

## DISCUSION

La introducción de la terapia TARGA ha permitido conseguir un adecuado control de la infección VIH y así hacer posible que estos pacientes puedan ser trasplantados pese a necesitar tratamiento inmunosupresor. Sin embargo, es la hepatitis C recurrente post-TH la que va a condicionar el pronóstico de estos pacientes, siendo la supervivencia en general inferior a los pacientes VIH negativo. Los resultados de nuestra pequeña serie son similares a los descritos en otros trabajos publicados con anterioridad (<sup>10, 12</sup>). La supervivencia post-TH en los pacientes co-infectados con el VIH/VHC en nuestra serie es inferior a la de los pacientes mono-infectados. Sin embargo, este hecho se ha atribuido en trabajos previos (<sup>10, 12</sup>) a una progresión más acelerada de la hepatitis C recurrente post-TH. En nuestra serie la evolución histológica no ha sido diferente en ambos grupos, si bien, el acceso a un tratamiento antiviral así como el porcentaje de pacientes que alcanzan una respuesta viral sostenida ha sido menor en el grupo de co-infectados. Pese a ello, la serie es pequeña y esta ausencia de diferencia en la evolución histológica puede ser debida al tamaño muestral.

La mortalidad en los pacientes trasplantados ha sido del 33% (6 pacientes) frente al 12.5% (4 pacientes). Sin embargo 3 de los 6 pacientes que fallecieron fueron los 6 primeros trasplantados VIH positivo. Probablemente la curva de aprendizaje en el manejo de estos pacientes o una selección no adecuada pueda haber contribuido a este aumento de mortalidad en este grupo.

Dos pacientes desarrollaron hepatitis colestásica fibrosante. Uno de ellos tenía CD4 inferiores a 100 en el momento del TH. Este dato se ha relacionado con una mayor agresividad de la hepatitis C recurrente, y probablemente contribuyó a la mala evolución.

Otro aspecto importante es que el porcentaje de rechazo moderado-severo fue superior en el grupo de co-infectados. Pese a que el problema de las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y los inhibidores calcineurínicos en la inducción de rechazo o por el contrario, toxicidad por niveles elevados está bien descrito en la literatura (referencias), en nuestra serie este hecho no fue debido a las interacciones, sino a la falta de adherencia en 2 de ellos y en uno debido a la utilización de plasmaféresis para el control de un síndrome de Guillain-Barré post-TH.

El tratamiento antiviral post-trasplante para el control de la hepatitis C recurrente post-TH es un hecho habitual en los pacientes mono-infectados, con una aplicación cercana al 50%. En nuestra serie la utilización del tratamiento antiviral fue inferior en el grupo de co-infectados con respecto al de mono-infectados (39% frente a 63%). Si bien, este hecho puede ser en parte debido a la curva de aprendizaje con, pacientes más complejos al inicio de empezar con el programa de trasplantes en estos pacientes y a contraindicaciones para el inicio del mismo. En concreto, 2 pacientes sufrían pancitopenia grave, uno un síndrome depresivo importante y otra patología asociada neurológica. En los pacientes trasplantados más recientemente se planteará la necesidad de un tratamiento antiviral siempre que sea necesario. Pese a que el número de pacientes que alcanza una respuesta viral sostenida es escaso con el régimen disponible con Peg-IFN+ ribavirina, habrá que ver el impacto de los nuevos fármacos antivirales para la hepatitis C en estos pacientes, teniendo en cuenta las interacciones así como las posibles resistencias. Quizá el aumento de la respuesta viral sostenida impacte en el pronóstico de estos pacientes y pueda alcanzar resultados al menos similares a los VIH negativos. También, el mejor momento para iniciar un tratamiento deba establecerse con mayor conocimiento. Probablemente el tratamiento en estadios más tempranos tenga mejores resultados, al igual que en los mono-infectados, aunque se requerirán más estudios para confirmarlo.

Quedan aspectos todavía poco aclarados en la evolución post-trasplante en los pacientes co-infectados. Una adecuada selección de los pacientes y del momento del trasplante, con MELD no avanzados se ha relacionado con el pronóstico post-TH (<sup>4, 7, 16</sup>). Es fundamental que estos pacientes se remitan a centros de trasplante en estadios precoces ya que la evolución de la enfermedad

hepática es acelerada y el pronóstico post-TH se relaciona con el estado pre-TH. Otro aspecto de relevante importancia es la mejor inmunosupresión en estos pacientes. El papel de los inhibidores m-TOR pueden mejorar en parte los resultados en estos pacientes debido al efecto antiviral que poseen aunque actualmente no disponemos de datos en la literatura donde apoyarnos.

En conclusión, los resultados en nuestro centro de los pacientes trasplantados hepáticos y co-infectados VIH/VHC son inferiores a los pacientes mono-infectados, resultados similares a lo descrito en la literatura. Las principales causas de estos resultados puedan deberse en parte a: 1) la curva de aprendizaje de nuestro centro en el manejo de este grupo de pacientes, 2) a una menor aplicación de tratamiento antiviral en los pacientes co-infectados debido a contraindicaciones al mismo y 3) a una respuesta viral sostenida disminuida. Si bien, somos conscientes de las limitaciones del estudio debido al tamaño muestral. Probablemente, una mejor selección de los mismos así como una mayor aplicación del tratamiento antiviral, pueda mejorar en parte los resultados.