

### Menor incidencia de infección por citomegalovirus (CMV) en pacientes tratados con Certican *de novo* y tacrolimus frente MMF y tacrolimus

Luis Bravo González-Blas, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Leticia García-a Gago, Tamara Ferreira Hermida, Andrés López Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

**Introducción:** CMV es la infección más importante en trasplante renal, no solo por su elevada incidencia, sino por los efectos que ocasiona al paciente. Recientemente se ha comunicado una disminución en la incidencia de infecciones virales con la utilización de i-mTOR *de novo* con dosis bajas de anticalcineuricos.

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de CMV en pacientes tratados con everolimus *de novo* + tacrolimus y comparar los resultados con pacientes inmunosuprimidos con derivados del ácido micofenólico y tacrolimus.

**Material y métodos:** Se estudian 120 pacientes: 40 tratados con everolimus *de novo* (24 hombres, edad media 52,8 ± 11 años) frente a 80 (grupo control) tratados con MMF o micofenolato sódico (51 hombres, edad media 55,2 ± 11 años). Todos recibieron tacrolimus y esteroides. Se realizó inducción con basiliximab excepto en 4 pacientes, en los que se empleó timoglobulina. Había un 34% de pacientes con everolimus que eran donante CMV+/Receptor y un 19% en grupo control que recibieron valganciclovir durante 3 meses. Variables: edad, sexo, tipo de donante, enfermedad de base, tiempo de isquemia fría, complicaciones urológicas, rechazo agudo, función renal, incidencia de la infección CMV (replicación viral).

**Resultados:** Existían más pacientes con enfermedad poliquística y cáncer en el grupo de everolimus frente al grupo control ( $p > 0,001$ ) y más pacientes en asistolia en el grupo control ( $p = 0,04$ ). Tras un seguimiento de 12,8 ± 5,8 meses no existía diferencia en complicaciones, función retrasada del injerto, rechazo agudo, suspensión del tratamiento, función renal y supervivencia. Replicación CMV en 2 pacientes (5%) en grupo everolimus y en 30 (37,5%) en grupo control ( $p < 0,001$ ). Estas diferencias eran mayores cuando se analizaba el grupo de pacientes D+/Receptor: 7,7% vs 66,7% ( $p < 0,001$ ). En el análisis de regresión de Cox el uso de everolimus *de novo* fue un factor de protección de infección CMV: 0,039 (IC 95%: 0,005-0,288);  $p = 0,002$ .

**Conclusiones:** El uso de everolimus *de novo* en nuestra serie se asocia a una baja incidencia de infección por CMV, incluso en pacientes D+/Receptor.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.005>

### Profilaxis con eculizumab en síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) en trasplante renal

Leticia García-a Gago, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Luis Bravo González-Blas, Tamara Ferreira Hermida, Andrés López Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

El pronóstico del síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) tras el trasplante es inferior al de la población trasplantada, debido a un alto grado de recidiva, asociada o no con alteraciones genéticas en proteínas reguladoras del complemento.

Estudiamos 5 pacientes (2 hombres), edad media 40,5 años. Mutaciones: 3 factor H. Polimorfismos: 1 en factor H y 1 en MCP y factor H. Dosis eculizumab: 1.200 mg pretrasplante o el día-a previo al trasplante (donante vivo) seguido de 4 dosis de 900 mg semanales y posteriormente 1.200 mg cada 2 semanas. Se realizó previamente vacunación antimeningocócica, antineumococo y *Haemophilus* y profilaxis con penicilina oral. Inmunosupresión: tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y prednisona. Inducción con timoglobulina ( $n = 2$ ) y basiliximab ( $n = 3$ ). Monitorización: función renal, C3, CH50, haptoglobina y biopsia a la semana y al sexto mes.

**Seguimiento:** 19,8 ± 4,9 meses. Función retrasada del injerto: 2 (40%). Rechazo borderline: 1 (20%). Creatinina al último seguimiento: 1 ± 0,2 mg/dl; Hb: 13,2 ± 2 g/dl; plaquetas: 166.000 ± 29.000; LDH: 346 ± 57 mg/dl; C3: 92 ± 36 mg/dl; CH50: 10,2 ± 0,5%; haptoglobina 114 ± 64 mg/dl. Biopsia a la primera semana y al sexto mes sin recidiva de SHUa. No se suspendió el tratamiento a ningún paciente. La supervivencia de paciente e injerto fue del 100%.

**Conclusiones:** El pronóstico de los pacientes trasplantados renales con SHUa bajo profilaxis con eculizumab es excelente a corto-medio plazo. Mantenemos tratamiento de forma indefinida y profilaxis antibiótica.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.006>

### Pronóstico del trasplante renal de donante vivo ABO incompatible

Leticia García-a Gago, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Luis Bravo González-Blas, Tamara Ferreira Hermida, Andrés López Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible se considera desde hace pocos años una opción válida de trasplante renal: ayuda a paliar el déficit de donantes y, realizado bajo un adecuado protocolo de acondicionamiento, permite alcanzar excelentes resultados.

El objetivo del estudio es mostrar los resultados de nuestro hospital desde 2008 bajo acondicionamiento con rituximab, plasmaféresis/inmoadsorción, inmunosupresión e inmunoglobulinas.

Estudiamos 48 pacientes, edad media  $50,9 \pm 10,9$  años, 24 en diálisis  $27,1 \pm 35,1$  meses. Seguimiento  $44,6 \pm 30,9$  meses. Acondicionamiento: rituximab (RTX)  $375 \text{ mg/m}^2$ , tacrolimus, MMF o micofenolato sódico, prednisona, plasmaféresis/inmunoadsorción e inmunoglobulinas. Títulos aceptados para trasplante: IgG e IgM inferiores a 1/8.

Los títulos pre-proceso fueron: IgG  $1/124 \pm 1/140$  (0-512), IgM  $1/77 \pm 155$  (0-1.024). Tras  $6 \pm 3$  sesiones la IgG descendió a  $< 1/8$  en 32 pacientes, a  $< 1/16$  en uno y la IgM fue  $< 1/8$  en todos. La supervivencia de los pacientes fue del 97,1% y la del injerto del 95,7 al año y del 93% al 5 años. Causas de pérdida de injerto: trombosis, rechazo mixto y muerte. Rechazo agudo 5 (8,7% al año), CMV 9 (19,7% al 5 años), viremia BK 5 (12,4% al 5 años). La creatinina al año es  $1,4 \pm 0,4 \text{ mg/dl}$  y a los 3 años, y  $1,3 \pm 0,5$  al 5 años. La proteinuria al año, 3 años y 5 años fue  $0,2 \pm 0,2 \text{ g/24 h}$ .

**Conclusiones:** En nuestra experiencia el trasplante de donante vivo ABO incompatible tras acondicionamiento con RTX, PFS/IA e inmunoglobulina es una opción válida y ofrece excelentes resultados de supervivencia y rechazo agudo, sin aumento de complicaciones infecciosas.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.007>

### Denosumab en pacientes con trasplante renal: un estudio retrospectivo sobre práctica clínica

Sonia Cillero Rego<sup>1</sup>, Jansen Olavid Quispe González<sup>1</sup>, Lourdes González Tabares<sup>1</sup>, Carmen Raquel Cobelo Casas<sup>1</sup>, Alba María García Enríquez<sup>1</sup>, Pablo Otero Alonso<sup>1</sup>, Luisa García Merino<sup>1</sup>, Secundino Cigarrán Guldri<sup>2</sup>, Jesús Calviño Varela<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>2</sup> Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

**Introducción:** El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la enfermedad renal crónica terminal, ya que ofrece el potencial necesario para revertir las alteraciones asociadas a la uremia. No obstante, ciertas alteraciones, como las asociadas a los trastornos del metabolismo mineral, pueden persistir aún con buena función del injerto; además, el propio régimen inmunosupresor puede contribuir a la osteoporosis postrasplante. El bloqueo biológico RANK-L mediante el anticuerpo monoclonal denosumab con un sencillo régimen de administración semestral ha demostrado la reducción de fracturas en mujeres posmenopáusicas, con escasos efectos secundarios, si bien su utilidad en la osteoporosis postrasplante no es bien conocida.

**Material y métodos:** Estudiamos retrospectivamente la evolución de 16 trasplantados renales (14 mujeres y 2 varones) de  $61 \pm 11,8$  años y buena función renal ( $\text{Crp } 1,18 \pm 0,30 \text{ mg/dl}$ ) a los que se les había prescrito denosumab tras un mínimo de 2 años postrasplante (24-324 meses) para el tratamiento de su osteoporosis. Se analizó el efecto de dicho fármaco sobre las variables relacionadas con el metabolismo mineral, la función renal, la evolución densitométrica y los efectos secundarios.

**Resultados:** En el primer control analítico realizado una vez administrado el fármaco se apreció un aumento no significativo de la PTH ( $148 \pm 70,4$  hasta  $180 \pm 108,1 \text{ pg/ml}$ ) acompañado de un descenso significativo del calcio (de  $9,46 \pm 0,45$  hasta

$9,18 \pm 0,54 \text{ mg/dl}$ ,  $p=0,01$ ) y del fósforo (de  $3,56 \pm 0,45$  hasta  $3,14 \pm 0,64 \text{ mg/dl}$ ,  $p=0,017$ ). Ni la función renal ( $\text{Crp } 1,18 \pm 0,30$  hasta  $1,16 \pm 0,28 \text{ mg/dl}$ ), ni la proteinuria (de  $196 \pm 323,3$  hasta  $165 \pm 234,1 \text{ mg/g}$ ), ni los niveles de inmunosupresión variaron significativamente. Tras un periodo de  $33 \pm 9,9$  (18-44) meses, en 6 pacientes con un segundo control densitométrico se apreció un incremento significativo de la masa ósea en columna lumbar (desde  $0,81 \pm 0,11$  hasta  $0,88 \pm 0,12 \text{ g/cm}^2$ ;  $t\text{-score } -3,00 \pm 0,96$  hasta  $-2,60 \pm 1,07$ ;  $p < 0,05$ ).

La densidad ósea en cuello femoral, aunque mejoró, no alcanzó significación estadística (desde  $0,74 \pm 0,09$  hasta  $0,80 \pm 0,10 \text{ g/cm}^2$ ;  $t\text{-score } -2,01 \pm 0,84$  hasta  $-1,83 \pm 0,92$ ). Respecto a los efectos secundarios, un paciente presentó hipocalcemia sintomática y se apreció un aumento de ingresos por ITU (del 7 al 20%). Se suspendió el tratamiento en 6 pacientes, siendo las ITU de repetición el principal motivo de interrupción (3 casos). Una paciente presentó un rechazo agudo con pérdida del injerto a los 3 años de iniciado el tratamiento.

**Conclusiones:** El denosumab podría ser una alternativa cómoda y eficaz para el tratamiento de la osteoporosis en la población trasplantada, con un incremento aproximado del 8% en la masa ósea, especialmente a nivel lumbar. Las infecciones urinarias con necesidad de ingreso hospitalario fueron el efecto secundario más frecuente y el principal motivo de interrupción del tratamiento. Aunque su uso se acompaña de un descenso de la calcemia y de la fosfatemia, solo un caso presentó hipocalcemia sintomática.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.008>

### Embolización de riñones poliquisticos pretrasplante, alternativa segura a nefrectomía

J. Joaquín Bande Fernández, Elena Astudillo Cortés, Alba Rivas Oural, Eduardo Josué Banegas Derís, M. Luisa Suárez Fernández, María I. Gago Fraile, Florentino Vega García-a, Carmen Rodríguez Suárez, Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

**Introducción:** La poliquistosis hepatorenal autosómica dominante (PQHR) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente (1/800 personas) y constituye la nefropatía de base del 15% de pacientes en lista de espera de trasplante renal.

En torno al 40% de estos pacientes deben someterse a una nefrectomía antes de entrar en lista de espera. El alto porcentaje de complicaciones (70% en nefrectomía abierta y 20% en laparoscópica) ha llevado a desarrollar alternativas terapéuticas como la embolización percutánea.

**Material y métodos:** Presentamos una serie de 12 pacientes consecutivos a los que se les realizó la embolización percutánea de un riñón poliquistico (de cara a inclusión en lista de espera de trasplante renal). Todos fueron valorados previamente por Urología, objetivándose falta de espacio para implantación de un injerto renal en base a la exploración física y la TAC.

El procedimiento se llevó a cabo por Radiología Vascul ar con un protocolo de premedicación consistente en todos los casos en: profilaxis con cefazolina, analgesia con 1.º y 2.º escalón de la OMS (rescates puntuales con morfina) y