,7% (R-/D-), moderado en 77,1% (R+) y alto en 17,1% (R-/D+). No hubo fallecimientos atribuibles a CMV durante el primer año. El 58.6% (n=41) sufrió infección por CMV. Tuvieron más infecciones por otros agentes con ingreso (51,2% vs 13,8%; p<0,01). Dos desarrollaron enfermedad vascular del injerto, ambos con CMV (p=NS). Pese a profilaxis universal (mediana 185 días), el 83% de alto riesgo presentó infección. En riesgo intermedio, 11 (20,3%) recibieron profilaxis (mediana 103 días) y 43 (79,7%) terapia anticipada. Los de alto riesgo presentaron mayor infección sintomática (90% vs 19,4%; p<0,05), ingresos (70% vs 12,9%; p<0,05), leucopenia con necesidad de factores estimulantes (80% vs 12,9%; p<0,05), carga viral al diagnóstico y recurrencia (p<0,05), y mayor uso de profilaxis secundaria (30% vs 12,9%; p<0,05). No hubo diferencias en el tiempo hasta la infección entre grupos (log-rank p=0,754). En riesgo intermedio, la estrategia preventiva se asoció de forma independiente con la infección (OR 6,07; IC 95% 1,33–27,65; p=0,020).

Conclusiones: El CMV sigue siendo altamente prevalente tras el TxC. La profilaxis en pacientes de alto riesgo retrasa el momento agudo de la infección, pero no logra evitarla en la mayoría de los casos. La estrategia preventiva empleada es un factor determinante para la prevención de la infección en los pacientes de riesgo intermedio, lo que subraya la importancia de optimizar el manejo en este grupo.



Características relacionadas con la infección por CMV en los grupos de riesgo intermedio y alto

	Riesgo moderado (R+) (n=31)	Riesgo alto(D+/R-) (n=10)	p
Infección sintomática	6 (19,4%)	9 (90%)	<0,05
Precisan ingreso	4 (12,9%)	7 (70%)	<0,05
Número copias al diagnóstico (mediana+RIQ)	2240 (RIQ 3401)	11000 (—)	<0,05 (prueba de Mann–Whitney)
Leucopenia con necesidad de estimulantes colonias	4 (12,9%)	8 (80%)	<0,05
Infección por CMV refractaria	3 (9,7%)	2(20%)	NS
Necesidad fármacos 2º línea (maribavir, foscarnet)	4 (12,9%)	4 (40%)	NS
Recurrencia tras tratamiento inicial	9 (29%)	3 (30%)	NS
Número copias en la recurrencia (mediana+RIQ)	1100 (RIQ 1109)	7850 (—)	<0,05 (prueba de Mann–Whitney)
Empleo de profilaxis secundaria	4 (12,9%)	5 (30%)	<0,05

RIQ: rango intercuartílico