

Prevalencia de infecciones asociadas al donante en receptores de trasplante pulmonar. Cuando todo lo que uno hace no alcanza

Prevalence of donor-associated infections in lung transplant recipients. When it's never enough

Autores: Svetliza Graciela¹, Wainstein Esteban²

¹ Médica de Planta Neumonología/Subjefa Trasplante Pulmonar. Miembro de Equipo de Trasplante Pulmonar del Hospital Italiano de Buenos Aires. Profesora Titular UIHI

² Jefe de Neumonología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de Equipo de Trasplante Pulmonar del Hospital Italiano de Buenos Aires

Las infecciones son la mayor causa de morbimortalidad pos trasplante pulmonar. Suelen ser, además, una complicación agregada a cualquier insulto que sufra el órgano trasplantado como puede ser la disfunción primaria y el rechazo agudo¹, agravando el cuadro y ensombreciendo el pronóstico, dado que estos hechos favorecen el rechazo crónico.

El pulmón tiene la tasa más alta de infección de todos los órganos sólidos trasplantados y esto constituye una amenaza a lo largo de toda la vida del paciente trasplantado, aun cuando está bien y la funcionalidad pulmonar es normal. Ello es en parte por el alto nivel de inmunosupresión, pero además, por el hecho de que es el único órgano sólido en contacto con el exterior. Por otro lado, el pulmón trasplantado tiene disrupción de los mecanismos de defensa, como son la tos, el clearance mucociliar y la pérdida del lecho linfático, lo cual aumenta aún más el riesgo en el postoperatorio inmediato

Los orígenes de la infección temprana son varios: aquellas asociadas al receptor (pacientes con enfermedad supurada: bronquiectasias), al donante –el tema que nos ocupa ahora– y a la fase perioperatoria. La amplia mayoría de las veces la forma de presentación de la infección es una neumonía², y, en el caso del trasplante unipulmonar, ésta se ubica por lo general en el pulmón trasplantado. La incidencia en los primeros días post trasplante, a pesar de la profilaxis es del 10 al 20%³. La infección bacteriana es la más común y es la principal causa de muerte en el postrasplante inmediato⁴. Cabe recordar que estos pacientes pueden desarrollar otros tipos de infección bacteriana como empiema, sepsis e infección de la herida quirúrgica

La presentación clínica de la neumonía en esta población suele ser atípica y el diagnóstico precoz es fundamental. Es así que la fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar cobra una relevancia fundamental. En algunos casos se acompaña de biopsia que ayuda al diagnóstico de rechazo que puede acompañar y complicar el cuadro.

El trabajo publicado por el Dr Balcázar Torres y cols muestra datos interesantes⁵:

Si bien, según la literatura el 60% de los pulmones trasplantados están colonizados, sólo en el 6 al 12% se desarrolla infección activa⁶. Según nuestra experiencia en el Hospital Italiano de BA en 55 trasplantes pulmonares del 2010 al 2017, la transmisión de la infección del donante al receptor fue de

un 12%, (aun cuando casi en el 93% se aislaron gérmenes en muestras del donante), y los receptores en su mayoría desarrollaron neumonía, aunque hubo algún caso de tráqueobronquitis y empiema⁷, a pesar de la profilaxis instituida. En este trabajo de Fundación Favaloro esto sólo sucedió en el 3%, lo cual es muy remarcable

Por otro lado, de los dos pacientes que desarrollaron infección, uno fue a causa de *Pseudomona* multirresistente (causa frecuente), y el otro, por *Cándida* con infección inicial en sitio quirúrgico y posterior sepsis y neumonía. Cabe recordar que la *Pseudomona*, el *S áureus* y la *Cándida* son causas comunes nosocomiales de infección de la herida quirúrgica, y en este caso, fue asociado al donante

Otros dos datos para destacar: la media de edad al trasplante 39 años, son jóvenes, probablemente porque la mayoría eran por fibrosis quística y el 80% de los trasplantes fueron realizados en situación de Urgencia/Emergencia. Esto tiene que ver con la dificultad en la procuración, pero también, tal como se menciona en el trabajo, con la prioridad que algunas patologías (como la FQ) tiene sobre otras

Resumiendo: Dada la frecuencia de las complicaciones infecciosas y el riesgo de pérdida del injerto, es importante que la infección sea considerada, investigada y tratada agresivamente lo antes posible recordando que la presentación puede ser absolutamente inespecífica.

Vale la pena destacar que los resultados tan favorables que muestra la serie de este trabajo no son casuales. Tiene que ver, tal como lo recomiendan sus autores al final del artículo, con el relevamiento bacteriológico de las secreciones respiratorias, de la herida quirúrgica, del líquido de transporte y de los hemocultivos del donante, así como también con una actitud agresiva y resuelta ante la sospecha/confirmación de infección en el paciente trasplantado.

Este trabajo constituye un muy valioso aporte en un tema donde, tal como se menciona, hay poca literatura al respecto.

Bibliografía

1. Banner N, Polak J, Yacoub M. En: Lung Transplantation. 412 pp., illustrated. New York, Cambridge University Press, 2003.
2. Gavalda J, Roman A, Pahissa A. Risks and epidemiology of infections after lung or heart-lung transplantation. In: Transplant Infections, 3rd ed, Bowden RA, Lungman P, Snyderman DR (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, 2010. p.114.
3. Allograft colonization and infections with pseudomonas in cystic fibrosis lung transplant recipients: Nunley DR, Grgurich W, Iacono AT, Yousem S, Ohori NP, Keenan RJ, Dauber JH. Chest. 1998; 113(5): 1235.
4. Zaas AK, Alexander BD. New developments in the diagnosis and treatment of infections in lung transplant recipients. Respir Care Clin N Am 2004; 10: 531.
5. Balcazar Torres J, Ossés JM, Calderón J, et al. Prevalencia de infecciones asociadas al donante en receptores de trasplante pulmonary. Rev Am Med Resp. 2022; 22: 31-40.
6. Ruiz I, Gavalda J, Monforte V, et al. Donor-to-host transmission of bacterial and fungal infections in lung transplantation. Am J Transplant. 2006 Jan;6(1): 178-82.
7. Wainstein Ej, Smud A Mañez N, et al. Donor to Host Transmission of Infection in Lung Transplantation. J Heart Lung Transp 2019; 38.