

## Sesión de comunicaciones II

### 9. EVIDENCIA *IN VITRO* DEL POTENCIAL DE LOS PROBIÓTICOS PARA PREVENIR LA PÉRDIDA DE TOLERANCIA A LA FLORA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

M. Carol, M. Antolín, M. Llopis, N. Borrueal, F. Casellas, F. Guarner y J.R. Malagelada

*Unidad de Investigación de Aparato Digestivo. Ciudad Sanitaria Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Introducción:** La flora juega un papel esencial en la perpetuación de las lesiones inflamatorias de la enfermedad de Crohn (EC) por un mecanismo que se ha explicado como pérdida de tolerancia a la flora autóloga. En un trabajo previo nuestro grupo demostró que el probiótico *L. casei* (DN-114 001) reduce *in vitro* la producción de TNF $\alpha$  en tejido de pacientes con enfermedad de Crohn, y que la respuesta se transduce a la lámina propia con reducción de marcadores de activación en los linfocitos T (Borrueal et al, *Gut* 2002).

**Objetivo:** Estudio del efecto de una cepa con propiedades probióticas conocidas (*L. casei*) en la prevención y/o reversión de la respuesta inflamatoria primaria producida por una *E. coli* no patógena.

**Pacientes y métodos:** Se incubaron explantes de mucosa ileal (20-30 mg) de 4 pacientes con EC durante 24 h en presencia de *E. coli* o *L. casei* y *E. coli* a la vez. Otras condiciones fueron 24 h con *E. coli* y las últimas 8 h con *L. casei* o a la inversa. Se realizaron duplicados de cada condición. Se monitorizó la viabilidad tisular (LDH) y el pH en el medio de cultivo, se determinaron los niveles de TNF $\alpha$  al final de la incubación y se realizó un recuento bacteriano cuantitativo a las 15 h y a las 24 h en el tejido y en el sobrenadante.

**Resultados:** En el co-cultivo de 24 h de *L. casei* (*Le*) y *E. coli* (*Ec*) los niveles de TNF $\alpha$  disminuyen significativamente respecto a la condición con *Ec* sola (*Ec* y *Le*:  $46 \pm 20,5$  pg/ml frente a *Ec*:  $261 \pm 80,8$  pg/ml;  $p = 0,02$ ;  $n = 8$ ). La adición de *Le* las últimas 8 h de cultivo después de la colonización inicial de *Ec* disminuye los niveles de TNF $\alpha$ , pero esta disminución no llega a la significación estadística (*Ec* y 8 h con *Le*:  $143 \pm 51,7$  pg/ml frente a *Ec*:  $261 \pm 80,8$  pg/ml;  $n = 8$ ). Cuando se inicia el co-cultivo con *Le* y las últimas 8 h se añade *Ec*, se observa una reducción significativa de los niveles de TNF $\alpha$  (*Le* y 8 h con *Ec*:  $78,4 \pm 42,7$  pg/ml frente a *Ec* [últimas 8 h]:  $421,3 \pm 149,5$  pg/ml;  $p = 0,03$ ;  $n = 8$ ). No se observan diferencias significativas de los niveles de LDH ni del pH en el medio de cultivo entre los diversos grupos estudiados.

**Conclusión:** *L. casei* previene, y en algunos casos revierte, el estímulo inflamatorio producido por *E. coli* no patógena en explantes de fleon inflamado de enfermos de Crohn.

### 10. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA TRANSMISIÓN NOSOCOMIAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Martínez-Bauer, X. Forns, A. Feliu, M. García-Retortillo, M. Martín, M. Navasa, J.M. Sánchez-Tapias, M. Bruguera y J. Rodes

*Servicio de Hepatología. IMD. Hospital Clinic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona.*

A pesar de las importantes implicaciones médicas y legales de la transmisión nosocomial del virus de la hepatitis C (VHC), no existen estudios prospectivos que analicen su impacto real.

**Objetivos:** Evaluar de forma prospectiva la incidencia y los mecanismos implicados en la transmisión del VHC.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes anti-VHC negativos ingresados en alguna de las tres salas de una unidad de hepatología, desde agosto de 2000 hasta Julio de 2002. Se registraron diariamente durante los dos años del estudio todos los procedimientos invasivos, transfusiones de hemoderivados, así como la distribución en las salas de los pacientes anti-VHC positivos y negativos. A los 6 meses del alta hospitalaria se volvía a determinar el anti-HCV y si se producía seroconversión, se determinaba el

ARN del VHC. El personal sanitario de estas salas estaba bien entrenado en el mantenimiento de las medidas universales de prevención de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas y se les informó de el diseño y los objetivos del estudio.

**Resultados.** Disponemos de los resultados del primer año, que incluyen 800 pacientes anti-VHC negativos y 1511 ingresos. La prevalencia media de la infección por el VHC en las diferentes salas oscilaba entre el 35% y el 51%. En total, se llevaron a cabo 2262 procedimientos invasivos en pacientes anti-VHC negativos y 162 pacientes (20%) recibieron transfusión de hemoderivados. En 3 pacientes se observó una seroconversión anti-VHC y en los tres se confirmó la presencia de viremia. Ninguno de ellos presentaba otros factores de riesgo distintos de la hospitalización. La incidencia anual calculada de seroconversión a anti-VHC fue de 0,19/100 ingresos. Mediante un análisis filogenético de la región hipervariable 1, las cepas virales aisladas de cada uno de los pacientes infectados se relacionaron estrechamente con cepas de 3 pacientes infectados por el VHC que se encontraban hospitalizados en la misma habitación (2 casos) o en la misma sala (1 caso). No se encontró ninguna relación entre la seroconversión a anti-VHC y la realización de procedimientos invasivos o la transfusión de hemoderivados.

**Conclusiones.** En salas convencionales de hospitalización, y a pesar de la instauración de medidas universales de prevención, se sigue produciendo transmisión nosocomial del VHC y ésta tiene lugar de paciente a paciente. Los resultados de nuestro estudio sugieren que el personal de enfermería no debería atender de manera simultánea a pacientes infectados y no infectados por el VHC.

### 11. TRATAMIENTO LOCAL DE TUMORES RECTALES MEDIANTE MICROCIROUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL. EXPERIENCIA TRAS 178 PACIENTES

J. Serra, F.J. Lorente, J.L. López Negre, P. Gris, D. Cabello, B. Calahorra y J. Urgellés

*Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Sant Boi. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.*

**Introducción:** Desde principios de 1997, se inició en nuestro servicio el tratamiento de tumores de recto mediante un riguroso programa de estudio y selección para la indicación mediante microcirugía endoscópica transanal (TEM). La TEM es un método endoluminal, mínimamente invasivo, que mediante un especializado instrumental, permite la extirpación transanal de lesiones desde la línea pectínea hasta una distancia de 20 cm del margen anal.

**Objetivo:** Presentamos nuestra experiencia tras un programa de estudio prospectivo.

**Material y métodos:** Todo tumor rectal diagnosticado fue sometido a los estudios de ecografía endorrectal, colonoscopia con biopsia multifocal y encuesta de función esfinteriana. En el caso de tumores malignos se solicitaba ecografía abdominal y CEA. Tras la estadificación, la indicación de TEM la clasificamos en 4 grupos: I) tumores benignos; II) carcinomas uT0 y uT1 con uNO (intención curativa); III) carcinomas uT2- uN0, bajo grado histológico (indicación consensuada); IV) carcinomas de estadificación superior con intención paliativa. Los límites de altura de la tumoración venían definidos hasta 20 cm posteriores del margen anal y 15 cm laterales o anteriores. Todos los pacientes fueron sometidos a preparación mecánica del colon, profilaxis antibiótica y antitrombótica antes de la intervención. La operación se realiza bajo anestesia general. En la colocación del paciente debe quedar siempre la lesión en localización inferior.

**Resultados:** Se han intervenido un total de 178 pacientes procedentes de 21 centros diferentes, casuística posible por habernos convertido en centro de referencia de nuestra área. Fueron intervenidos 101 pacientes con diagnóstico de adenomas y 77 carcinomas. La localización del tumor fue entre 0-6 cm del margen anal en 29 pacientes, entre 7 y 14 cm en 125 pacientes y entre 15 y 19 cm en 24 pacientes. Complicaciones mayores: 4 perforaciones (2,2%), con reintervención en 3 de ellas; la cuarta se apreció durante la intervención, realizándose una sutura primaria con buena evolución.

La estancia media fue de 5,2 días. La mortalidad operatoria ha sido nula. El seguimiento medio de los pacientes fue de 49 meses (rango, 3-67 meses). En el grupo de adenomas se produjeron 7 recidivas (6,9%), cinco de ellas controladas mediante endoscopia y dos mediante nuevo TEM. Dentro del grupo de carcinomas, 62 pertenecían al grupo II, ha existido tres recidivas (3,9%) que fueron rescatadas mediante resección anterior en dos casos y el otro tras un Miles. La función esfinteriana no se ha visto alterada tras el procedimiento en ninguno de los pacientes.

**Conclusiones:** La TEM es una buena técnica para tratar tumores rectales, ya que respeta la función sexual, vesical y esfinteriana, consigue una pieza correcta y presenta muy baja morbilidad, nula mortalidad y resultados, en sus indicaciones, excelentes.

## 12. PRODUCCIÓN Y FUNCIÓN DE LA PROTEÍNA PAP EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL HUMANA

M. Gironella, M. Sans, D. Closa\*, J. Iovanna\*\*, R. Miquel\*\*\*, O. Merino, J.M. Piqué y J. Panés

*Servei de Gastroenterologia. Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona. \*Dept. Bioanalítica Médica, IIBB-CSIC. IDIBAPS. Barcelona. \*\*Servei Anatomia Patològica. Hospital Clínic. Barcelona. \*\*\*EMI 0116, Centre de Recherche INSERM. Marsella. Francia.*

**Introducción:** PAP es una proteína –secretada por el páncreas en situación de inflamación– cuya función no se conoce claramente. Dos estudios recientes hechos con *microarrays* de ADN muestran un aumento significativo de la expresión del gen de la PAP en biopsias intestinales de enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Objetivo:** Investigar la producción de PAP en pacientes con EII y su efecto sobre la inflamación intestinal

**Métodos:** Se recogió plasma de pacientes control (n = 4), con enfermedad de Crohn (EC) activa (n = 16) y con colitis ulcerosa (CU) activa (n = 15) y se determinaron los niveles plasmáticos de la proteína PAP mediante la técnica ELISA. Se analizaron los niveles de secreción de PAP en el tejido humano *ex vivo* mediante el cultivo de biopsias intestinales endoscópicas en pacientes control (n = 13), con colitis ulcerosa activa (n = 20), con colitis ulcerosa inactiva (n = 3), con enfermedad de Crohn activa (n = 6) y pacientes con enfermedad de Crohn inactiva (n = 1). Para saber cuáles son las células productoras de PAP en el intestino humano se realizó una inmunohistoquímica sobre muestras de tejido colónico y ileal procedente de pacientes con CU, EC y controles. Para estudiar si la administración de PAP exógena ejerce algún efecto sobre la secreción de citoquinas proinflamatorias se cultivaron las biopsias con diferentes dosis de PAP (50, 500 y 2.000 ng/ml) y se analizaron los valores de TNF $\alpha$  secretados. Se estudió la activación de NF- $\kappa$ B mediante inmunofluorescencia sobre células epiteliales humanas de colon cultivadas *in vitro* en las siguientes condiciones: control, control con diferentes dosis de PAP, activadas con TNF $\alpha$  y activadas con TNF $\alpha$  más diferentes dosis de PAP.

**Resultados:** Tanto los pacientes con EC como CU activos muestran un aumento significativo de los valores plasmáticos de PAP respecto los pacientes control. La secreción de PAP en tejido de pacientes con enfermedad activa es significativamente superior que en la inactiva o controles sanos. La inmunohistoquímica muestra que la PAP se localiza en gránulos secretores de las células de Paneth y de células epiteliales de la base de las criptas. La incubación de biopsias endoscópicamente activas de CU y EC con PAP 50 ng/ml hace disminuir los niveles secretados de TNF4 (n = 9; p < 0,05). Las dosis superiores de PAP estudiadas no aumentan el efecto inhibitor. La inmunofluorescencia nos muestra que la PAP es capaz de revertir la activación nuclear del factor de NF- $\kappa$ B en células epiteliales de colon humano tras un estímulo inflamatorio

**Conclusión:** Estos resultados muestran que la PAP sintetizada en las células de Paneth aumenta en el colon de enfermos con EII, y que esta proteína tiene un efecto antiinflamatorio al inhibir la activación del factor NF- $\kappa$ B y la citocina pro-inflamatoria TNF $\alpha$  que está bajo su control.

## 13. EFICACIA DE LEVOSULPIRIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL DE TIPO DISMOTILIDAD: COMPARACIÓN ALEATORIZADA Y DOBLE CIEGO CON CISAPRIDA

F. Mearin<sup>a</sup>, L. Rodrigo<sup>b</sup>, A. Pérez-Mota<sup>c</sup>, A. Balboa<sup>a</sup>, I. Jiménez<sup>d</sup>, J.J. Sebastián<sup>e</sup> y C. Patón<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Central de Asturias. Oviedo.

<sup>c</sup>Hospital Virgen de la Torre. Madrid. <sup>d</sup>Hospital de la Princesa. Madrid.

<sup>e</sup>Hospital Miguel Servet. Zaragoza. <sup>f</sup>Hospital Río Ortega. Valladolid.

El tratamiento eficaz de la dispepsia funcional continúa siendo un reto. El fármaco más utilizado y con mejores resultados ha sido la cisaprida, pero sus efectos adversos cardiovasculares han limitado su uso. Levosulpirida es un derivado benzamídico, antagonista de los receptores D<sub>2</sub>, con actividad procinética capaz de acelerar el vaciamiento gástrico e incrementar el umbral de molestia a la distensión gástrica.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de levosulpirida en pacientes con dispepsia funcional de tipo dismotilidad.

**Métodos:** Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y doble ciego comparando los efectos del tratamiento durante 8 semanas con levosulpirida 25 mg/8 h por vía oral (n = 69) y cisaprida 10 mg/8 h por vía oral (n = 71). Se valoraron los síntomas individuales (dolor/molestia, plenitud, distensión, saciedad precoz y náusea/vómitos), la puntuación global de la dispepsia, la calidad de vida relacionada con la salud (Nottingham Health Profile: NHP) y la ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory: STAI). Asimismo se recogieron las reacciones adversas.

**Resultados:** Tanto levosulpirida como cisaprida mejoraron los síntomas de dispepsia y disminuyeron el valor de la puntuación global (-79,9% y -71,3%, respectivamente), con una tendencia a favor de levosulpirida (p = 0,07). La calidad de vida relacionada con la salud y el nivel de ansiedad mejoró de forma similar con ambos tratamientos: mejoría global del NHP del 37,5% con levosulpirida y del 40,8% con cisaprida; la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo disminuyó en ambos grupos, aunque el cambio fue poco importante y similar. El 76% de los pacientes con levosulpirida y el 77% con cisaprida evaluaron la eficacia del tratamiento como “excelente” o “buena”. En el 18,8% de los casos (13/69) del grupo levosulpirida y en el 11,3% (8/71) de cisaprida se registró algún acontecimiento adverso relacionado con la medicación. En este último grupo, un número significativamente mayor de pacientes (p = 0,03) tuvo que abandonar el tratamiento por efectos adversos.

**Conclusiones:** Levosulpirida es, al menos, tan eficaz como la cisaprida en el tratamiento de la dispepsia funcional de tipo dismotilidad, y constituye una alternativa interesante a cisaprida en estos pacientes.

## 14. PARACENTESIS CON BAJO FLUJO DE EXTRACCIÓN DE LA ASCITIS: ESTUDIO CONTROLADO

S. Coll, M. Piqueras, L. Molina, M.D. Giménez, M.C. Vila, X. Torras, C. Guarner y R. Solà

*Sección de Hepatología y Servicio de Cardiología. Hospital de Sant Pau y Hospital del Mar. Barcelona.*

Se ha sugerido que la disminución del flujo de salida de la ascitis podría evitar el descenso de las resistencias vasculares sistémicas (RVS) que aparece en los cirróticos con disfunción circulatoria (DCIP) tras paracentesis total (PT)

**Objetivo:** Comparar la eficacia y seguridad de la PT con bajo flujo de extracción (20 cc/min) sin albumina i.v. (grupo 1; n = 22), y PT (100 cc/min) con albúmina i.v. (8 g/l) (grupo 2; n = 19).

**Método:** La PT en el grupo 1 fue realizada con un aparato diseñado para mantener un flujo fijo de extracción de la ascitis. Antes y después de la PT se determinaron la presión arterial media (PAM), la presión intraabdominal (PIA), el gasto cardíaco (GC) y RVS (Doppler-US). Antes y al 6.º día de la PT se evaluaron la actividad de la renina plasmática (ARP) y la aldosterona (ALD).

**Resultados:** Las características basales fueron similares en ambos grupos. El volumen de ascitis extraída fue de  $7,9 \pm 0,5$  y  $7,1 \pm 0,4$  l, respectivamente ( $p = \text{NS}$ ). La duración media del procedimiento fue de 7,4 y 4 h, y el coste medio por paciente de 27,3 y 290 euros, respectivamente ( $p < 0,0001$ ). La tabla muestra las variaciones de los parámetros hemodinámicos y hormonales.

|                               | Grupo 1 (n = 22) |                | Grupo 2 (n = 19) |               | ANOVA |
|-------------------------------|------------------|----------------|------------------|---------------|-------|
|                               | Basal            | Post-PT        | Basal            | Post-PT       |       |
| PIA (mmHg)                    | $14,2 \pm 0,9$   | $5,8 \pm 0,8$  | $12,2 \pm 0,8$   | $2,1 \pm 0,5$ | NS    |
| PAM (mmHg)                    | $81 \pm 2$       | $78 \pm 2$     | $84 \pm 4$       | $80 \pm 3$    | NS    |
| GC (l/m)                      | $6,3 \pm 0,6$    | $6,1 \pm 0,4$  | $5 \pm 0,3$      | $5,6 \pm 0,3$ | 0,003 |
| RVS (dyn/s/cm <sup>-5</sup> ) | $1.058 \pm 58$   | $1.033 \pm 70$ | $1.053 \pm 92$   | $860 \pm 7,1$ | NS    |
|                               | Basal            | 6.º día        | Basal            | 6.º día       |       |
| ARP (ng/ml/h)                 | $68 \pm 17$      | $8,6 \pm 2,2$  | $5,3 \pm 1,1$    | $5,9 \pm 1,8$ | NS    |
| ALD (mg/dl)                   | $64 \pm 15$      | $84 \pm 19$    | $88 \pm 16$      | $94 \pm 24$   | NS    |

Tres pacientes del grupo 1 (13,6%) y 2 pacientes del grupo 2 (10,5%) desarrollaron disfunción circulatoria ( $p = \text{NS}$ ). Se observaron complicaciones durante la hospitalización en 4 pacientes de cada grupo.

**Conclusión:** La paracentesis con bajo flujo de extracción de ascitis y sin albúmina puede ser un método seguro y económico de tratamiento de la ascitis tensa.

## 15. UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN LOS PACIENTES CON NEOPLASIA DE ESÓFAGO LOCALMENTE AVANZADA

L. Barranco, A. Ginés<sup>a</sup>, M. Pellisé<sup>a</sup>, D. Calatayud<sup>b</sup>, M. Pera<sup>b</sup>, G. Fernández-Esparrach<sup>a</sup>, J. Maurel<sup>c</sup>, R. Miquel<sup>d</sup>, J. Llach<sup>a</sup>, J.M. Bordas<sup>a</sup> y J.M. Piqué<sup>a</sup>

*Servei de Digestiu. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. Serveis de <sup>a</sup>Gastroenterologia, <sup>b</sup>Cirurgia, <sup>c</sup>Oncologia i <sup>d</sup>Anatomia Patològica, Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona.*

**Introducción:** La utilidad de la USE en el estudio de extensión pretratamiento de la neoplasia de esófago es incuestionable en la actualidad. Sin embargo, existe controversia en cuanto a su precisión en la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante de estos tumores.

**Objetivos:** Valorar la precisión de la USE en la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante con radioterapia + quimioterapia en los pacientes con neoplasia de esófago localmente avanzada.

**Pacientes y métodos:** Se han analizado los datos de los pacientes afectados de neoplasia de esófago localmente avanzada (Tx N1, T3 N0) diagnosticados y tratados en el Hospital Clínic de Barcelona entre agosto de 1997 y abril de 2002 y que cumplían los siguientes criterios: 1) tratamiento neoadyuvante (cisplatino y 5FU asociados con radioterapia externa); 2) cirugía posterior con intención curativa; 3) USE pre y postratamiento neoadyuvante. Los hallazgos de la USE postratamiento se han comparado con el examen anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica. La USE se llevó a cabo bajo sedación intravenosa, con el ecoendoscopio radial convencional (Olympus GF UM 20) o con la sonda esofágica ciega de 7,9 m (Olympus MH 908) cuando la estenosis no permitía el paso del ecoendoscopio estándar (15 y 7 pacientes, respectivamente). Se utilizaron como criterios de respuesta por USE los siguientes parámetros: reducción de la masa tumoral superior al 50% y/o disminución del número de adenopatías respecto a la exploración basal.

**Resultados:** Durante este período, 22 pacientes (21 varones y una mujer, con una edad media de 58 años) cumplieron los criterios de inclusión. La estirpe histológica de las neoplasias fue: adenocarcinoma ( $n = 7$ ; 31,8%), carcinoma escamoso ( $n = 43$ ; 59,09%) y carcinoma indiferenciado ( $n = 2$ ; 9,09%). El tumor se localizó en el tercio esofágico inferior ( $n = 10$ ; 45%), superior ( $n = 1$ ; 5%) y me-

dio ( $n = 11$ ; 50%). Según los criterios establecidos por USE, 16 pacientes respondieron al tratamiento neoadyuvante y 6 pacientes no presentaron ninguna respuesta (73 frente a 27%). Tras la cirugía y el examen patológico de la pieza, se observó concordancia con los resultados de la USE en 15 de los 22 pacientes (68%). De los 5 pacientes que presentaron respuesta completa al tratamiento neoadyuvante (ausencia de neoplasia en la pieza de resección), 4 fueron identificados como respondedores por USE y sólo uno de ellos fue clasificado como no respondedor. En ningún caso se detectó progresión de la enfermedad por USE. Los resultados de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y rentabilidad global de la USE para la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante fueron 76, 40, 81, 33 y 68%, respectivamente.

**Conclusiones:** La USE es una técnica poco específica y con bajo valor predictivo negativo en la evaluación de la respuesta al tratamiento neoadyuvante de la neoplasia de esófago, por lo que su utilidad en esta indicación es cuestionable.

## 16. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO SOBRE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE INMUNODEPRESIÓN SIN ESTEROIDES DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Vázquez, X. Xiol, L. Lladó, J. Figueras, J. Castellote, C. Baliellas, R. Lastra, R. Ballester, T. Casanovas y J. Torras

*Hospital de Bellvitge.*

El objetivo actual del tratamiento inmunodepresor en el trasplante hepático es hallar un equilibrio entre evitar el rechazo y minimizar al máximo sus efectos secundarios. El régimen inmunodepresor estándar incluye la administración de esteroides que probablemente pueden ser evitados.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y eficacia de un régimen de inmunodepresión sin esteroides.

**Pacientes y método:** Todos los pacientes transplantados en nuestro centro entre abril de 2001 y julio de 2002, excluyendo a aquellos con hepatitis fulminante, hepatopatía autoinmune, trasplante renal o retransplante, fueron aleatorizados inmediatamente antes del trasplante para recibir inmunodepresión con basiliximab y ciclosporina, conjuntamente con prednisona (grupo St) o sin prednisona (grupo NoSt), estratificándose por la presencia del virus C. Las dosis utilizadas en el grupo St fueron de 500 mg i.v. de metilprednisolona intraoperatorios, 0,5 mg/kg/día 5 días, 0,25 mg/kg/día hasta el día 30 y 0,15 mg/kg/día entre 30 y 90 días, retirándose posteriormente. Se compararon la incidencia de rechazo agudo, la tasa de complicaciones infecciosas y de efectos secundarios de tipo metabólico entre ambos grupos.

**Resultados:** Entre abril de 2001 y julio de 2002, 64 pacientes fueron incluidos en el estudio y aleatorizados: 32 pacientes en el grupo St y 32 en el grupo NoSt. La indicación de THO fue cirrosis hepática (35 pacientes), hepatocarcinoma (24) y otras causas (5); 32 pacientes eran VHC positivo (grupo St: 17 [53%]; grupo NoSt: 15 [47%]). El seguimiento medio fue de 9 meses (rango, 3-15 meses). Ha habido 3 casos de mortalidad postoperatoria (St: 2 [6,3%] frente a NoSt: 1 [3,1%];  $p = 0,35$ ). La supervivencia global a los 12 meses fue del 86%. Siete pacientes desarrollaron rechazo agudo (11%) sin diferencias entre ambos grupos (St: 5 [15,6%] frente a NoSt: 2 [6,3%];  $p = 0,23$ ); de ellos 5 casos se resolvieron con bolus de corticoides y 2 se convirtieron a tratamiento con tacrolimus.

No encontramos diferencias entre el número global de complicaciones infecciosas entre ambos grupos, pero en el grupo St se observaron mayor número de pacientes con más de una infección (St: 8 [25%] frente a NoSt: 2 [6,3%];  $p = 0,04$ ). En el grupo St existió mayor incidencia de diabetes *de novo* (St: 9 [28%] frente a NoSt: 2 [6%];  $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** Un régimen inmunodepresor sin esteroides puede ser utilizado con seguridad sin incrementar la aparición de rechazo, con menor incidencia de diabetes *de novo* y con menor tasa de complicaciones infecciosas por paciente.

Financiado por la Fundació de La Marató de TV3.