

Trasplante de microbiota fecal para la disbiosis. Riesgos previsibles

Laura Labajo Montero

Enlace a la revista original: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMe1913807>

El término "disbiosis" intestinal generalmente se refiere a un cambio en el microbioma humano, desde un patrón saludable hacia un patrón patológico. Aunque es un término vago, cada vez se utiliza más y se está convirtiendo en un área de gran interés en la ciencia médica. La cuestión es si se podría reconocer la disbiosis en pacientes con determinadas patologías y si revertirla, de ser posible, conduciría a una mejora de la salud. Es sabido que se produce de forma evidente en la infección por *Clostridioides difficile*. En estos pacientes, después del tratamiento con antibióticos, se produce una disbiosis sustancial, que provoca la producción tanto de endotoxinas como la liberación de toxinas a la sangre, causando una enfermedad que puede ser grave, recurrente, y fatal si su tratamiento no es adecuado. Clásicamente el tratamiento estándar se ha basado en el uso de más antibióticos para reducir la presencia de estos patógenos. Sin embargo, las recurrencias eran frecuentes, ya que el uso de antibióticos a menudo empeoraba la disbiosis subyacente.

Los estudios realizados en los últimos años han evaluado un nuevo método terapéutico, el trasplante de microbiota fecal (TMF), que consiste en obtener una muestra fecal de un donante sano y la administración de una muestra a través de la boca o el recto de la persona enferma, con resultados notablemente buenos en pacientes con infección recurrente por *C. difficile*. Ya se ha iniciado un cribado sistemático de donantes y en la actualidad se realizan al menos 10000 trasplantes anualmente en los Estados Unidos. Hay muchas patologías en las que se sospecha una disbiosis primaria y el TMF podría tener utilidad terapéutica también en tales trastornos. Se están desarrollando cientos de ensayos clínicos con el objetivo de examinar su utilidad en gran variedad de enfermedades infecciosas, metabólicas, inmunológicas, psiquiátricas y neoplásicas.

DeFilipp y sus colaboradores describen en su estudio dos pacientes que desarrollaron una bacteriemia con una cepa de *Escherichia coli* resistente a los antibióticos, que provocó graves infecciones, incluida una muerte, después de recibir cápsulas de TMF procedentes del mismo donante. Los autores aportan pruebas sólidas de que la fuente del *E coli* con betalactamasa de espectro bacteriológico extendido (BLEE) fue el TMF, como se muestra en el hallazgo de que una cepa esencialmente idéntica fue aislada en ambos receptores. Estos dos casos representan la punta del iceberg de las posibles infecciones transmitidas por el TMF. Mejorar la selección de los donantes y del material a trasplantar, reducirá estos riesgos de infecciones por agentes conocidos.

A medida que aumentan las resistencias, el cribado de los trasplantes tendrá que ser reevaluado y actualizado. Los ensayos proporcionan la mejor oportunidad de sopesar los riesgos y beneficios para determinar sus indicaciones de uso. A pesar de su aspecto aparentemente inocuo, conlleva un riesgo infeccioso que debe tomarse en serio. El material de TMF incluye bacterias, hongos,

protozoos, virus, citoquinas y metabolitos. Hasta ahora, las complicaciones han sido poco frecuentes y, para las infecciones recurrentes por *C. difficile*, los beneficios superan claramente los riesgos.

Sin embargo, es evidente que se deben desarrollar alternativas al TMF para los miles de pacientes por año que tienen una infección recurrente por *C. difficile* y aprovechar los nuevos descubrimientos sobre la disbiosis. A corto plazo se mejorará y se uniformizará el desarrollo de "probióticos" específicos o asociados con "prebióticos". Puede ser una forma importante de avanzar, pero también deberían ser consideradas otras alternativas, incluidos los bacteriófagos. Los nuevos riesgos proporcionan un impulso para desarrollar enfoques mejorados mientras exploramos las dimensiones clínicas de la disbiosis.