

426 INFLUENCIA DEL PRONÓSTICO DE LAS BIOPSIAS EN LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO

C. ANDRÉS GÓMEZ¹, MA. PÉREZ VALDIVIA¹, J. CALVILLO ARBIZU², R. CABRERA LOPEZ³, C. GONZÁLEZ CORVILLO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA); ²INGENIERÍA. INGENIERÍA TELECOMUNICACIONES FACULTAD DE SEVILLA (SEVILLA); ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: El trasplante renal constituye la mejor opción de tratamiento renal sustitutivo para las personas con enfermedad renal crónica avanzada. Sin embargo, la oferta de donantes jóvenes es limitada, y no cubre la demanda de pacientes en lista de espera de trasplante renal, empleándose así órganos procedentes de donantes de mayor edad, existiendo una alta tasa de descartes de dichos órganos basándose en los resultados anatomopatológicos (score) de la biopsia renal preimplante. Existen diversos métodos para evaluar la calidad de los riñones y el Kidney Donor Profile Index (KDPI), ha adquirido especial relevancia a la hora de decidir la realización de biopsia renal preimplante basándose en 10 factores del donante. Atendiendo a la puntuación, se realiza biopsia renal preimplante, la cual resulta decisoria en determinados casos. Sin embargo, existe poca evidencia que avale esta decisión, la cual puede calificarse como "conservadora", pues no existe suficiente certeza de que exista influencia de la puntuación del score de la biopsia preimplante en la supervivencia del injerto.

Materiales y métodos: Se incluyeron 389 biopsias de donantes de trasplante renal de donantes cadáver en muerte encefálica y asistolia III. Se excluyeron donantes en asistolia tipo II, combinados y vivos. Las muestras examinadas por el mismo patólogo y en parafina (ningún caso por congelación). Se realizó un análisis de supervivencia del injerto atendiendo a los resultados de la biopsia renal (score). Además, se realizó un análisis multivariante de la supervivencia del injerto incluyendo además de los resultados de la biopsia renal, resultados como la edad del donante y del receptor y el KDPI.

Resultados: Se comparó la supervivencia del injerto entre dos subpoblaciones de trasplantados en nuestro hospital en función de si se realizó biopsia preimplante. De acuerdo con los datos utilizados no hay diferencias significativas en la supervivencia de injerto entre los trasplantes en los que se ha realizado biopsia y los que no.

Conclusiones: Nuestro trabajo pone de manifiesto, al igual que lo existente en la literatura actualmente, la ausencia de influencia en la puntuación del score de la biopsia preimplante en la supervivencia del injerto.

427 SIMILAR SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE E INJERTO RENAL CENSURADO POR MUERTE CON DONANTE CADÁVER EN ASISTOLIA CONTROLADA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS RESPECTO A DONANTE CADÁVER DE MUERTE ENCEFÁLICA DE CRITERIOS EXPANDIDOS, PERO CON MEJORES TASAS CON DONANTE VIVO EXPANDIDO.

I. REVUELTA¹, D. CUCCHIARI¹, A. RUIZ², D. PAREDES², LL. PERI³, P. VENTURA-AGUIAR¹, JV. TORREGROSA¹, GJ. PIÑERO¹, F. OPPENHEIMER¹, F. DIEKMANN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ²COORDINACIÓN DE TRASPLANTES. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ³SERVICIO DE UROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA)

Justificación: Cada vez los candidatos a trasplante son mayores, y la asignación de donantes adecuados se convierte en un verdadero desafío. Los donantes cadáver en asistolia controlada (DAC) han incrementado significativamente con la introducción del DAC expandido. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de las estrategias recientes para aumentar el pool de donantes para los receptores mayores de 60 años.

Método: Receptores mayores de 60 años (2014-2018). El DAC y los donantes cadáver de muerte encefálica (DBD-ECD) se evaluaron con parámetros clínicos, biopsia preimplante y máquina de perfusión pulsátil hipotérmica; los donantes vivos (DV) siguiendo las guías. Los protocolos de inmunosupresión según riesgo inmunológico, de DGF y de neoplasia (protocolo estándar: tacrolimus, inhibidores mTOR y esteroides si no contraindicaciones). El estudio aprobado por Comité Ética Local.

Resultados: 99 DAC, 165 ECD y 47 DV para 311 receptores >60a; seguimiento: 20.9±16.4; 25.7±17.9; 28.49±19.2 meses (p = 0.028). Peor supervivencia paciente (p=0.016) y del injerto (p=0.025) en DAC (13.1% / 19.2%) que DV (2.3% / 4.3%) sin diferencias (p=0.490; p=0.493) con DBD-ECD (14.5% / 20%). Inducción con timoglobulina (p=0.000), edad de donantes (p=0.000) y DGF (p=0.000) fueron las únicas diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, pero en el análisis multivariante para la supervivencia del paciente solo la DGF y el DV-vs-DAC fueron significativas (p=0.001; p=0.036). Supervivencia del injerto censurada por muerte solo la DGF (p=0.000), estando la DGF asociada con el tipo de donantes (p=0.003) en el análisis multivariante.

Considerando solo donantes mayores de 60 años (75-cDCD, 132-ECD, 32-LKD; seguimiento: 20.3±15.4, 26.0±17.8, 26.4±18.9 meses; p=0.059), mismos resultados en timoglobulina (p=0.000), DGF (p=0.000) y edad de donantes (p=0.000), con mayor uso de inhibidor mTOR (p=0.003) en ambos donantes fallecidos. En el análisis multivariante para supervivencia del paciente e injerto censurada por muerte solo DGF (p = 0.002), siendo el tipo de donantes el único factor estadísticamente significativo asociado con DGF (p=0.032).

Conclusiones: En receptores mayores de 60, la DAC y DBD-ECD ofrecen similar supervivencia del paciente e injerto censurada por muerte, incluso con donantes mayores de 60 años. Aunque la timoglobulina y la edad de los donantes son factores de riesgo en el análisis univariante, solo se encontró la DGF en el análisis multivariante. Las mejores tasas se alcanzan con DV, incluso expandidos.

428 AMPLIANDO OPCIONES EN RECEPTORES SENSIBILIZADOS: TRASPLANTE DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO MAASTRICHT III

P. ROSA GUERRERO¹, MD. NAVARRO CABELLO¹, ML. AGÜERA MORALES¹, A. TORRES DE RUEDA¹, A. RODRÍGUEZ BENOT¹, S. SORIANO CABRERA¹

¹NEFROLOGÍA. HURS (CÓRDOBA)

Introducción: El trasplante renal de donante en asistolia controlada (Tx-DPCc) se ha incrementado en la última década. El protocolo inicial aceptado recomendaba realizarse en pacientes con bajo riesgo inmunológico. Sin embargo, ante la necesidad de ampliar el acceso al trasplante del receptor con riesgo inmunológico elevado, se ha planteado la posibilidad de contemplar donantes de este grupo.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo analizando Tx-DPCc realizados en nuestro centro (enero-2013 hasta enero-2020). Evaluamos la evolución clínica del trasplante renal según el riesgo inmunológico de los receptores utilizando el porcentaje de reactividad frente panel calculado (PRAc) pretrasplante. Para ello comparamos tres grupos de pacientes: grupo 1 con PRAc 0-19% (bajo riesgo-inmunológico), grupo 2 20-94% (moderado riesgo-inmunológico) y grupo 3 95-100% (alto riesgo).

Resultados: De los 92 Tx-DPCc realizados, 65 pertenecían al grupo 1, 17 al grupo 2 y 10 grupo 3. La mediana de seguimiento fue 2 años (IQR 0,8-3,4). Las edades medias del donante y receptor fueron 54,8±11 y 55±12 años, respectivamente, con un 61% varones. La mediana en tiempo en lista de espera fue 1,2años (IQR 0,5-3). La media de incompatibilidades-HLA fue 4,26±1. La isquemia fría fue 7,5(5-11) horas y la isquemia caliente 24,3±3minutos. El tratamiento de inducción se realizó con Timoglobulina(93%). La función renal retrasada(FRR) estuvo presente en el 32%. El fallo primario del injerto(FPI) fue del 2.2% y el rechazo agudo del 13%. El filtrado glomerular estimado por CKD-EPI (eFG) a 3 meses, 1, 2 y 4 años fue: 47±18; 52±17; 54±19 y 59±18 respectivamente. Se perdieron un 5,4% de injertos renales y hubo un 10% de fallecimientos en 7 años.

La edad del donante fue mayor en el grupo 1 vs 3 (p=0,006). La isquemia fría fue más elevada en grupo 3 frente al 1 y 2(14 vs 7h, p=0,02), debido al mayor porcentaje de donantes procedentes de otros centros, p=0,01. El tiempo en lista de espera fue mayor en el grupo 3 (p<0,0001). Los pacientes del grupo 3 iniciaron tacrolimus desde el primer día (100%, p<0,0001). No hubo diferencias entre los grupos en el FPI, FRR, tasa de RA, ni eFG. La supervivencia del injerto censurada y sin censurar para muerte no mostró diferencias entre los tres grupos, así como tampoco, la supervivencia del paciente (Log Rank>0.5).

Conclusiones: El trasplante de donante en asistolia controlada es una excelente opción para los receptores de injerto renal con alto riesgo inmunológico e incluso hiperinmunizados. Esto contribuiría a reducir su permanencia en lista de espera para trasplante renal.

429 DONACIÓN RENAL EN ASISTOLIA TIPO III: AMPLIANDO CRITERIOS

A. FRÍAS GONZÁLEZ¹, E. GONZÁLEZ MONTE¹, B. REDONDO NAVARRO¹, N. POLANCO FERNÁNDEZ¹, A. HERNÁNDEZ VICENTE¹, AM. SEVILLANO PRIETO¹, L. AUBERT GIRBAL¹, J. SANDINO PÉREZ¹, R. BERZAL RICO¹, A. ANDRÉS BELMONTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Se sabe que la donación en asistolia controlada mejora la supervivencia comparado con la continuación en diálisis o espera de un donante en muerte encefálica. Sin embargo, cada vez es más frecuente que estos donantes sean además con criterio expandido, lo cual plantea una mayor complejidad y la necesidad de analizar en qué casos esta ampliación de criterios resulta beneficiosa.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico con inclusión sistemática de todos los trasplantes renales (TR) realizados desde enero de 2006 hasta octubre de 2019 procedentes de donación en asistolia controlada.

Resultados: Se recogieron 54 TR (donantes con edad media de 50,2 ± 17,5 años, 20,4% ≥70 años, 64,8% varones, 22,2% diabéticos, 25,9% hipertensos). En 53 donantes se utilizó perfusión regional normotérmica con oxigenación extracorpórea, y el tiempo de isquemia fría (TIF) medio fue 18 ± 6,9 horas. Se realizó inducción con rATG en 45 pacientes (83,3%) y Basiliximab en 9 pacientes (16,7%). 24 receptores (44,5%) presentaron retraso en la función del injerto y 8 (14,8%) perdieron la función del injerto, siendo la causa principal la no función primaria, que tuvo lugar en 6 pacientes (11%).

La edad del donante ≥70 años fue una variable asociada a peor supervivencia del injerto (HR 6, IC 1,3-32, p <0,04). A los 5 años de seguimiento 5 pacientes habían fallecido, de los cuales 3 tenían un injerto renal de un donante ≥70 años, objetivándose una supervivencia inferior del receptor en este grupo de donantes ≥70 años (p <0,021).

Conclusiones: Los donantes en asistolia controlada ≥70 años asocian peor supervivencia del injerto y del receptor, por lo que existe justificación para optimizar la selección de donantes añosos en asistolia si se va a ampliar la asignación de estos injertos a receptores de edad avanzada.

TABLA 1. RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

CARACTERÍSTICAS BASALES	DONANTES N=54	RECEPTORES N=54
Sexo varón	35 (64,8%)	31 (57,4%)
Edad media (años)	50,17±17,45	54,54± 15,1
>60 años	14 (25,9%)	
>70 años	11 (20,4%)	
HTA	14 (25,9%)	47 (87%)
Diabetes	12 (22,2%)	11 (20,4%)
Dislipemia	12 (22,2%)	35 (64,8%)
Tabaquismo	25 (46,3%)	20 (37%)
Cardiopatía isquémica	4 (7,4%)	3 (5,6%)
Vasculopatía periférica	4 (7,4%)	4 (7,4%)
Causa exitus		
ACVA	27 (50%)	
Encefalopatía anóxica	21 (38,9%)	
TCE	6 (11,1%)	
Terapia renal sustitutiva	Hemodiálisis	41 (75,9%)
	Tiempo en diálisis (meses, DE)	27,85 ± 31,5
Riesgo inmunológico	PRA 95%	3 (3,7%)
	PRA 99%	2 (1,9%)

ACVA: Accidente cerebro-vascular agudo. TCE: Traumatismo craneoencefálico. PRA: Panel reactive antibody.

430 ASISTOLIA MAASTRICHT III: ESTUDIO COMPARATIVO PCR REANIMADA PREDONACIÓN VS NO PCR REANIMADA

J. MAZÓN RUIZ¹, M. DE COS GÓMEZ¹, M. PÉREZ ARNEADO¹, A. AGUILERA FERNÁNDEZ¹, M. SERRANO SOTO¹, L. BELMAR VEGA¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, E. RODRIGO CALABIA¹, E. MIÑAMBRES GARCÍA², J.C. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HUMV (SANTANDER), ²MEDICINA INTENSIVA. HUMV (SANTANDER)

Introducción: La donación en asistolia Maastricht II-III aumenta el pool de donantes, sin embargo, dichos riñones se ven sometidos a un aumento del estrés isquémico que puede limitar la viabilidad del injerto a corto y largo plazo, así como la supervivencia del receptor. Con frecuencia los donantes en asistolia tipo III sufren paradas cardiorespiratorias (PCR) antes de la limitación del esfuerzo terapéutico. No se conoce la influencia de las PCR previas en la evolución del injerto renal.

Material y métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo incluyendo trasplantes renales con donación en Asistolia tipo III realizados desde Octubre-2014 hasta Diciembre- 2018 (n=47). Los pacientes se agruparon en función de si habían presentado (PCR+) o no (PCR-) parada cardiorespiratoria antes de la limitación de esfuerzo terapéutico. Ambos grupos (PCR+ =23; PCR- n=24) fueron homogéneos en cuanto a las características del receptor.

Resultados: Se observó que el grupo PCR+ presentaba una tendencia no significativa de presentar mayor DGF ("Delayed Graft Function", definida por la necesidad de diálisis en la primera semana) y SGF ("Slow Graft Function", Cr >3 mg/dl a día +5), no observándose diferencias en la Cr sérica y proteinuria al año. No se observaron diferencias en la tasa de rechazo durante el primer año, así como en el score de daño crónico en las biopsias de protocolo.

Conclusiones: Los trasplantes renales procedentes de donación en asistolia tipo III expuestos a una PCR reanimada antes de la limitación del esfuerzo terapéutico presentan una tasa similar de DGF y una función renal similar al año con aquellos PCR-. Este hallazgo apoya su utilización y que se mantenga el mismo protocolo inmunosupresor en todos los pacientes en asistolia III (salvo en receptores con alto riesgo inmunológico).

■ Tabla 1.

	PCR +	PCR-	p
Cr sérica año (mg/dL)	1,45 ± 0,46	1,58 ± 0,69	0,848
Proteinuria 24h (mg)	336,48 ± 67,13	618,22 ± 126,19	0,252
DGF	8 (34,78%)	3 (12,5%)	0,093
SGF	11 (47,82%)	9 (37,5%)	0,385
RECHAZO (BX 1er AÑO)	4/5 (80%)	2/3 (66,67%)	1
SCORE CI+CT+CV (BX. PROTOCOLO AÑO)	3,40 ± 0,64	2,29 ± 0,51	0,18

431 BIOPSIA DE PROTOCOLO AL AÑO: TX RENAL PROCEDENTE DE DONANTES EN ASISTOLIA MAASTRICHT II-III VS MUERTE CEREBRAL SIN CRITERIOS EXPANDIDOS

J. MAZÓN RUIZ¹, M. DE COS GÓMEZ¹, M. PÉREZ ARNEADO¹, A. AGUILERA FERNÁNDEZ¹, M. SERRANO SOTO¹, L. BELMAR VEGA¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, E. RODRIGO CALABIA¹, E. MIÑAMBRES GARCÍA², J.C. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HUMV (SANTANDER)

Introducción: El trasplante renal persiste como la mejor opción de terapia renal sustitutiva, aunque su expansión se encuentra amenazada por la disponibilidad de órganos. La donación en asistolia Maastricht II-III aumenta el pool de donantes. Sin embargo, dichos riñones se ven sometidos a un aumento del estrés isquémico, circunstancia que disminuye la viabilidad del injerto a corto y largo plazo, así como la supervivencia del receptor. La mayoría de los estudios previos analizan de forma conjunta los resultados de los programas con donación en muerte cerebral y asistolia, lo cual podría explicar la enorme variabilidad en las tasas de FRI (función retrasada del injerto) e injerto no funcionante.

Material y métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo incluyendo pacientes trasplantados renales procedentes de donación en Asistolia tipo II-III (AII-AIII) y de donante cadáver sin criterios expandidos (DCSCE) realizados desde diciembre-2013 hasta enero-2019, siendo eliminados del estudio aquellos que no disponían biopsia de protocolo al año. (n= 65 AII n=9; AIII n=22 DCSCE n=34). Se compara en todos los grupos tasa de DGF, función renal al año, así como datos de cronicidad medidos en la biopsia de protocolo al año mediante ci (fibrosis intersticial), ct (atrofia tubular) y cv (daño vascular crónico).

Resultados: La tasa de función retrasada del injerto fue superior en el grupo AII (55,6% versus AIII 9,1% y DCSCE 8,8% p=0,002), aunque no se observaron diferencias significativas en cuanto a la función renal (Cr plasmática (mg/dl): AII 1,34 vs AIII 1,41 vs DCSCE 1,43 p=0,911). En cuanto a los resultados de la biopsia, no se observaron diferencias significativas entre los 3 grupos en función de si presentaban un ct ≥2 (AII 11,1% versus AIII 13,6% y DCSCE 11,8% p=0,972) o un ci ≥2 (AII 22,2% versus AIII 18,2% y DCSCE 14,7% p=0,851). Sin embargo, al analizar en función de si presentaban un cv ≥2 sí se observan diferencias significativas (AII 33,3% vs AIII 27,3% vs DCSCE 5,9% p=0,042).

Conclusiones: Los trasplantes renales procedentes de donación en asistolia, ofrecen una similar función renal al año comparado con la donación en muerte cerebral, observándose escasas diferencias en los datos de cronicidad en la biopsia de protocolo, hallazgos que apoyan la necesidad de mantener y fomentar estos programas como fuente de donación en nuestro país.