

637 FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD PRECOZ EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL >=70 AÑOS

O. FRANQUET¹, J. FERNÁNDEZ¹, B. CHAMOUN¹, C. AMORÓS¹, D. REDONDO-PACHÓN¹, C. BURBALLA¹, A. MARTÍNEZ¹, M. CRESPO¹, M.J. PÉREZ-SAEZ¹, A. BUXEDA¹

¹NEFROLOGIA, HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: Los receptores de trasplante renal (RTR) de edad avanzada se enfrentan a un exceso de riesgo de mortalidad durante el primer año postrasplante, con una supervivencia a los 12 meses postrasplante $<90\%$. Poco se conoce respecto a mortalidad precoz tras el retorno a diálisis. Nuestro objetivo fue identificar los factores asociados a esta mortalidad precoz dado que podría contribuir a mejorar los resultados.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que analiza 210 RTR ≥ 70 años que recibieron injerto de donante fallecido [2012–2020]. La mediana de seguimiento poSTR hasta el exitus o abril/2024 fue de 29.24 [8.34–46.88] meses, independientemente de si el injerto era/no funcionante. Definimos mortalidad precoz como el fallecimiento del paciente $< 18m$ -poSTR.

Resultados: La edad media fue de 74.3 ± 4 años y el 32.8% fueron mujeres. Durante el seguimiento, 31 (14.8%) RTR fallecieron de manera precoz. El grupo de mortalidad precoz era mayor y tenía más enfermedad cerebrovascular [Tabla 1]. No observamos diferencias en cuanto a características

[illegible]

Condiciones	Un 14.8% de los receptores ≥ 70 años mueren precozmente postTR. La PNF y una peor función renal son factores de riesgo de mortalidad precoz en este grupo de edad. Elaborar estrategias para mejorar la función renal de estos pacientes podría, además, mejorar su supervivencia.	OR	IC 95%	P
Age at baseline, y	69.9 (14.8)	1.00		
Age at baseline ≥ 70 y	10.0 (2.0)	1.66	0.01	
AKI at baseline & postoperative AKI	99 (34.2)	14.00	0.01	0.00
AKI moderate vs. no AKI postop	49 (22.2)	2.71	0.01	0.01
Hospital mortality < 3 months after Tx, % (N)	19 (44.5)	3.75	0.01	0.01
Cardiovascular event	35 (23.7)	5.64	0.01	0.01
Stroke or cerebrovascular event	10.0 (4.8)	3.19	0.01	0.00
Death after 3 months postop, % (N)	21 (21.0)	4.00	0.01	0.01
Death after 3 months postop, median (IQR)	36.0 (8.3)	9.70	0.01	0.00
Time from graft to death, months, median (IQR)	33.0 (16.0)	10.00	0.01	0.00
Cause of Death, % (N)	33.0 (16.0)	10.00	0.01	0.00
Cardiovascular	12.0 (6.0)	8.00	0.01	0.00
Infection	19.0 (9.0)	10.00	0.01	0.00
Other	2.0 (1.0)	1.00	0.01	0.00
Time to death, median (IQR)	23.0 (5.0)	10.00	0.01	0.00

Tabla 1.

[illegible]

639 ALTERACIONES IÓNICAS EN TRASPLANTE RENAL. HIPOMAGNESEMIA Y SUS FACTORES DE RIESGO

CR. RIAZA Ortiz¹, CF. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ², NC. CALVO ROMERO¹, MM. MUÑOZ RINCÓN¹, MP. PUJOL PUJOL¹, AM. MORALES ROSAS¹, BR. RODRIGUEZ CUBILLO¹, IP. PÉREZ FLORES¹, AM. MORENO DE LA HIGUERA¹, AS. SÁNCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción y objetivos: Los niveles de inmunosupresores o infecciones virales son seguidos estrechamente en la consulta de trasplante renal. Sin embargo, las alteraciones electrolíticas son muy frecuentes, quedando desatendidas en muchas ocasiones. La alteración más frecuente es la hipomagnesemia, sin existir apenas estudios que describan cuáles son los factores de riesgo. Con este estudio se pretende hacer un análisis de los factores de riesgo en una cohorte de transplantados renales.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal en una cohorte de TXR vistos en consulta entre febrero-marzo de 2023 en nuestro centro. Se analizan datos demográficos, analíticos y medicaciones que recibían y se utilizó el programa estadístico SPSS para su análisis.

Resultados: Se incluyeron 451 pacientes, con edad media de 61,9 (13,2) años, 65% varones, tiempo postrasplante 117 meses (64-191) y FGe (CKD-EPI) de 45.6 ml/min (33-61.3).

La hipomagnesemia (Mg No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos FG, niveles de PTH y VitD, toma de inhibidores de la bomba de protones, denosumab, diurético de asa, paricalcitol y rocalcator. Se realizó un análisis multivariante para hipomagnesemia ≤ 1.5 mg/dl siendo los factores de riesgo los siguientes: asociación de tacrolimus con tiazidas [OR 8.23, IC95% 2.57-23.68], tacrolimus sin tiazidas [OR 4.35, IC95% 1.52-12.43], cinacalcet [OR 1.97, IC95% 1.10-3.52] y no recibir iSGLT2 [OR 1.73, IC95% 0.99-3.07]. La excreción fraccional de magnesio fue superior en TXR en tratamiento con tacrolimus+tiazidas. La hipomagnesemia se relacionó significativamente con los niveles de tacrolimus. Los suplementos orales de magnesio fueron ineficaces.

Conclusiones: La hipomagnesemia es la alteración electrolítica más frecuente en TXR. El riesgo de hipomagnesemia es mayor en pacientes tratados con tacrolimus, relacionándose directamente con los niveles del fármaco y aumentando de forma importante si se asocian tiazidas, por lo que esta combinación debería evitarse y valorar el uso de diuréticos de asa si fuera necesario. Ello parece deberse a un incremento en las pérdidas de magnesio a nivel del TCD. Los iSGLT2 podrían contemplarse en casos de hipomagnesemia severa, no pareciendo que los suplementos de magnesio sean eficaces.

638 IMPACTO DE LA RESERVA RENAL DETERMINADA ANTES DE LA DONACIÓN SOBRE LA FUNCIÓN RENAL POST-TRASPLANTE EN DONANTES Y RECEPTORES

C. ACOSTA-SÖRENSEN¹, E. PORRINI², S. LUIS-LIMA², C. CRUZ PERERA³, L. DÍAZ MARTÍN², Y.M. RIVERO VIERA³, M. RINCÓN TIRADO⁴, E. GALLEGU MORA⁵, DJ. HERNÁNDEZ MARRERO¹, A. GONZÁLEZ-RINNE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA),²LABORATORIO DE FUNCIÓN RENAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, ESPAÑA),⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA)

Introducción: La influencia de la reserva renal (RR) en la función renal (GFR) post-trasplante de donantes vivos y sus receptores es desconocida. La presencia de RR en donantes podría ser beneficiosa en términos de mejor GFR tanto para el donante como para el receptor. En cambio, la ausencia de RR en donantes podría indicar menor dotación renal y predisponer a menor GFR post-trasplante en donantes y receptores. No obstante, la evidencia en este campo es escasa.

Material y métodos: En un estudio previo (ERA Abstract 2023, #3737) describimos en 52 potenciales donantes renales vivos la presencia (24-46%), ausencia (13-25%) y uso (15-29%) de RR pre-donación. Se definió RR en uso, como la ausencia de aumento de GFR tras estímulo, en donantes con GFR basal elevado (> 100 ml/min). La presencia de RR se estableció como un aumento $> 10\%$ sobre el GFR basal tras la infusión de aminoácidos endovenosos. El GFR se determinó pre y post-trasplante mediante aclaramiento de iohexol, sin ajuste a superficie corporal. En el estudio de seguimiento actual investigamos el impacto de la presencia, ausencia y uso de RR pre-donación sobre el GFR a los 12 meses post-trasplante en donantes y receptores.

Resultados: De las 52 parejas, se realizó el trasplante en 21, habiendo completado 12 meses de seguimiento. Pre-trasplante 9 donantes tenían RR, 4 no tenían y 8 estaban usándola, siendo el GFR basal: 95 ± 15 , 89 ± 6 y 127 ± 16 ml/min, respectivamente. 12 meses post- donación el GFR fue mayor en los donantes que usaban la RR pre-donación (79 ± 12 ml/min) comparado con aquellos con RR (65 ± 9 ml/min; p 0.048) y sin RR (59 ± 10 ml/min; p 0.03). En receptores el GFR fue comparable entre aquellos que tenían un donante con RR o RR en uso (72 ± 19 Vs 68 ± 12 ml/min; p -ns), mientras que ambos grupos tenían un GFR mayor respecto a receptores de donantes sin RR pre-donación (53 ± 5 ml/min), aunque con significación borderline (p 0.07). Se emplearon test estadísticos no paramétricos. No se observaron complicaciones mayores post-trasplante que pudieran alterar el GFR.

Conclusiones: La presencia o uso de RR podría determinar una mejor función renal a los 12 meses tras la donación en donantes y receptores. Esto es un estudio preliminar, por lo cual se precisa incluir un mayor número de casos y ampliar el seguimiento.

640 MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA DEL COMPLEMENTO EN MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA ASOCIADA A TRASPLANTE (MAT-AT) MEDIANTE EL USO DEL TEST EX VIVO DE DEPOSICIÓN DE C5b-9

C. LLORENS CEBRIÀ¹, J.C. LEÓN ROMÁN¹, J. SELLARÈS¹, I.B. TORRES¹, N. RAMOS¹, F.J. MORESO¹, G. ARICETA², M.J. SOLER¹, M. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ³, C. JACOBS CACHÁ⁴

¹GRUPO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE. VALL D'HEBRON INSTITUT DE RECERCA (VHIR) (BARCELONA/ESPAÑA),²NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. VALL D'HEBRON HOSPITAL UNIVERSITARI (BARCELONA/ESPAÑA),³GRUPO DE INMUNOLOGÍA TRASLACIONAL. VALL D'HEBRON INSTITUT DE RECERCA (VHIR) (BARCELONA/ESPAÑA),⁴GRUPO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA, VEHICULIZACIÓN DE FÁRMACOS Y TERAPIA (CB-DDT). VALL D'HEBRON INSTITUT DE RECERCA (VHIR) (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La microangiopatía trombótica(MAT) se caracteriza por anemia hemolítica, trombocitopenia y disfunción renal, pudiendo estar asociada a diferentes enfermedades con activación del sistema del complemento(SC). Existen otras causas que activan el SC provocando MAT secundaria, como infecciones, exposición a fármacos o trasplante. En la MAT-asociada a trasplante(MAT-AT) pueden coexistir diversos factores de confusión como la terapia inmunosupresora o complicaciones con el injerto. En este sentido, el test ex vivo de deposición C5b-9 permite determinar la contribución del SC en el desarrollo de MAT-AT, aunque está en discusión si el suero de individuos sanos representa un buen control.

Material y métodos: Se ha estudiado un caso de MAT-AT renal en remisión parcial y un caso de sospecha de MAT-AT. Se han incluido también dos casos de MAT asociado a células madre hematopoyéticas(CMH) al debut y después del tratamiento con eculizumab. Como grupos control se han incluido individuos sanos y pacientes trasplantados renales o de CMH estables sin signos de MAT (confirmado por biopsia renal en los trasplantados renales). En todos se utilizó el test ex vivo de deposición C5b-9 para monitorizar la actividad del SC.

Resultados: Para establecer un rango de normalidad analizamos el suero de controles sanos y pacientes trasplantados renales o CMH estables sin MAT. No hallamos diferencias entre estos grupos lo que sugiere que ambos son un buen control negativo. Realizamos el test ex vivo de deposición C5b-9 usando muestras de pacientes con MAT-AT. El suero del paciente con sospecha de MAT-AT renal no presentó incremento de deposición C5b-9 sobre células endoteliales. Posteriormente, el paciente perdió el injerto renal por rechazo humoral crónico sin signos de MAT que es consistente con un test de C5b-9 negativo. El segundo caso de MAT-AT renal presentó niveles de deposición C5b-9 incrementados, alineado con un bloqueo incompleto del SC pese al tratamiento con eculizumab. En referencia a MAT-AT de CMH, como se esperaba, al debut los niveles de deposición C5b-9 estaban elevados comparado con el grupo de pacientes MAT-AT estables y se normalizaron tras el tratamiento.

Conclusiones: El test ex vivo de C5b-9 es útil para detectar actividad del SC en pacientes con MAT-AT. Además, hemos demostrado que el suero de pacientes trasplantados estables sin MAT induce niveles similares de deposición de C5b-9 que el suero de individuos sanos. Este hallazgo confirma que el test ex vivo de C5b-9 es valioso en el contexto de MAT-AT.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

641 LA ELASTOGRAFÍA DE INJERTO RENAL: TÉCNICA NO INVASIVA PARA DIAGNÓSTICO DE ALTERACIONES INFLAMATORIAS Y VASCULARES Y PREDICCIÓN DE FIBROSIS

J. JUEGA¹, M. CLOS-SANSALVADOR², P. RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ³, S. GARCÍA², M. FONT-MORÓN², A. VILA-SANTANDREU¹, M. FRANQUESA¹, J. BOVER¹, F. BORRÁS²

¹NEFROLOGÍA, REMAR-IGTP. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA); ²REMAR-IGTP. GERMANS TRIAS I PUJOL RESEARCH INSTITUTE (IGTP) (BADALONA); ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

La elastografía es técnica no invasiva que cuantifica el grado de rigidez tisular a partir de la velocidad de propagación de impulsos a través del área estudiada en diferentes tejidos. Validada para cuantificación de fibrosis hepática en pacientes con cirrosis. Valores de elastografía elevados (propagación más rápida): mayor rigidez significando mayor fibrosis hepática, sustituyendo actualmente biopsias seriadas hepáticas.

Métodos: Resultados provisionales de estudio prospectivo en progreso correlacionando valores de elastografía con hallazgos en biopsias de injerto renal.

60 pacientes trasplantados renales (PTR) divididos en cohorte 1: De novo (< 6 meses post-TR; n:31) y 2: Estables ($\geq$ 3 años post-TR; n:29) con FGe $\geq$ 30ml/min, proteinuria $\leq$ 1,5 gr/d. Todos reciben: ecografía, elastografía y biopsia renal (BR) por protocolo en t1:reclutamiento y t2: a 12 meses.

Se realizó elastografía (point-shear wave elastography, pSWE) con software QElaxto(Esaote). Protocolo técnico específico para injerto renal: 10 mediciones de pSWE sobre corteza, y 10 médula. Para cada grupo de datos: mediana, unidades kPa y m/s, rango intercuartílico (IQR) y cociente IQR/Mediana para valorar dispersión de mediciones. Se estudia la correlación de los valores de elastografías con resultados BR según Banff.

Resultados: Datos de elastografías y biopsias de 66 procedimientos. Se seleccionan 57 con menor dispersión (IQR/Med < 45), mostrando correlación inversa entre pSWE en médula y presencia de hialinosis arteriolar en BR (ah $\geq$ 1) ó su ausencia (ah 0) ($6,5 \pm 8$ vs. 14 ± 17 kPa) (p<0,058). La cohorte 1 (De novo) a t1, mostraba correlación inversa entre pSWE en médula y presencia (i-IFTA $\geq$ 1) ó ausencia (i-IFTA 0) de inflamación sobre fibrosis ($7,7 \pm 11,5$ vs. $11,4 \pm 10$ KPa), (p<0,066).

La cohorte 2 (Estable) a t1 mostraba correlación inversa entre pSWE en corteza y presencia ó ausencia de tubulitis (t) (t $\geq$ 1 $27 \pm 11,5$ vs. $10,34 \pm 11,6$ kPa, p<0,011) y glomerulitis(g)(g $\geq$ 1 28 ± 11 vs. $30,33 \pm 10$ kPa, p<0,069).

Un grupo combinando t y g mostró correlación inversa (t+g $\geq$ 1 24 ± 6 vs. t+g.

Además, tanto en t1 como en t2 la cohorte estable mostraba correlación inversa entre pSWE en corteza y engrosamiento arteriolar (CV) de forma significativa (CV 0-1 37 ± 13 vs. CV 2-3 23 ± 4 kPa., p: < 0,0053) n: 17; AUC 0,9.

EN cohorte estable, la elastografía en médula en t1 mostró capacidad de predicción de aparición de FIAT > 10% en biopsias en t2 (a 12 meses)(p<0,007, AUC 0,89).

Conclusiones: La elastografía de injerto renal podría proporcionar diagnóstico y monitorización no invasiva de su inflamación y afectación vascular. Muestra además potencial papel predictivo de posterior aparición de FIAT a 12 meses.

642 INFLAMACIÓN MICROVASCULAR Y/O TUBULOINTERSTICIAL DETECTADA EN EL POSTRASPLANTE PRECOZ Y SU IMPLICACIÓN EN LA FUNCIÓN RENAL A TRES AÑOS

CA. SANTANA QUINTANA¹, R. GALLEGOS SAMPER¹, R. SANTANA ESTUPIÑÁN¹, J.C. QUEVEDO REINA¹, D. MEDINA GARCÍA¹, Y. DARUIZ¹, P. FERNÁNDEZ¹, M. VALCÁLCER¹, M. RINCON TIRADO¹, P. PÉREZ BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN (ESPAÑA)

Introducción: Según el grado de inflamación detectado en la biopsia del trasplante renal (TR) podemos diagnosticar distintas formas y gravedad de rechazo renal, implicando un peor pronóstico. Es poco conocida la repercusión de la inflamación leve (sin criterios diagnósticos de rechazo según clasificación Banff) detectada en los primeros meses postrasplante y su implicación a corto-medio plazo en la función renal.

Métodos: Analizamos TR realizados entre 2015-2021 con biopsia renal (BR) al 4º-6º mes postrasplante, que presentaran inflamación microvascular y/o tubulointersticial sin llegar a presentar criterios diagnósticos de rechazo celular o humoral según clasificación Banff, y con seguimiento analítico durante los tres años postrasplante. Se analizaron variables demográficas, relacionadas con el TR y valores analíticos.

Resultados: Obtuvimos 77 pacientes con edad media 55,16 años y 70,1% de hombres. 83,1% presentaban bajo riesgo inmunológico, siendo 66,1% donantes en muerte encefálica.

En la biopsia del 4º-6º mes, 63,6% (n=49) no presentaron hallazgos patológicos (grupo control), 7,8% (n=6) presentaron inflamación microvascular, 15,6% (n=12) inflamación tubulointersticial y 13% (n=10) ambos tipos de inflamación (mixta).

No hubo diferencias significativas en las características basales respecto a control, excepto mayor riesgo inmunológico en el grupo de inflamación microvascular y mayor administración de bolos de metilprednisolona tras BR en los grupos de inflamación tubulointersticial y mixta (50% cada grupo).

Tabla 1 muestra la evolución analítica, objetivándose peor función renal en el grupo de inflamación microvascular respecto a control al año y dos años, y una función renal similar a los tres años entre los distintos grupos.

Conclusión: Objetivamos aumento significativo de creatinina al primer y segundo año postrasplante en pacientes con inflamación microvascular. La función renal durante el seguimiento fue similar en los grupos con inflamación tubulointersticial y mixta respecto a control, pudiendo ser el tratamiento con bolos de metilprednisolona, para la resolución de la inflamación, uno de los mecanismos implicados en estos resultados.

643 ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/GLUCOSA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

P. RUIZ LÓPEZ-ALVARADO¹, C. SÁNCHEZ¹, A. BAIJO¹, B. QUIROGA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID ESPAÑA)

Introducción: El índice triglicéridos/glucosa (ITG) es un novedoso marcador que ha demostrado predecir eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad renal crónica. Hasta la fecha, ningún estudio ha evaluado su valor en portadores de trasplante renal. El objetivo del presente estudio es analizar el ITG en una cohorte de pacientes trasplantados renales y determinar su impacto pronóstico.

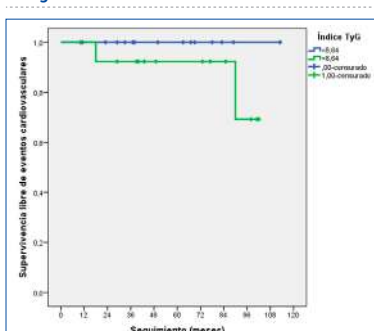
Métodos: Se incluyó a todos los pacientes trasplantados renales (no diabéticos) que empezaron seguimiento en nuestro centro entre los años 2014 y 2021. Basalmente (en el momento de la primera consulta) se recogieron variables epidemiológicas, comorbilidades y tratamientos, así como variables analíticas incluyendo triglicéridos y glucosa con los que se calculó el ITG. Se analizaron los factores asociados a presentar un ITG más elevado. Durante el seguimiento, se evaluó el impacto pronóstico cardiovascular y global del ITG.

Resultados: Se cribaron 46 pacientes, de los que 30 (80% varones, edad media 52 $\pm$ 15 años) eran no diabéticos y fueron finalmente incluidos. Ocho pacientes (27%) tenían antecedentes cardiovasculares. La mediana de tiempo en terapia renal sustitutiva (TRS) fue de 31 (21-87) meses. El ITG medio se situó en 8,64 $\pm$ 0,48. Los factores asociados a un ITG más elevado fueron la edad (p=0,047), una tendencia en los pacientes hipertensos (p=0,084) y con el uso de prednisona (p=0,078). Estableciendo como punto de corte la mediana del ITG, los factores asociados niveles >8,64 fueron la edad (p=0,004), la insuficiencia cardíaca (p=0,046) y el uso de iSGLT2 (p=0,025).

Durante el seguimiento (56 [32-83] meses), tuvieron un evento combinado 3 pacientes (10%): 2 cardiovasculares y 1 fallecimiento. El único factor asociado a presentar un evento fue la edad (p=0,05). El ITG no se asoció significativamente con la incidencia de eventos (probablemente por el bajo tamaño muestral) (figura 1).

Conclusiones: El ITG se asocia a presentar insuficiencia cardíaca en los pacientes portadores de un trasplante renal.

Figura 1.



644 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL INGRESO PARA TRASPLANTE RENAL. INFLUENCIA SOBRE EL RIESGO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS

E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, T. ARROYO¹, M. GALVÁN¹, M.J. BECERRA¹, M. GALLEGOS¹, I. MAURO¹, M. LÓPEZ OLIVA¹, Y. HERNÁNDEZ¹, C. JIMENEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: La malnutrición en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es un factor de mal pronóstico, determinante de mayor morbilidad y mortalidad, así como peor calidad de vida. Su prevalencia oscila entre un 30-70%. Debido a la situación hipercatabólica de la cirugía de trasplante renal, una falta de reserva nutricional conlleva una menor tasa de éxito global, así como un mayor riesgo de infecciones y un retraso en la recuperación.

El objetivo de este estudio es caracterizar el estado nutricional de una cohorte de pacientes con ERC al recibir un trasplante renal, así como su posible influencia sobre la aparición de posibles complicaciones.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, que incluye a los pacientes hospitalizados para trasplante renal, mayores de 18 años, en un hospital terciario. El período de inclusión fue desde enero de 2020 hasta diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, de comorbilidad y analíticas.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes de los cuales un 61,2% eran hombres y un 38,8% mujeres. La media de edad fue de 53 $\pm$ 15 años. Respecto al tratamiento renal sustitutivo: 58,5% procedían de hemodiálisis, el 32,4% de diálisis peritoneal y el 9% de prediálisis. El tiempo medio en diálisis fue de 38 $\pm$ 30 meses.

En cuanto al IMC, los pacientes presentaron: bajo peso (8,1%), normopeso (36,2%), sobrepeso (38,4%), obesidad grado 1 (14,6%) y obesidad grado 2 (2,7%).

Respecto a valoración funcional, presentaban un índice de Barthel medio de 91,45 puntos, pero un 11,1% de los pacientes tenía un Barthel inferior o igual a 70 puntos.

El tiempo medio de ingreso fue de 16 $\pm$ 12 días. Un 38,2% de los pacientes tuvieron algún tipo de complicación infecciosa durante el ingreso del trasplante, sobre todo infecciones del tracto urinario/pielonefritis (69,8% del total). Existió una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de infección y la edad del receptor, la albúmina al ingreso, los días de ingreso, y la necesidad de suplementación al alta.

Un 21,7% de los pacientes requirieron suplementación oral al alta, sobre todo módulos proteicos por desnutrición proteica. El índice de riesgo nutricional geriátrico (GNRI) fue de 54,76 $\pm$ 9 puntos (severo). Existe relación estadísticamente significativa entre GNRI y el riesgo infección durante ingreso, la PCR y la estancia media.

Conclusiones: El trasplante renal supone una situación de hipercatabolismo. Los pacientes malnutridos en tratamiento renal sustitutivo sometidos a una cirugía de trasplante presentan mayor riesgo de complicaciones, sobre todo infecciosas y mayor estancia media.

645 UNA DÉCADA DE TRASPLANTE RENAL ABO INCOMPATIBLE: RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS

C. CORDOBA HERRERA¹, N. SERRA CABAÑAS¹, R. ALABAU PERICH¹, M. PÉREZ MIR¹, L. FAYOS DE ARIZÓN¹, A. DOMÍNGUEZ GUASCH¹, J. EL-BACHOUTI¹, A. HERREROS¹, LL. GUIRADO PERICH¹, C. FACUNDO MOLAS¹

¹NEFROLOGÍA, FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: El trasplante renal (TR) de donante vivo (DV) es la mejor opción de tratamiento renal sustitutivo dado que ofrece mejores resultados y una mejor calidad de vida para los pacientes. Tradicionalmente, los trasplantes se han realizado entre donantes y receptores con compatibilidad de grupo de sanguíneo. Sin embargo, en los últimos años, los trasplantes ABO incompatibles han emergido como una alternativa eficaz para pacientes en lista de espera sin donante compatible.

Materiales y métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo en el que se incluyen los pacientes TR de DV ABO incompatible en Fundació Puigvert entre 2013 y 2023 con un seguimiento mínimo de 1 año. Se implementó tratamiento de acondicionamiento con anticuerpos monoclonales anti-CD20, inmunoadsorción específica (IA) e inmunoglobulinas policlonales. La inmunosupresión de inducción consistió en timoglobulina, prednisona, tacrolimus y ácido micofenólico.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes. La edad media de donantes y receptores fue 55 ± 8 y 54 ± 9 años, con una mayoría de donantes mujeres (80%) y de receptores hombres (60%). Los matrimonios representaron el parentesco más común (68%). El tiempo de seguimiento medio fue 42 meses. El 80% de pacientes requirieron IA postTR, con una media de 4 sesiones, mientras que el 41% precisaron de IA postTR (3.5 sesiones de media). Todos presentaron títulos de isoaglutininas (ISO) postTR $<1/8$, y en el seguimiento postTR, los títulos de ISO se mantuvieron en la mayoría de casos bajos. 16% de pacientes presentaron rechazo agudo (celular y/o humoral). Un paciente presentó trombosis del injerto a los 15 días del trasplante debido a un rechazo humoral mediado por ISO. La supervivencia del injerto fue del 96% en el primer año y se mantuvo estable a lo largo del seguimiento, con valores de creatinina sérica media de $129 \pm 46 \mu\text{mol/L}$ sin proteinuria. La supervivencia del paciente fue del 94%. No se evidenció una mayor tasa de infecciones ni de neoplasias.

Conclusiones: A pesar de los desafíos inmunológicos inherentes al TR de DV ABO incompatible, los protocolos de desensibilización actuales nos permiten unas tasas aceptables de rechazo agudo y una supervivencia del injerto y del paciente a largo plazo satisfactoria.

646 DISOCIACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL RECHAZO CELULAR DURANTE EL PRIMER AÑO POST TRASPLANTE RENAL

MP. PATRICIO LIÉBANA¹, TR. TORRES RODRÍGUEZ¹, GD. GABALDÓN DOMÍNGUEZ², SR. SELLARÉS ROIG¹, PC. PERELLÓ CARRASCOA¹, M. MENEGHINI¹, K. KERVELLA¹, ZV. ZÚÑIGA VERGARA¹, MM. MORESO MATEOS¹, BM. BESTARD MATAMOROS¹

¹NEFROLOGÍA, VALL D'HEBRON (BARCELONA), ²ANATOMÍA PATOLÓGICA, VALL D'HEBRON (BARCELONA)

Introducción: La evaluación de la respuesta al tratamiento de los episodios de rechazo mediado por células T (TCMR) se basa en la mejoría de la función renal medida por creatinina sérica (Scr mg/DL). Sin embargo, se ha documentado una disociación entre la función renal y la resolución histológica en las biopsias de seguimiento. Debido a que la persistencia de TCMR favorece la aparición de anticuerpos anti-HLA de novo y el desarrollo de rechazo celular y humoral crónico, hemos comparado la recuperación histológica tras el tratamiento en pacientes diagnosticados de TCMR.

Material y métodos: Evaluamos a pacientes receptores de trasplante renal entre los años 2010 y 2019 (n=1072), seleccionando los casos que presentan un episodio de TCMR durante el primer año (n=68). El 59% (n=40) de los pacientes disponía de una segunda biopsia. Se consideró respuesta clínica favorable alcanzar a los 6 meses una creatinina sérica no superior al 110% de la creatinina sérica nadir antes del episodio de TCMR.

Resultados: Los diagnósticos en la biopsia inicial fueron: TCMR grado 1A (n=18), grado 1B (n=10), grado 2 (n=33) y rechazo mixto (n=7). Se dispónia de una segunda biopsia renal en 10, 7, 19 y 4 casos respectivamente. Tras el tratamiento, menos de un tercio de los pacientes alcanzó una respuesta clínica favorable sin diferencias significativas entre los diferentes grados de severidad de TCMR. En los pacientes con respuesta clínica no favorable (n=28) hubo resolución histológica en el 36% de los casos. Se compararon los pacientes respondedores y no respondedores, presentando únicamente diferencias estadísticamente significativas en la edad del donante.

Conclusiones: Se observa una disociación entre la respuesta clínica e histológica tras el tratamiento de los episodios de TCMR. Son necesarios ensayos clínicos para evaluar la respuesta a los diferentes tratamientos.

647 USO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DIABÉTICOS

A. SINGH¹, LA. VIGARA¹, M. ALONSO¹, JM. AMARO¹, B. SERRANO¹, M. EADY², MG. SANCHEZ³, C. ORELLANA¹, T. GARCIA¹, A. MAZUECOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CADIZ),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA (CADIZ).³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL (CADIZ)

Introducción: Los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (ar-GLP1) han demostrado beneficios cardiovasculares y renales en la población diabética con obesidad. Sin embargo, la evidencia de semaglutida oral en pacientes trasplantados renales (TR) es limitada.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los TR diabéticos que iniciaron semaglutide oral en 3 centros hospitalarios de la provincia de Cádiz entre diciembre de 2021 y diciembre de 2023. Se recogió filtrado glomerular estimado (FGe), proteinuria y peso al inicio del tratamiento y tras 6 y 12 meses. Analizamos control glucémico, tensión arterial, perfil lipídico y niveles, donantes y C/D ratio de tacrolimus. Documentamos episodios de rechazo agudo (RA), anticuerpos donantes específicos (DSA) de novo y efectos adversos.

Resultados: 22 TR con DM iniciaron tratamiento con Semaglutida oral de los cuales 16 pacientes cumplieron seguimiento de 6 meses y 11 pacientes de 1 año. Catorce (63.6%) habían desarrollado diabetes post- TR. La edad media fue de 61 años y el 77% eran hombres. El FGe medio fue de 46.1 ml/min/1.73 m², el IMC medio al inicio del tratamiento fue de 34.7 kg/m² y la mediana de tiempo post-TR fue de 45 meses. Las variables comparadas durante el seguimiento se muestran en la tabla 1.

4 (18%) pacientes sufrieron efectos adversos gastrointestinales. En 2 pacientes se cambió a semaglutida de formulación subcutánea por no pérdida de peso. No se documentaron DSA de novo durante el seguimiento. Se documentó 1 episodio de RA tras el inicio del fármaco.

	PFC controlada, media (SD)	136 (80), 97	101 (147), 50	0.023*	147 (81), 56	142 (81), 54	0.569
	PFC no controlada, media (SD)	79 (81), 50	79 (81), 50	0.023*	79 (81), 50	79 (81), 50	0.569
Dosis de Prednisona mg/kg, media (SD)	5 (0.1), 5	5 (0.1), 5	5 (0.1), 5	0.000†	5 (0.1), 5	5 (0.1), 5	0.000†
Dosis de corticoides mg/kg, media (SD)	1.02 (1.4), 0.5	1.02 (1.4), 0.5	1.02 (1.4), 0.5	0.000†	1.02 (1.4), 0.5	1.02 (1.4), 0.5	0.000†
Nivel de creatinina mg/dl, media (SD)	0.7 (0.1), 0.5	0.7 (0.1), 0.5	0.7 (0.1), 0.5	0.029†	0.7 (0.1), 0.5	0.7 (0.1), 0.5	0.029†
Nivel de calcio mg/dl, media (SD)	3.0 (0.1), 0.5	3.0 (0.1), 0.5	3.0 (0.1), 0.5	0.029†	3.0 (0.1), 0.5	3.0 (0.1), 0.5	0.029†

F-FC: Fiebre; Dosis glucocorticoides: dosis de prednisona; SD: desviación estándar; PFC: función pulmonar controlada; FAL: función pulmonar no controlada en series aleatorias; DM: diabetes mellitus controlada; PFC: presión arterial sistólica; PFC: presión arterial diastólica; Col: colesterol total controlado.

*Prueba de Fisher para muestras grupales.

†Prueba de Student para muestras grupales.

648 PATIENT-REPORTED OUTCOMES MEASUREMENT (PROMs) EN LA CONSULTA DE ACCESO A TRASPLANTE RENAL Y SU RELACIÓN CON LA FRAGILIDAD

D. REDONDO-PACHÓN¹, A. BACH¹, C. AMAT², G. PEDREIRA³, B. CHAMOUN¹, O. GARIN², Y. PARDO², M. CRESPO¹, M.J. PÉREZ-SÁEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS SANITARIOS. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ³ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA. HOSPITAL DEL MAR. UNIVERSITAT POMPEU FABRA (BARCELONA)

Introducción: Los resultados reportados por el paciente (PROMs) son una herramienta fundamental para avanzar hacia una práctica clínica centrada en el paciente y mejorar su estado de salud. Su implementación está cada vez más extendida, aunque casi no existen experiencias en los pacientes candidatos a trasplante renal (TR) que son cada vez más frágiles y de edad avanzada. El objetivo fue analizar PROMs en pacientes con ERC candidatos a TR y su relación con la fragilidad.

Pacientes y métodos: Incluimos 143 pacientes valorados en consulta de acceso al TR. Se administraron los cuestionarios PROMIS-29 y PROMIS-Global-Health. Calculamos el T-score para cada dimensión. Recogimos características sociodemográficas, comorbilidades y fragilidad (escala FRIED). Definimos fragilidad si FRIED $\geq$ 1.

Resultados: De los 143 pacientes, 99 (69.2%) contestaron los cuestionarios. El 31% eran mujeres con edad media de 61.4 años y casi 40% estaba en diálisis. El 59.5% de los pacientes eran frágiles. De forma global, los pacientes reportan una percepción de su estado mental como muy bueno y estado físico como regular (Figura). Las puntuaciones de ansiedad, fatiga, habilidades sociales, alteración del sueño, dolor y depresión eran normales. Solo la función física fue reportada como peor. Cuando comparamos los pacientes frágiles y no frágiles, solo el dominio físico de PROMIS-Global-Health y la función física de PROMIS-29 fueron peores en el grupo de frágiles. No encontramos diferencias en el resto de dominios de los cuestionarios ni en las comorbilidades (Tabla).

Conclusiones: Los resultados reportados por el paciente (PROMs) son una herramienta útil en la consulta de acceso al TR para evaluar la percepción del estado de salud y su relación con otras comorbilidades. Esto parece especialmente relevante en los pacientes frágiles que presentan una peor percepción de su función física.

La implementación de PREMs/PROMs nos permitirá realizar intervenciones para mejorar los resultados en salud de estos pacientes.

■ Tabla 1. Valores basales, a los 6 meses ya los 12 meses tras el inicio del ar-GLP1 de las variables clínicas y analíticas comparadas durante el seguimiento.

	Brasil (n=1)	Estados Unidos (n=1)	p-value	Brasil (n=1)	Estados Unidos (n=1)	p-value
Edad (media $\pm$ SD), meses (DE)	40 (33,03 $\pm$ 10,11)	40 (39,11 $\pm$ 10,11)	0,1187	40 (42,22 $\pm$ 10,11)	40 (33,33 $\pm$ 10,11)	0,0007
CA, mg/dL (media $\pm$ SD)	104 (29,47 $\pm$ 47,91)	94 (21,14 $\pm$ 28,74)	0,1187	107 (24,19 $\pm$ 38,74)	100 (24,19 $\pm$ 15,01)	0,4757
Proteína (mg/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Urea (mg/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Glóbulos rojos (mm ³ , media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Glóbulos blancos (mm ³ , media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Plaquetas (mm ³ , media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	0,0007
Albúmina (g/dL, media $\pm$ SD)	10 (3,75 $\pm$ 7,75)	10 (3,11 $\pm$ 5,11)	0,6181	10 (10,11 $\pm$ 7,75)	10 (10,1	

Tabla 1.

[illegible]

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

649 SÍNDROME DE INTOLERANCIA DEL INJERTO RENAL, IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

P. GANDÍA UREÑA¹, M. PARRA¹, A. QUILIS¹, E. GAVELA¹, E. GALVÁN¹, L. PORCAR¹, J. KANTER¹, S. BELTRÁN¹, E. CALATAYUD¹, A. SANCHO¹¹NEFROLOGÍA. H.U. DOCTOR PESET (VALENCIA)

Los pacientes con injertos renales no funcionantes constituyen aproximadamente el 4% de los pacientes incidentes en diálisis, número que va a seguir aumentando en los próximos años. La suspensión completa de la inmunosupresión se ha asociado a un mayor riesgo de sensibilización HLA y de intolerancia del injerto renal.

Objetivo: Analizar en una serie de pacientes trasplantados el desarrollo de síndrome de intolerancia del injerto renal (SII) tras el fracaso del injerto, evaluar sus consecuencias y factores predictores de su desarrollo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 63 pacientes con fracaso del injerto renal (enero 2012-diciembre 2022). Excluimos pérdidas inmediatas del injerto. Analizamos características demográficas, clínicas y evolución del SII. Estudio comparativo con los pacientes que no desarrollaron SII (no-SII).

Resultados: Veintitrés pacientes (36,5%) desarrollaron SII. El tiempo medio de diagnóstico fue 13,7±11,7 meses (1,2-55,8). La presentación más frecuente anemia (73,9%), seguido de dolor en injerto renal (65,2%), hematuria (65,2%), elevación de reactantes de fase aguda (56,5%) y fiebre (34,8%). En todos los pacientes se incrementaron o reintrodujeron corticoides, en el 43,4% (10) se reintrodujo el tacrolimus. El 74% requirió embolización del injerto renal (necesarios hasta dos procedimientos en tres pacientes). Sólo un paciente precisó nefrectomía. La resolución del SII implicó mejoría en las cifras de Hemoglobina ($p=0,005$) y reducción de PCR ($p=0,001$). El SII se asoció a un incremento de pacientes sensibilizados (5 pretrasplante vs 16 tras el SII, $p=0,007$) y mayor grado de sensibilización, presentando 7 pacientes (30,4%) un PRA>98%.

Los pacientes con SII presentaron menor edad ($53,7\pm 14,7$ vs $61,9\pm 9,8$, $p=0,01$) y menor tiempo de seguimiento hasta el fracaso del injerto ($30,3\pm 24,2$ vs $44,6\pm 35,7$ meses, $p=0,06$). No encontramos diferencias en sensibilización HLA previa, causas de fracaso, antecedentes de rechazo agudo ni en dosis o niveles de inmunosupresión tras el fracaso, aunque los rechazos fueron más graves en SII. Los SII presentaron menor tasa de retransplantes tras el fracaso del injerto ($4,3\%$ vs 25% , $p=0,02$). El fracaso del injerto renal antes de los 2 años fue el factor predictivo fundamental para el SII (HR 2,740, IC 0,95 1,06-7,06), $p=0,03$.

Conclusiones: El SII fue más prevalente en pacientes que presentaron fracaso del injerto en los dos primeros años. A pesar del incremento de la inmunosupresión un porcentaje elevado precisó embolización del injerto. Se asoció a un incremento en la sensibilización HLA y menor posibilidad de retransplante. Es necesaria una vigilancia activa y estudios que nos permitan definir las estrategias a seguir tras el fracaso del injerto para minimizar su aparición.

650 RECIDIVA DE GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA EN EL TRASPLANTE RENAL: MÁS DE 40 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A. DOMÍNGUEZ GUASCH¹, J.J. ÁLVAREZ SALTOS², L. FAYOS DE ARIZÓN¹, J. EL BACHOUTI¹, C. CANAL¹, C. CORDOBA¹, M. PÉREZ¹, L. GUIRADO PERICH¹, C. FACUNDO MOLAS¹, N. SERRA CABANAS¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR JOSEP TRUETA (GIRONA)

Introducción: La Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEFS) es una causa frecuente de enfermedad renal. Su forma primaria es infrecuente pero presenta una tasa de recurrencia en el trasplante (TR) del 30-60%, comprometiendo la supervivencia del injerto a corto plazo. Actualmente, a pesar de los avances en su conocimiento y tratamiento, el TR en esta población continúa siendo un desafío.

El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los pacientes con recurrencia de GEFS en el TR.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico de GEFS que presentan recidiva en el TR en nuestro centro desde 1982. Se recogen datos clínicos, analíticos e histológicos del receptor, así como de las características del TR.

Resultados: Se identifican 117 pacientes trasplantados con GEFS, 24 secundarias (20,5%), 8 genéticas (6,8%) y 45 primarias (38,5%). 40 pacientes no se pudieron clasificar correctamente. De las primarias, se observan 11 recidivas en el TR (24,4%), con edad media al debut de la enfermedad de 26 ± 18 años, proteinuria $11\pm 2,7$ g/día y albuminemia $16,6\pm 3,9$ g/L. El 73% ($n=8$) presentaban síndrome nefrótico en el momento del TR. 2 pacientes recibieron TR de donante vivo emparentado y 9 de cadáver (7 muerte encefálica; 2 asistolia controlada). El tiempo hasta la recidiva fue de $6,2\pm 8$ meses. El 90% se presentaron con proteinuria nefrótica, 36% con síndrome nefrótico. 3 pacientes recibieron plasmáferesis, 3 rituximab y 3 bolus de metilprednisolona. Todos llevaban IECA/ARA2 y se aumentaron los niveles de anticalcineurínico.

3 pacientes presentaron remisión completa, 2 parcial y en 5 no hubo respuesta, con pérdida del injerto y reinicio de hemodiálisis. 2 pacientes recibieron nuevamente un TR, con recidiva en uno de ellos.

Al comparar los pacientes según la supervivencia renal, se observó que aquellos con pérdida del injerto presentaban mayor proteinuria pre-TR ($9,8$ vs $6,2$ g/día, $p=0,762$) y habían recibido injertos de pacientes mayores ($58,2$ vs $35,8$ años; $p=0,085$), todos de donante cadáver.

Presentaron más frecuentemente función retardada del injerto (60 vs 0% , $p=0,061$) y recidiva más precoz (71 vs 283 días, $p=0,150$), con mayor proteinuria al diagnóstico ($9,2$ vs $6,6$ g/día, $p=0,540$). Se asociaron más frecuentemente a rechazo agudo (60 vs 17% , $p=0,242$). Los pacientes con recidiva antes de los 3 meses habían debutado a edad más temprana (20 vs 34 años; $p=0,265$) y con más hipoalbuminemia (15 vs 20 g/L, $p=0,065$).

Conclusiones: Según nuestros resultados, el paciente con GEFS diagnosticada a edad más temprana, con mayor hipoalbuminemia, con donante más joven y que al momento del TR presenta más proteinuria, se beneficiaría de un seguimiento post-TR más estricto para detectar y abordar la recidiva precozmente.

651 RETRASPLANTE EN MAYORES DE 65 AÑOS, LA MEJOR OPCIÓN

A. QUILIS¹, E. GAVELA¹, M. PARRA², P. GANDÍA², S. BELTRÁN¹, J. KANTER¹, A.I. AVILA², E. CALATAYUD², C. CASTRO², A. SANCHO²¹NEFROLOGÍA. HU DR PESET (VALENCIA), ²NEFROLOGÍA. HU DR PESET (VALENCIA/ESPAÑA)

El número de pacientes de edad avanzada que opta a ser trasplantado ha aumentado de forma progresiva en nuestro país, así como los pacientes que optan a un segundo injerto renal tras el fracaso del previo. La complejidad de estos pacientes y su edad avanzada podría desanimarnos a considerar el retransplante como una opción ventajosa.

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes ≥ 65 años en nuestra serie que han recibido un segundo injerto renal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 259 pacientes ≥ 65 años trasplantados renales en nuestro centro desde el 2010 hasta 2023. Comparamos los pacientes retransplantados (reTx) con aquellos que habían recibido su primer injerto. Analizamos características demográficas, evolución y supervivencia de injerto y paciente.

Resultados: De los 259 pacientes trasplantados ≥ 65 años en el período de estudio, 32 (12,4%) recibieron un segundo injerto (reTx). El tiempo medio de seguimiento fue de $51,4\pm 40,8$ meses (6-162), similar en ambos grupos ($p=0,891$). La causa más frecuente de pérdida del primer injerto fue rechazo crónico 60%, seguida de pérdida por trombosis o fallo primario 25%.

No observamos diferencias en la edad (reTx $69,2\pm 3,7$ vs $70,3\pm 3,9$ años, $p=0,125$), sexo ($p=0,219$) o comorbilidad pretrasplante del receptor, con mayor porcentaje de sensibilizados en el grupo reTx (35,7% vs 7,2%, $p=0,000$) y pacientes del grupo sanguíneo A ($p=0,098$). No encontramos diferencias en la edad del donante ($64,7\pm 13,6$ vs $69\pm 11,4$ años, $p=0,058$), sexo ($p=0,322$) o creatinina sérica ($p=0,933$). Las incompatibilidades HLA, función retrasada del injerto o rechazo agudo resultaron similares. El trasplante anticipado resultó similar al del resto de pacientes (11% vs $12,5\%$, $p=0,177$). La dosis de globulinas utilizadas en inducción fue superior en los reTx ($3,2\pm 1,3$ vs $2\pm 0,6$, $p=0,000$) sin diferencias en infecciones o neoplasias durante el seguimiento. La función renal fue similar, excepto en el primer mes en que la creatinina sérica fue menor en los reTx ($1,8$ vs $2,2$, $p=0,013$). La supervivencia al año y 3 años de injerto (reTx 95,8% vs no-reTx 84,9% y reTx 95,8% vs no-reTx 81,8%, respectivamente, $p=0,09$) y paciente (reTx 96,8% vs no-reTx 95,9% y reTx 92,7% vs no-reTx 88,7%, respectivamente, $p=0,450$) fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: El retransplante en ≥ 65 años presentó resultados evolutivos y supervivencia comparables a los de los primeros trasplantes de pacientes de similares características, permitiéndonos además evitar la inclusión en diálisis, con los consiguientes beneficios para el paciente y el sistema sanitario. Estas ventajas nos animan a considerar de forma precoz el retransplante en pacientes mayores seleccionados que presentan un injerto renal disfuncionante, aunque un seguimiento a mayor plazo es necesario para comparar complicaciones y evolución a medio-largo plazo.

652 UNIDADES DE ERCA Y TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO, LA MEJOR OPCIÓN DE TRASPLANTE

A. QUILIS¹, S. BELTRÁN¹, J. KANTER¹, E. GAVELA¹, M. PARRA¹, P. GANDÍA¹, C. CASTRO¹, B. VIZCAINO¹, E. CALATAYUD¹, A. SANCHO¹¹NEFROLOGÍA. HU DR PESET (VALENCIA/ESPAÑA)

El trasplante renal anticipado se ha relacionado con una mejor supervivencia y es además la opción más sostenible para el sistema sanitario al evitar la diálisis y la morbilidad asociada a la misma. No obstante, está poco extendido y es imposible llevarlo a cabo sin la colaboración de las consultas de ERCA con las unidades de trasplante. Si bien suele ser el modo de trasplante habitual en el donante de vivo, una elevada prevalencia de pacientes sensibilizados en lista, junto con una elevada tasa de donación, pueden haber favorecido el acceso al trasplante anticipado a receptores en lista de donante fallecido en nuestra serie recientemente.

Objetivos: Analizar la evolución de los trasplantes renales anticipados realizados, características demográficas y supervivencia.

Material y método: Serie de 620 trasplantes renales realizados desde el 2016, de los que 98 (15,8%) lo hicieron de forma anticipada (ERCA).

Resultados: El seguimiento fue de $40,2\pm 27,8$ meses (r: 6-96), similar en ambos grupos. No encontramos diferencias al analizar las características demográficas del receptor (edad, sexo, causa de enfermedad renal, HTA, tabaquismo o sensibilización HLA pretrasplante) entre ambos grupos. Hubo menor proporción de diabéticos entre los ERCA (9,4% vs 19,4%, $p=0,03$) y mayor frecuencia de pacientes con grupo sanguíneo A o B ($p=0,000$). Hubo mayor prevalencia de donante vivo (15,3% vs 4%, $p=0,001$). El donante fallecido no presentó diferencias en cuanto a edad, sexo o creatinina sérica, los donantes ERCA presentaron menos antecedentes de PCR previa a la extracción ($21,5\%$ vs $36,9\%$, $p=0,006$). No hubo diferencias en la inmunosupresión recibida. La función retrasada del injerto fue menor en ERCA (8,4% vs 32,2%, $p=0,000$) con menor Cr sérica en el primer mes de seguimiento ($1,69\pm 0,7$ vs $2,12\pm 1,3$, $p=0,002$). No hubo diferencias en incidencia de RA, complicaciones infecciosas ni tasa de ingresos. La supervivencia de injerto y paciente fue similar en ambos grupos. Hubo 11 fracasos del injerto en el grupo ERCA: 2 rechazos, 4 disfunción primaria del injerto y 5 exitus (2 neoplasias, 2 de origen infecciosos y 1 vascular).

Conclusiones: El trasplante anticipado presentó mejor función renal al mes del trasplante, sin diferencias en supervivencia de injerto o paciente en un seguimiento a medio plazo. El ahorro de las complicaciones derivadas de la diálisis para el paciente y la mejora de la sostenibilidad del sistema sanitario son circunstancias incuestionables para potenciar esta modalidad de trasplante, en la que el trabajo conjunto con las consultas de ERCA resulta fundamental. El análisis de los beneficios percibidos por el paciente (PREMS y PROMS) permitirían añadir argumentos a favor de esta modalidad de trasplante.

653 EXPERIENCIA POCUS EN TRASPLANTE RENAL PRECOZ: K-LUNGO® SCALE

E. MARTÍNEZ MORALES¹, C. MARTÍN RODRÍGUEZ¹, L. MARTÍN TESTILLANO¹, E. GARCÍA-MENÉNDEZ², B. SÁNCHEZ SOBRINO¹, P. LÓPEZ SÁNCHEZ¹, PC. SÁNCHEZ VILLEGAS¹, MR. LLÓPEZ CARRATA-LA¹, J. PORTOLÉS PÉREZ¹, D. JANEIRO MARÍN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA)

Introducción: La congestión sistémica constituye un factor de riesgo de mortalidad cardiovascular. El uso de la bioimpedanciometría (BIA) y la ecografía a pie de cama (POCUS), permiten objetivar el estado de volemia del paciente. En el periodo de postrasplante precoz, existe mayor tendencia a la hipervolemia (sueroterapia, transfusiones...) por lo que su uso podría ser útil en estos casos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes en periodo de trasplante renal precoz. Se recogen datos demográficos. Se realiza ecografía pulmonar, medición de diámetro vena cava inferior y BIA a las 48 horas, primera y segunda semana postrasplante. Se elabora un algoritmo nuevo (K- LUNGO) (imagen1) que permite clasificar el tipo (tisular, vascular o mixta) y grado de congestión (en función del % de sobrehidratación (OH) sobre peso seco), utilizándolo para decidir actitud clínica.

Resultados: Se estudian 20 pacientes receptores de primer trasplante renal. La edad media 51.6 años (22-75) y el 58,3% hombres. El 68,4% proceden de hemodiálisis; 21,1% diálisis peritoneal; El 68,4% fueron asistolia tipo III, 21.1% muerte encefálica y 10.5% donante vivo. El 17,7% presentaban congestión pulmonar tras 1ª semana vs 7,7% tras la 2ª. El resto de datos objetivados por POCUS se muestran en la tabla 1. La OH por BIA media en 1ª semana fue 3.5 litros (DS 2.2) vs 2ª semana 1.7 litros (DS 1.9). El peso medio en 1ª semana 76 Kg (DS 17.2) vs 2ª 73,4 Kg (DS 16.1). El 45.1% (1ª semana) recibió tratamiento diurético vs 30.8% (2ª semana). Solo 1 paciente requirió ultrafiltración.

Conclusiones: El uso de K-LUNGO en el postrasplante precoz, podría ser una herramienta útil de cara a diagnosticar tipo y gravedad de congestión, adelantándonos a la situación clínica de los pacientes, minimizando así las complicaciones derivadas de la misma. No obstante, se necesitan estudios aleatorizados para establecer recomendaciones contrastadas.

Ver figura y tabla

654 HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN EL INJERTO DE RECEPTORES CON PROTEINURIA EN RANGO NEFRÓTICO

MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, C. GARCÍA MAJADO¹, M. MARTÍNEZ BELOTTO¹, M. RODRÍGUEZ VIDRIALES¹, C. ESCAGEDO CAGIGAS¹, JE. PASACHE CHONG¹, JM. GÓMEZ ORTEGA², R. VALERO SAN CECILIO¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹, E. RODRIGO CALABIA¹

¹NEFROLOGÍA. GRUPO DE INMUNOPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA-IDIVAL (SANTANDER/ESPAÑA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA-IDIVAL (SANTANDER/ESPAÑA)

Introducción: La proteinuria tras el trasplante renal es un marcador inespecífico de daño del injerto, si bien su presencia en gran cuantía suele ser indicador de afectación glomerular. Se pretende analizar los resultados histológicos de receptores con proteinuria nefrótica (PN) tras el trasplante renal y compararlos con aquellos pacientes que desarrollan además síndrome nefrótico (SN).

Material y método: Análisis retrospectivo observacional. Se analizan los resultados histológicos de las biopsias de injerto de los receptores de trasplante entre enero de 2000 y septiembre de 2023 que desarrollaron PN, definida como >3 g/24h. Definimos SN como la aparición concomitante de hipoalbuminemia < 3,5 g/dl tras la aparición de PN.

Resultados: De 1098 trasplantados en el periodo de estudio, 204 (18%) desarrollaron PN tras el trasplante, habiéndose realizado una biopsia renal destinada a establecer la causa de la PN en 110 (53,9%). En muchos casos no biopsiados la PN apareció en un estadio avanzado de insuficiencia renal del injerto, considerándose desfavorable el balance riesgo-beneficio de la biopsia. La mediana desde el trasplante a la realización de la biopsia fue de 45 (13 – 94) meses, y desde la PN a la biopsia fue de 1 (-1 – 4) meses. Los diagnósticos histológicos se muestran en la Tabla 1. La causa más frecuente de PN fue el rechazo mediado por anticuerpos (47%), que en el 25% de los casos coexistía con fibrosis intersticial y atrofia tubular. No se encontraron diferencias en los diagnósticos ni en los parámetros de Banff entre los pacientes con PN o SN.

Conclusiones: El principal diagnóstico histológico en receptores de trasplante renal con PN fue el rechazo mediado por anticuerpos, seguido de la recidiva de la glomerulonefritis de base. No es infrecuente que el rechazo humoral coexista con datos histológicos de daño crónico. Los resultados no difieren en pacientes con PN o con SN. Hacen falta más estudios para identificar hallazgos histológicos específicos que se correlacionen con la aparición de PN.

Tabla 1. Hallazgos en 110 biopsias de injerto renal de receptores con proteinuria en rango nefrótico tras el trasplante.

Diagnóstico histológico	#	%
RC	5	4.5
RMAC	52	47.3
RMAC aislado	23	20.9
RMAC + IFTA	27	24.5
RMAC + RAC	2	1.8
RMAC + recurrencia de GN o GN de novo	6	5.5
Recurrencia de GN	23	21.8
Nefropatía IgA	10	9.1
GSFS	3	2.7
Nefropatía membranosa	3	2.7
SHUa	3	2.7
Enfermedad renal diabética	1	0.9
GN membranoproliferativa	1	0.9
Nefritis lúpica	1	0.9
Amiloidosis	1	0.9
IFTA aislado	10	9.1
GN de novo	8	7.3
GSFS	4	3.6
Nefropatía membranosa	3	2.7
Amiloidosis	1	0.9
Otros	6	5.5
Total	110	100

Abreviaturas: RC: Rechazo celular; RMAC: Rechazo mediado por anticuerpos; IFTA: fibrosis intersticial y atrofia tubular; GN: glomerulonefritis; GSFS: Glomeruloesclerosis focal y segmentaria; SHUa: síndrome hemolítico-urémico; ateno: ateno.

655 ¿HAY RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y LA INFECCIÓN POR BK EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES?

M. ALONSO MOZO¹, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, LA. VIGARA SÁNCHEZ¹, C. ORELLANA CHÁVEZ¹, A. GARCÍA GARCÍA-DONCEL¹, JM. CAZORLA LÓPEZ¹, JM. AMARO MARTÍN¹, N. MONTIEL QUEZEL-GUERRAZ¹, T. GARCÍA ÁLVAREZ¹, A. MAZUECOS BLANCA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ/ ESPAÑA)

Introducción: Se han descrito numerosas coinfecciones virales tras la infección por SARS-CoV-2. Sin embargo, existen datos limitados sobre la relación entre la COVID-19 y el virus BK en pacientes trasplantados renales (TR).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los receptores de TR con infección por BK (iBK) en nuestro centro desde marzo de 2020 (primeros casos de COVID-19) hasta marzo de 2023. La viremia de BK se determina periódicamente prospectivamente en todos los TR realizados en nuestro centro. Realizamos un estudio de casos y controles, eligiendo dos controles sin iBK por cada caso (fecha de trasplante más próxima y edad similar del donante y del receptor). Se analizaron las características clínicas y la evolución, así como los antecedentes de COVID-19 en ambos grupos. Se estableció un resultado compuesto que incluía iBK de novo y/o aumento significativo de la viremia BK (aumento > 50% en al menos 2 muestras consecutivas). Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para factores de riesgo de iBK de novo y/o aumento significativo de viremia BK.

Resultados: Durante este periodo se realizaron 235 TR en nuestro centro, de los cuales 37 (16.1%) fueron diagnosticados de iBK. La mediana de tiempo transcurrido desde la fecha del TR hasta la iBK fue de 73 días. Al comparar los casos frente a los controles, las características demográficas y el tipo de donante fueron similares en ambos grupos, excepto por una mayor proporción de varones en el grupo de iBK (76,3% frente a 55,3%; p=0.029). La incidencia de infección por SARS-CoV-2 fue significativamente mayor en los pacientes con iBK de novo y/o incremento de viremia que en el grupo control (44,7% frente a 26,3% p=0,048). Durante el seguimiento, un paciente del grupo iBK falleció y un paciente del grupo control perdió el injerto por causas distintas a las infecciones víricas. En el análisis multivariante, el sexo masculino y la infección por SARS-CoV-2 fueron factores de riesgo para el resultado compuesto.

Conclusiones: Como se ha descrito con otros virus, puede existir una interrelación entre el SARS-CoV-2 y el BK. Nuestra experiencia sugiere que puede ser apropiado un estrecho seguimiento del BK tras episodios de COVID-19.

656 TRASFUSIONES POST-TRASPLANTE, ¿AUMENTAN EL RIESGO INMUNOLÓGICO?

E. JIMÉNEZ MAYOR¹, C. GONZÁLEZ GARCÍA¹, N. POLANCO FERNÁNDEZ², E. GONZÁLEZ MONTE², A. HERNÁNDEZ², H. TRUJILLO², A. SEVILLANO PRIETO², E. MORALES², ANDRÉS²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO ALCANTARA (CÁCERES); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: La relación entre las transfusiones de concentrados de hematíes (CH) post-trasplante renal (post-TR) y el desarrollo de anticuerpos donante específico de novo (DSA) y/o rechazo agudo (RA) es controvertida. Algunos trabajos recientes han observado un incremento del riesgo inmunológico en los pacientes que reciben CH post-TR. Sin embargo, existen múltiples factores que asocian un mayor riesgo inmunológico post-TR. Para intentar minimizar los potenciales sesgos, en este trabajo analizamos la influencia de los CH post-TR exclusivamente en una población de bajo riesgo inmunológico.

Material y método: Se han revisado retrospectivamente los TR realizados en el periodo de enero 2017-marzo 2023 en nuestro hospital. Se incluyeron los pacientes de bajo riesgo inmunológico, definido por los siguientes criterios de inclusión: primer TR, TR no combinado, receptor no inmunizado y TR ABO compatible. Todos los pacientes debían tener un mínimo de 12 meses de seguimiento. En relación con la determinación de anticuerpos antiHLA, se consideró positivo un MFI >500. Los pacientes se dividieron en grupos según hubieran recibido o no CH post-TR. Se analizó el desarrollo de anticuerpos antiHLA, DSA, la realización de biopsias post-TR y la incidencia de rechazo.

Resultados: Entre el 01/01/17-31/03/2023 se realizaron en nuestro centro 698 TR. De ellos, 338 pacientes (edad 55.6±16 años, 31.4% mujeres) cumplían los criterios de inclusión. Previo al TR, el 42.6% de los pacientes había requerido CH y el 22.6% de mujeres había tenido algún embarazo.

Durante el seguimiento, a cada paciente se le había realizado una mediana de 6 (1-15) determinaciones de anticuerpos antiHLA. 31 de ellos (9.2%) habían positivizado los ac antiHLA aunque solo en 15 pacientes (4.4%) eran DSA. 85 pacientes (25.1%) fueron sometidos a biopsias objetivándose RA en 26 de ellos (7.7%).

Cuando se realizó un análisis comparativo entre los dos grupos, se observó que los pacientes del grupo con transfusiones post-TR tenían más riesgo de positivizar los anticuerpos antiHLA (14.2% vs 6.7%; p=0.025), pero sin diferencias significativas en el desarrollo de DSA (5.3% vs 4%; p=0.58). No se objetivaron tampoco diferencias en el riesgo de sufrir rechazo agudo (8.8% vs 7.1%; p= 0.57) o supervivencia del injerto al año de seguimiento.

Conclusiones: En pacientes de bajo riesgo inmunológico la transfusión de CH post-TR implica un mayor riesgo de inmunización, aunque esto no influye ni en el desarrollo de DSA ni aumenta el riesgo de presentar RA o pérdida del injerto renal.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

657 RECHAZO, INFLAMACIÓN MICROVASCULAR E IMPLICACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

N. DÍAZ NOVO¹, D. SUÁREZ SUÁREZ², Y. RIVERO VIERA³, S. GONZÁLEZ NUÉZ³, S. AFONSO RAMOS³, A. RAMÍREZ PUGA³, I. AUYANET SAAVEDRA³, R. GUERRA RODRÍGUEZ³, C. GARCÍA CANTÓN¹¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL (LAS PALMAS/ESPAÑA); ²ESTUDIANTE DE GRADO EN MEDICINA. UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS/ESPAÑA)**Introducción:** La presencia de inflamación microvascular (MVI) en la biopsia, caracterizado por glomerulitis y capilaritis peritubular, es un componente importante dentro del diagnóstico de Banff como criterio para el rechazo mediado por anticuerpos. Podemos encontrar estudios donde parece reflejar que una puntuación MVI ≥ 2 es un indicador de pronóstico negativo de la supervivencia del injerto renal.**Material y método:** Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, incluyendo pacientes >16 años con ERC grado 5 sometidos a Tx renal donante cadáver en nuestro hospital entre el 1 enero 2012 y el 31 diciembre 2022, realizando seguimiento hasta diciembre 2023 de aquellos pacientes que sobreviven con injerto funcional al menos un año. Los pacientes incluidos en el grupo de rechazo agudo precoz han sido aquellos con confirmación histológica según criterios Banff. Categorías incluidas: Biopsia normal/cambios no específicos- Rechazo mediado por anticuerpos con Ac. antiHLA-DSA- Rechazo mediado por anticuerpos sin Ac. antiHLA-DSA- Rechazo mediado por células tipo T. Adicionalmente, se analizará en los grupos con rechazo la existencia de MVI y su implicación en el pronóstico del injerto.**Resultado:** Se realizaron un total de 609 trasplantes renales. Se descartan 37 casos por disfunción primaria del injerto y 27 por no llegar con injerto funcional al año. En total se diagnosticaron 81 (14.9%) casos de rechazo agudo renal en los primeros 6 meses posttrasplante. Se identifican 28 casos de rechazo agudo mediado por células T, 13 de los cuales también presentaron MVI con una puntuación ≥ 2. Además, se detectaron 36 casos de rechazo agudo mediado por anticuerpos, de los cuales 22 no presentaban DSA circulantes. 12 casos mostraron rechazo mixto. Análisis de supervivencia: Del injerto: supervivencia inferior en el grupo con rechazo agudo precoz (94% a los 2 años, 80% a los 5 años Vs 98% a los 2 años, 94% a los 5 años) (p < 0.001). No se evidencia disminución significativa en la supervivencia del paciente. No diferencia significativa en la supervivencia del injerto o paciente entre las distintas categorías de rechazo. No diferencia entre el rechazo mediado por anticuerpos con o sin DSA, pero se puede observar una tendencia a mayor supervivencia en el grupo sin DSA. En el análisis del impacto en la supervivencia del injerto de MVI en el rechazo agudo mediado por células T no se encontró significación estadística.**Conclusiones:** En nuestro estudio se objetiva disminución de supervivencia del injerto en pacientes con rechazo agudo precoz no objetivándose diferencias en cuanto a la supervivencia del paciente. No hemos encontrado impacto en la supervivencia del injerto basándonos únicamente en el criterio de MIV.

658 FUNCIÓN RETRASADA DEL INJERTO. MUJERES, HOMBRES Y DONANTES

M.I. ACOSTA-OCHOA¹, A. COCA ROJO¹, C. ABAD², B. FERNÁNDEZ², A. MOULTAMIS¹, P. ARDURA¹, M. MARTÍNEZ¹, P. PASCUAL¹, T. RONDA¹, A. MENDILUCE¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (ESPAÑA); ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (ESPAÑA)**Introducción:** La función retrasada del injerto (FRI) es una condición ampliamente estudiada. Entre los factores de riesgo se encuentra el sexo masculino del receptor(Rc) o el número de incompatibilidades HLA. Pero pocos estudios abordan factores del donante(Do) como el emparejamiento de sexo Do-Rc o el peso.**Material y método:** Estudio retrospectivo, durante 2 años de trasplante (Tx) de Do cadáver en nuestro centro. Estudiamos la incidencia de FRI, comparamos hombres y mujeres, analizamos factores del Do como sexo Rc-Do (match), edad y peso.**Resultados:** Realizamos 142 Tx, 92 (65%) hombres, 50 (35%) mujeres. 5 (4%) Tx-PATHI, 23 (16%) re-Tx. En 90 (64%) hubo match de sexo, 28 (20%) de mujer-a-hombre, 23 (16%) hombre-a-mujer. La incidencia de FRI fue 37 hombres (26%), 11 mujeres (8%) p=0,02; en los mismatch hombre:mujer ocurrió en RcMujer:DoHombre 5 (4%) p=0.46, RcHombre:DoMujer 11(8%) p=0.18. Los Rc PATHI y re-Tx varones sufrieron más FRI (Tabla-1). Los Rc varones sufren más FRI si son obesos p=0.012 y si su Do es obeso p=0.033 (Tabla-2). Las Rc mujeres son más significativamente más jóvenes, presentan menos obesidad y reciben menos Do obesos, no encontramos diferencias significativas en el número de incompatibilidades recibidas (Tabla-2).**Conclusiones:** Encontramos que en todos los escenarios estudiados los hombres presentan mayor incidencia de FRI. Cuando analizamos factores de riesgo no tradicionales como el mismatch hombre:mujer entre sexos o el peso y la obesidad de Rc y Do observamos que los varones presentan FRI con mayor frecuencia. Consideramos que se requieren estudios específicos para dilucidar los mecanismos fisiológicos que median la susceptibilidad al FRI en el sexo masculino.

■ Tabla 1.

TABLA 1	FRI	No-FRI	P
Global	48 (34)	94 (66)	valor
Sexo c ¹	37 (26)	55 (39)	0.021
Edad	62 ± 12	62 ± 12	0.43
Rc-Do = Vc ²	29 (20)	19 (13)	0.37
Rc Vc: Do c ³	7 (5)	16 (11)	0.46
Rc c ⁴ : Do Vc	12 (9)	16 (11)	0.18
PATHI	4 (3)	1 (0.7)	0.045
PATHI c ⁵	3 (2)	0 (0)	0.05
Re-Tx	15 (10)	8 (6)	0.001
Re-Tx c ⁶	13 (9)	3 (2)	0.03
Estancia	23 ± 15	14 ± 4	<0.001

TABLA 2	Hombres	Mujeres	P
FRI	(37)	(11)	valor
Edad Rc	63 ± 12	58 ± 13	0.049
Edad Do	60 ± 11	58 ± 12	0.62
Delta Edad	2.5 ± 10	-0.3 ± 9	0.16
Peso Rc	75 ± 12	64 ± 11	0.007
Peso Do	81 ± 17	74 ± 8	0.04
Delta Peso	-6 ± 16	-8 ± 10	0.22
Delta IMC	-1.4 ± 5	-2.8 ± 6	0.024
Obesidad Rc	17 (35)	6 (13)	0.012
Obesidad Do	12 (26)	4 (9)	0.033
Nº incompat.	7.4 ± 2.3	6.9 ± 2.5	0.16
<50a	7 (5)	3 (2)	0.51
>55a	29 (20)	5 (4)	0.045

659 TRASPLANTE RENAL SIN TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA EN TESTIGOS DE JEHOVA

CHAMOUN HUACON¹, C. GONZÁLEZ GARCÍA¹, A. BUXEDA PORRAS¹, C. BURBALLA TARREGA¹, A. BACH PACUAL¹, D. REDONDO PACHON¹, M. CRESPO BARRIO¹, J. CARAZO CORDOBEZ¹, L. CECCHINI ROSELLI¹, M.J. PÉREZ SAEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ²ANESTESIOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ³UROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)**Introducción:** La comunidad religiosa de testigos de Jehová (TJ) representa un desafío clínico frente a un procedimiento quirúrgico, debido a su negativa a las transfusiones de sangre (TS) y al uso de fracciones aisladas del plasma (FAP-seroalbumina, inmunoglobulinas, complejo protrombínico-). Por este motivo, su aceptación como candidatos a trasplante renal (TR) puede verse comprometida.**Pacientes y métodos:** En el año 2016 se activó en el Hospital del Mar, Barcelona, el programa de TR sin sangre para TJ. Para poder realizar el procedimiento, la hemoglobina pre-TR debe ser >13g/dl. Hemos analizado retrospectivamente los datos de los TR realizados hasta 2023, variables demográficas, variables clínicas del TR y seguridad del procedimiento. El seguimiento fue 24 [13-52] meses.**Resultados:** 27 pacientes han recibido un injerto renal dentro del programa de TR sin sangre (Tabla 1). Veintiséis de ellos aceptaron el uso de Cell Saver® (recuperación de sangre autóloga) intra-TR y 22 aceptaron el uso de FAP en caso de requerirlo (ninguno lo requirió). Cuatro pacientes tuvieron un descenso de Hb hasta <7 g/dl en el postTR y en dos fue <5g/dl (una paciente con una hemorragia digestiva precoz postTR y otra pluricomplejada en el postTR) ningún paciente falleció en el posoperatorio. Un 73% fueron tratados con agentes estimulantes de la eritropoyesis (dosis media darbepoetina 80 mcg q72h) y hierro endovenoso pos-TR. Cuatro pacientes precisaron drogas vasoactivas por inestabilidad hemodinámica no relacionada con la anemia. Hubo tres complicaciones tipo hematoma: uno de pared abdominal que se complicó con una evisceración y debió colocarse malla; otro hematoma perirrenal y otro retroperitoneal; este último tuvo que ser reintervenido en dos ocasiones.**Conclusiones:** El TR puede llevarse a cabo en pacientes que rechacen la transfusión de hemoderivados. Una cuidadosa valoración del receptor, la hemoglobina pre-TR y un estrecho manejo multidisciplinar son imprescindibles para el éxito del procedimiento.

■ Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de seguridad hematológica.

TR sin sangre	N=27
Edad receptor (años, media, ds)	61.4 (11.3)
Sexo receptor (mujer, n, %)	12 (44.4)
Receptor IMC >30 kg/m2 (n, %)	7 (25.9)
Etiología de la ERC (diabetes, n, %)	3 (11.5)
Tipo de diálisis preTR (HD, n, %)	23 (85.1)
Tiempo en HD pre-TR (años, mediana, [RQ])	3.45 [2.0-6.5]
Tratamiento con antiagregantes (n, %)	3 (11)
Tratamiento con anticoagulantes (n, %)	1 (3.7)
Edad donante (años, media, ds)	61.9 (11.4)
Sexo donante (mujer, n, %)	14 (49)
Tipo donante (n, %)	
Vivo	7 (25.9)
Muerte encefálica	8 (29.7)
Asistolia controlada tipo III	12 (44.4)
cPRA (% media, ds)	47 (41)
Inmunosupresión de inducción (timoglobulina, n, %)	9 (33.3)
Inmunosupresión de mantenimiento (TAC+AMF+PRED, n, %)	18 (69.2)
Tiempo de isquemia fría (horas, media, ds)	11 (6.9)
Hb pre-TR (g/dl, media, ds)	13.9 (1.2)
Hb al alta (g/dl, media, ds)	11 (2.4)
Función retrasada del injerto (n, %)	11 (40.7)
No función renal primaria (n, %)	1 (3.7)
Biopsia postTR (n, %)	3 (11)
Rechazo agudo (n, %)	3 (11.5)
FG a los 12 meses postTR n=13 (ml/min, media, ds)	53.7 (22.4)
Supervivencia del injerto a 12 meses n=13 (n, %)	13 (86.6)
Supervivencia del paciente a 12 meses n=17 (n, %)	16 (94.1)

660 ISGLT2 EN LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD GLOMERULAR POST-TRASPLANTE RENAL. NUESTRA EXPERIENCIA

N. SERRA CABAÑAS¹, L. FAYOS DE ARIZÓN¹, C. CÓRDOBA HERRERA¹, M. PÉREZ MIRA¹, J. EL-BACHOUTI¹, Y. ARCE¹, L. GUIRADO PERICH¹, C. FACUNDO MOLAS¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (ESPAÑA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. FUNDACIÓ PUIGVERT (ESPAÑA)**Introducción:** La recidiva de la enfermedad glomerular en el post-trasplante renal tiene un impacto negativo en la supervivencia del injerto y es causa de pérdida del injerto en un porcentaje importante de pacientes. El tratamiento inmunosupresor adecuado y el control de la proteinuria son los pilares básicos del tratamiento de la misma. El efecto nefroprotector y antiproteínúrico de los iSGLT2 puede ser muy beneficioso en este contexto. El objetivo del trabajo es estudiar el efecto de los iSGLT2 en los pacientes trasplantados renales que presentan recidiva de su enfermedad glomerular en el marco de la práctica clínica habitual.**Material y métodos:** Estudio unicéntrico prospectivo en el que se incluyen los pacientes trasplantados renales con recidiva de enfermedad glomerular de base a los que se les inicia tratamiento con iSGLT2. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.**Resultados:** Se han incluido 10 pacientes con una edad media de 54±8 años, 77% hombres. Las enfermedades glomerulares más frecuentes fueron la Nefropatía IgA y la Glomerulonefritis Membranosa. El tiempo medio des del trasplante hasta el inicio del iSGLT2 fue de 6.6 ± 4 años. El iSGLT2 más utilizado fue dapagliflozina (90% de los pacientes). El 55% de los pacientes presentaron deterioro de FG, siendo el descenso medio de FG de 10ml/min. Ningún paciente presentó ITU tras el inicio del iSGLT2. No se tuvo que retirar el fármaco en ningún paciente. El 100% de los pacientes realizaban a la vez tratamiento con IECA. El tiempo medio de seguimiento des del inicio del iSGLT2 fue de 5,5 meses. El descenso medio de proteinuria fue por Ratio de Prot/Creat de 50mg/mmol.**Conclusiones:** En nuestra experiencia inicial, los iSGLT2 son seguros en el paciente trasplantado renal con recidiva de enfermedad glomerular. El descenso que hemos observado en la proteinuria ha sido leve pero probablemente por el corto tiempo de seguimiento tras el inicio del fármaco. Para confirmar su efecto beneficioso en este contexto son necesarios más estudios, con un mayor número de pacientes y un mayor tiempo de seguimiento.

661 RECIDIVA DE GLOMERULONEFRITIS ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR EN EL TRASPLANTE RENAL – A PROPÓSITO DE UN CASO ATÍPICO

ONSECA¹, P. ANTÚNEZ PLAZAB¹, L. CORREA MARCANO¹, A. FALCONI SARMIENTO¹, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, C. RODRÍGUEZ TUDERO¹, D. RUDDY QUISPE RAMOS¹, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN¹, G. TABERNEO FERNÁNDEZ¹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, ESPAÑA (SALAMANCA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, ESPAÑA (SALAMANCA)

Introducción: La glomerulonefritis anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) es una enfermedad mediada por anticuerpos frente al colágeno tipo IV de la MBG. La variante sin anticuerpos circulantes es atípica, con incidencia del 10-15%, recidivando en el trasplante renal (TR). Suele presentar afectación renal menos severa y proteinuria nefrótica en hasta mitad de los casos.

Material y método: Se trata de un trabajo descriptivo de un caso clínico de recidiva de glomerulonefritis anti-MBG atípica en el trasplante renal.

Resultados: Mujer, 54 años, con glomerulonefritis anti-MBG en biopsia renal(BR) sin anticuerpos circulantes, tratada con bolos de corticoides y ciclofosfamida, inefectivo. Posteriormente, recibió TR(donante cadáver), manteniendo FR normal sin proteinuria durante 11 años, hasta presentar proteinuria(2,5g/día), sospechándose recidiva de glomerulonefritis anti-MBG o rechazo, indicándose biopsia. Inició bolos de corticoides, rituximab, pero progresa deterioro de FR, proteinuria(6g/día), microhematuria, indicándose nueva BR evidenciando glomerulonefritis necrotizante focal y segmentaria (proliferación extracapilar). A pesar de ausencia de anticuerpos anti-MBG circulantes, se diagnostica de glomerulonefritis anti-MBG de novo, tratada con ciclofosfamida y plasmáferesis, manteniendo FR estable sin proteinuria. Más tarde, la proteinuria aumenta(7g/día), indicándose nueva biopsia demostrando rechazo crónico. La insuficiencia renal crónica progresa y recibe segundo TR(donante vivo). Mantuvo FR estable sin proteinuria durante años, hasta empeoramiento de proteinuria(1,5g/día), indicándose BR, confirmando recidiva de glomerulonefritis anti-MBG con depósitos lineales IgG, ausentes en microscopía electrónica (ME). Recibió ciclofosfamida, manteniendo FR normal y descenso de proteinuria(240mg/día).

Conclusión: La ausencia de anticuerpos anti-MBG circulantes podría atribuirse a limitaciones del test ELISA e inmunofluorescencia indirecta, porque detectan antígenos dirigidos hacia una de las seis subunidades del colágeno tipoIV de la MBG. Los anticuerpos pueden dirigirse a diferentes subunidades y/o presentar vida media corta en plasma respecto a tejidos. El diagnóstico diferencial de depósitos lineales IgG debe realizarse con glomerulonefritis fibrilar y diabetes mellitus. La paciente no era diabética y la ME no evidenció microfibrillas. Tampoco se detectaron anticuerpos anti-MBG, probablemente por muestra insuficiente y artefactos(parafinación). No obstante, es importante considerar la variante atípica de glomerulonefritis anti-MBG y su recurrencia en el TR.

662 DISFUNCIÓN DEL INJERTO RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CENTRO DE GUATEMALA: PERSPECTIVA AL ALTA

WM. AJCABUL RAXHÓN¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (GUATEMALA)

Introducción: El trasplante renal es la opción preferida para pacientes con enfermedad renal avanzada, ofreciendo mayor supervivencia y calidad de vida que la diálisis. Aunque enfrenta desafíos como el rechazo y la pérdida del injerto, se busca mejorar los resultados mediante la identificación de factores de riesgo y modelos predictivos.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se utilizó U de mann-whitney y las variables categorías se utilizó χ^2 de Pearson para evaluar las diferencias significativas. Se evaluó un modelo de regresión logística binaria jerárquica con objetivo de determinar si existían factores independientes de éxito con la conservación del trasplante renal previo al egreso durante el periodo comprendido entre enero 2022 y junio 2023.

Resultados: De 52 pacientes, la edad media de los receptores con disfunción del injerto (35 años) fue similar a la de aquellos sin disfunción (34 años)(p=0.99). Según sexo, no se encontraron diferencias significativas (p=0.71).

Se evaluó la relación familiar receptor-donante y no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos(p=0.08). La distribución de grupos sanguíneos y factores Rh tanto en receptores como en donantes no mostró diferencias significativas (p>0.05).

En términos de comorbilidades, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de diabetes mellitus o hipertensión arterial entre los grupos (p > 0.05). La terapia sustitutiva renal y la inmunosupresión con Basiliximab tampoco mostraron diferencias significativas.

Se encontró una diferencia significativa las complicaciones mecánicas, con una mayor proporción de complicaciones en el grupo con disfunción del injerto (90%) en comparación con el grupo sin disfunción (7%) (p=0.001). Esto sugiere que las complicaciones mecánicas podrían ser un factor relevante en la disfunción del injerto en trasplantes renales.

La indicación de hemodiálisis durante la primera semana post-trasplante fue estadísticamente diferente, con una mayor proporción en el grupo con disfunción del injerto (70%) en comparación con el grupo sin disfunción (3%) (p =0.001).

Conclusiones: Las complicaciones mecánicas y el uso de hemodiálisis en la primera semana fue estadísticamente diferente en ambos grupos, con una mayor proporción en el grupo con disfunción del injerto, sin embargo no se encontró su inclusión aportarán al modelo de predicción riesgo de disfunción del injerto por regresión logística binaria, lo que sugiere la necesidad de explorar otras variables y analizar un cohorte mayor. Esta cohorte de pacientes aporta información clínica epidemiología de vital importancia sobre la población trasplantada renal y la disfunción del trasplante en pacientes de Guatemala.

 Ver tabla

663 ECOGRAFÍA DOPPLER DEL DONANTE DE VIVO POTENCIAL (DRP): ¿APORTA?

RH. SOSA BARRIOS¹, R. MORENO GARCÍA¹, M. PIRIS GONZÁLEZ¹, I. MINGUEZ TORAL¹, VM. BURGUEIRA VION¹, C. GALEANO ÁLVAREZ¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, ME. RIVERA GORRINI¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. RAMÓN Y CAJAL (ESPAÑA)

Introducción: La ecografía Doppler (Doppler) renal en el estudio de los DRp no está contemplada de forma rutinaria, aunque puede evitar pruebas con radiación ionizante, descartando de manera sencilla, inocua y reproducible a aquellos que por cuestiones anatómicas no pueden ser candidatos.

Material y métodos: - Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó DRp desde 1/2021 hasta 12/2023. Nuestro protocolo pre-donación incluye un Doppler reglado por parte de un nefrólogo intervencionista experimentado.

- Se recogieron datos clínicos, analíticos y pruebas de imagen.

Resultados: - De 64 pacientes, 59 completaron el estudio de donante vivo protocolizado. La edad media fue 55.59±11.19 años, 55.9% mujeres, con filtrado glomerular estimado medio (MDRD4) 86.34±15.12 ml/min/1.73m2. Sin antecedentes de diabetes (94.9%) ni hipertensión (83.1%).

- Se procedió a la donación en 26 casos, 25 fueron desestimados y 8 pacientes están en estudio.

- El 88.1% tenían eco previa sin Doppler y el 76.3% Doppler (características en tabla 1).

- De los 25 pacientes en los que se desestimó la donación 21 tenían una ecografía 2D, 2 con hallazgos patológicos (riñones <9cm y litiasis). En 14 se realizó una Doppler, 3 con anatomía vascular compleja y 1 defecto de perfusión bilateral, contraindicando la donación en todos. En 16 casos no se realizó la donación por causa médica y en 4 por reconsideración del donante.

Conclusiones:

- En nuestra experiencia la ecografía renal 2D junto con el Doppler descartó a 5 pacientes como potenciales donantes (20%).

- El estudio de donante de vivo consume una serie de recursos que, en ocasiones, no es costeeficiente, por lo que debería ser escalonado, iniciando el estudio clínico seguido de la ecografía y, por último, técnicas más invasivas como la tomografía axial computarizada.

■ **Tabla 1.** Características de los DRp.

		(26 pacientes)		NO (25 pacientes)		(8 pacientes)	
CARACTERÍSTICAS DONANTE	MEDIA DE EDAD (años)	54.5		60.2		36.5	
	SEXO (M/F) (%)	65	35	54	45	37	63
	MEDIA TFG MDRD4 (ml/min/1.73m ²)	84		84		87	
ANTECEDENTES DONANTE	DM (%)	0/26 (0)		2/25 (8)		1/8 (12)	
	HTA (%)	6/26 (23)		3/25 (12)		1/8 (12)	
	LITIASIS (%)	2/26 (7)		4/25 (16)		0/8 (0)	
ECOGRAFÍA 2D	NORMAL (%)	21/23 (91)		19/23 (83)		8/8 (100)	
	RIÑONES < 9CM (%)	0/23 (0)		3/23 (13)		0/8 (0)	
	LITIASIS (%)	1/23 (4)		1/21 (4)		0/8 (0)	
	ANGIOMIOLIPOMAS (%)	1/23 (4)		0/23 (0)		0/8 (0)	
	DEFECTOS DE PERFUSIÓN (%)	0/22 (0)		1/24 (4)		0/8 (0)	
ECO-DOPPLER	ANATOMÍA COMPLEJA (%)	0/22 (0)		3/14 (21)		0/8 (0)	
	ARTERIAS ÚNICAS	13/26 (50)		4/21 (19)		1/6 (16)	
	ARTERIA POLAR ÚNICA	10/26 (38)		3/21 (14)		5/6 (83)	
TAC							
		3/26 (12)		4/21 (19)		0/6 (0)	

664 CISTITIS ABACTERIANA EN UN TRASPLANTADO RENAL ¿POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) O INTERSTICIAL?

M. DE LARA GIL¹, MM. GIL MUÑOZ¹, S. LLORENTE VIÑAS¹, I. SAURA LUJAN¹, F. MORALES CARAVACA¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA/ESPAÑA)

Introducción: La cistitis es sin duda la complicación infecciosa más frecuente del paciente con trasplante renal. La etiología más frecuente son las enterobacterias, seguidas de Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus spp. Existen otras formas raras de Cistitis abacterianas.

La Cistitis intersticial consiste en dolor, presión y disconfort vesical asociado a síndrome miccional de más de 6 semanas de duración con ausencia de infección u otra causa identificable. Su diagnóstico es por exclusión de otras causas.

Material y métodos: Se trata de un paciente de 69 Años trasplantado renal en 2015.

Sus antecedentes son: HTA. DM-2. Dislipemia. Cardiopatía isquémica. SAHS Severo con CPAP Nocturna. ERC secundaria a Hialinosis Focal y Segmentaria. Psoriasis. Síndrome linfoproliferativo posttrasplante (BDCG estadio IV-B (MO) con respuesta completa tras tercer ciclo de CHOP.

Presenta dolor vesical con grave síndrome vesical. Repetidos urocultivos son negativos y el PSA es normal.

Tras varias consultas en Urgencias, Urología realiza una cistoscopia con toma de Biopsia. La Biopsia informa de cistitis ulcerativa y papilar. Se diagnostica de Cistitis Intersticial.

Pese a tratamiento esteroideo y analgésicos empeora la clínica con necesidad de miccionar cada 20 minutos incluida la noche.

Resultados: Revisamos su biopsia vesical y tras solicitar nuevos estudios complementarios, la inmunotinción para CMV resulta positiva en dos núcleos de dos células endoteliales.

La PCR de CMV sérica es negativa.

Ante posible CISTITIS POR CMV, se indica tratamiento con valganciclovir a dosis terapéuticas durante 6 semanas más instilaciones vesicales semanales con ácido hialurónico.

Tras ello, el paciente presenta franca mejoría con desaparición de la clínica. Revisamos otros casos diagnosticados de Cistitis intersticial. En uno de ellos también la inmunotinción para CMV fue positiva en la biopsia vesical.

Conclusiones: La cistitis es una rara afectación tisular por el CMV en el trasplante renal. Su diagnóstico es histológico y la viremia suele ser negativa. La Cistitis intersticial es un diagnóstico por exclusión tras descartar otras causas por cistitis, como la producida por CMV.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

665 GASTRITIS POR SARCINA VENTRICULI EN TRASPLANTADA RENAL. UNA INFECCIÓN RARA PERO POTENCIALMENTE LETAL

ÁLVAREZ SOSA¹, N. SÁNCHEZ DORTA², M.A. GARCÍA PAREJA², C. RAMOS DE ASCANIO², N. ZAMORA RODRÍGUEZ², A. FARÍÑA HERNÁNDEZ², C. RODRÍGUEZ ADANERO², A. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ², E. DE BONIS REDONDO², D. HERNÁNDEZ MARRERO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA)

Introducción: *Sarcina Ventriculi* (SV) es un raro coco gram positivo, anaeróbico, fermentador, perteneciente a la familia de los Clostridium. Crece en medio ácido y se asocia a la retención gástrica (gastroparesia diabética, estenosis pilórica y cirugía gástrica). Las infecciones en humanos son raras, causando dispepsia, dolor abdominal, úlceras gástricas y raramente gastritis enfisematosa que puede desencadenar en perforación gástrica. La bacteria puede identificarse en exámenes histológicos.

Material y método: Se reporta un caso de infección por SV en transplantada renal y los hallazgos en una revisión bibliográfica sistemática de dicha patología en este perfil de pacientes.

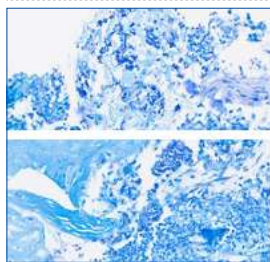
Resultado: Paciente de 70 años, con factores de riesgo cardiovascular, transplantada renal hace 14 años (enfermedad de base: nefropatía diabética), en tratamiento con tacrólimus y micofenolato. Acude a Urgencias por deterioro general en contexto de ITU (*Escherichia coli* multisensible). Tras varios días, presentó dolor agudo en flanco derecho con fiebre e inestabilidad hemodinámica. Se realizó TAC observándose engrosamiento y realce mucoso en curvatura mayor gástrica sugestivo de gastritis, sin imágenes compatibles con úlcera ni perforación. Se realizó gastroscopia con anatomía patológica informada como gastritis en fundus y presencia de microorganismos tipo *Sarcina* en las biopsias. Ante estos hallazgos se trató con procinéticos así como ciprofloxacino y metronidazol (7 días), con buena evolución. (Fig. 1, 2 y 3). Se hallaron tan solo 50 casos publicados, aproximadamente, y solo uno en transplantado, hepato-renal. Nuestra paciente comparte con la mayoría de pacientes reportados la diabetes mellitus como principal comorbilidad y el dolor abdominal como síntoma de presentación más frecuentes.

Conclusión: Se reporta un caso inédito de infección por *Sarcina Ventriculi* en trasplante renal aislado. A pesar de la rareza de este tipo de infecciones, es fundamental su difusión para el conocimiento del nefrólogo dada su potencial letalidad.

Figura 1. Gastroscopia: Imagen compatible con gastritis.



Figura 2 y 3. Anatomía patológica (hematoxilina; 40x): Imágenes de *Sarcina*.



666 NEFROCALCINOSIS COMO CAUSA DE RETRASO EN LA FUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO RENAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, G. TABERNERO FERNÁNDEZ¹, G. GONZÁLEZ ZHINDON¹, C. FONSECA DE JESÚS SILVA¹, A.R. FALCONI SARMIENTO¹, C. RODRÍGUEZ TUDERO¹, DR. QUISEP RAMOS¹, K. RIVERO GARCÍA¹, GC. DELGADO LAPEIRA¹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: La nefrocalcinosis, definida como el depósito anormal de calcio en el parénquima renal, es un hallazgo infrecuente en las biopsias de injerto renal tras el trasplante, y su significado clínico no está bien establecido. La hipercalcemia, la hiperfosforemia y la hormona paratiroidea elevada (PTH) son factores predisponentes para su desarrollo.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de 3 pacientes trasplantados renales de donante cadáver en asistolia en dos casos y muerte encefálica en el otro, previamente dos en hemodiálisis y uno en diálisis peritoneal por enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética e hipertensión maligna, en el periodo 2021-2023, que presentaron retraso en la función del injerto, indicándose biopsia renal.

Resultados: Las biopsias mostraron imágenes de cristales de calcio dentro de las luces tubulares, las tres compatibles con nefrocalcinosis, y de necrosis tubular aguda.

Los tres pacientes biopsiados presentaban valores de PTH>1000pg/ml al ingreso, con calcio en rango y fósforo elevado (Tabla 1); y retraso en la función del injerto con necesidad de hemodiálisis. Se pautaron calcimiméticos y análogos de la vitamina D para control del metabolismo fosfocálcico. Tras 3 semanas de ingreso los pacientes fueron dados de alta con injertos funcionantes y actualmente se encuentran en seguimiento en consulta con creatinina sérica en última revisión entre 1.4-1.9 mg/dl.

Conclusiones: El mal control del metabolismo fosfocálcico pretrasplante es el factor principal predisponente para el desarrollo de nefrocalcinosis del injerto renal, causa de retraso en la función primaria del mismo como en estos tres casos. El hiperparatiroidismo secundario mal controlado es una contraindicación relativa para el trasplante renal en la mayoría de los centros trasplantadores.

Tabla 1.

	Tiempo 0			A los 5 días			A los 10 días			Biopsia (a partir de las 2 semanas)		
Paciente	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Creatinina (mg/dl)	6,17	8,27	6,9	8,92	5,26	9,48	7,77	7,22	7,1	8,08	8,23	7,4
Urea (mg/dl)	118	106	102	226	96	238	232	157	278	257	211	227
Calcio (mg/dl)	9,8	8,08	8,9	8,69	8,62	9,3	7,99	7,36	9,4	7,66	8	9,2
Ca iónico (mmol/L)	1,21	0,92	1,1	0,89	0,94		0,91	0,93		0,87	0,91	
Fósforo (mg/dl)	7,4	8,3	6,6	9,6	9	9,4	8,7	7,4	7	8,7	7,9	6,5
iPTH (pg/ml)				2196	1136	1421				337	604	414
Vitamina D (ng/ml)				6						24	23	10,1

En la tabla, se muestran los datos disponibles de valores de creatinina sérica, urea, calcio (corregido por albúmina), fósforo, hormona paratiroidea intacta (iPTH) y 25-hidroxil vitamina D en el momento del trasplante (tiempo 0), a los 5 días, a los 10 días y en el momento de la biopsia renal para los 3 pacientes.

667 INMUNOSUPRESIÓN Y CMV: RESULTADOS EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO, CADÁVER Y PÁNCREAS-RIÑÓN

E. VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, G. TABERNERO FERNÁNDEZ¹, G. GONZÁLEZ ZHINDON¹, C. FONSECA DE JESÚS SILVA¹, A.R. FALCONI SARMIENTO¹, C. RODRÍGUEZ TUDERO¹, DR. QUISEP RAMOS¹, M. HERAS BENITO¹, GC. DELGADO LAPEIRA¹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) sigue siendo una de las principales complicaciones infecciosas en el periodo precoz posttrasplante de órgano sólido, pese a las estrategias de prevención actuales aumenta el riesgo de pérdida del injerto, morbilidad y mortalidad para los pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia de la infección por CMV y su relación con el tipo de inmunosupresión y estado serológico en nuestros pacientes.

Material y método: Realizamos estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 65 pacientes trasplantados en nuestro hospital en el periodo 2022-2023, se incluyeron 59 pacientes trasplantados renales, de los cuales 8 eran de donante vivo, 32 de donante cadáver en muerte encefálica y 19 en asistolia controlada tipo III, y 6 pacientes trasplantados páncreas-riñón. Los pacientes considerados de alto riesgo para la infección recibieron profilaxis antiviral con valganciclovir durante 6 meses posttrasplante, con posterior seguimiento en consulta con PCR QNAT ultrasensible en cada revisión hasta el año del trasplante, con determinaciones inicialmente quincenales y posteriormente mensuales. Se realizó análisis de correlación entre las variables a estudio con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Del total de 65 pacientes trasplantados, 6 de ellos (8,9%) presentaron infección por CMV, ninguno presentó enfermedad por CMV. Encontramos correlación entre la administración de inmunosupresión potente (timoglobulina en 4 pacientes y rituximab con plasmaféresis en inducción y posteriormente dosis altas de corticoides por rechazo agudo celular en el 5º paciente) y la infección por CMV. No encontramos correlación entre el número de dosis de timoglobulina y la infección por CMV. De estos 5 pacientes, 3 eran receptores IgG CMV negativo pretrasplante, con donante positivo (serodiscordantes). El 6º paciente no recibió inmunosupresión potente sin embargo se trataba de un receptor serodiscordante al que por error no se administró la profilaxis antiviral indicada. En cuanto al tratamiento de la infección los 6 pacientes recibieron valganciclovir, presentando uno de ellos infección resistente con hasta 3 recidivas, teniéndose que administrar maribavir, finalmente con resolución de la infección en los 6 pacientes.

Conclusiones: A pesar de las estrategias actuales de prevención con profilaxis antiviral farmacológica o terapia anticipada, la infección por CMV sigue siendo una de las principales complicaciones en el seguimiento posttrasplante de órgano sólido, siendo sus principales factores de riesgo la inmunosupresión potente (especialmente timoglobulina) y la serodiscordancia entre el donante y el receptor. El tratamiento con maribavir se posiciona como una excelente opción terapéutica en pacientes con CMV resistente.

668 TRASPLANTE RENAL PROCEDENTE DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO III MAYORES DE 65 AÑOS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TRASPLANTADOR

S. JIMÉNEZ ALVARO¹, C. GALEANO ALVAREZ¹, M. FERREIRA BERMEJO¹, S. ELÍAS TRIVIÑO¹, I. MINGUEZ TORAL¹, V. GÓMEZ DOSANTOS¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA); ²UROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El trasplante renal es el mejor tratamiento para la enfermedad renal crónica. La asistolia controlada se encuentra en auge debido al crecimiento de pacientes en lista de espera y a sus mejores resultados fruto del avance quirúrgico, perioperatorio, uso de inmunosupresión y colaboración entre los especialistas implicados.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de los trasplantes renales llevados a cabo procedentes de donantes en asistolia Maastricht III con criterios expandidos. Se analizan variables del receptor (sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, PRA), donante (sexo, edad, causa de muerte, tiempo de isquemia fría, preservación ex situ, extracción orgánica), y resultados analíticos al mes, 6 meses, año y posteriormente anualmente.

Resultados: Hemos realizado 26 trasplantes procedentes de 18 donantes (19 entre 2022 y 2023). La edad media del donante fue 73,6 años (rango 68-82) y del receptor 64,7 (rango 50-77 años). 13 donantes varones, 5 mujeres. En todos la extracción se realizó mediante perfusión abdominal normotérmica y 21 órganos recibieron preservación ex situ en máquina (80,7%). El tiempo medio de isquemia fría fue 8.5 horas. 18 recibieron inducción con baxilisimab (69,2%) mientras 8 precisaron timoglobulina. Un paciente presentó no función primaria, desarrollando shock séptico y muerte el primer mes posttrasplante. Ocho presentaron función renal retardada. La creatinina a los 6 meses fue 1.86, al año 1,73 y a los 2 años 2,05 mg/dl. Al finalizar el primer año habían fallecido 3 pacientes (shock séptico perioperatorio, TEP perioperatorio e infección por SARS-CoV2) y había 21 injertos funcionantes. En este contexto la supervivencia de injerto (censurada por mortalidad) y paciente al año ha sido del 87,5 y 88,8%.

Las complicaciones infecciosas se han presentado en 12 pacientes: 5 infecciones por CMV, 5 por SARS-CoV2, 3 ITUs (una de ellas pielonefritis del injerto), dos infecciones por VHZ (una de ellas meningitis), un pie diabético, una artritis séptica y una sepsis abdominal, con 2 éxitos de etiología infecciosa.

Ha habido 4 rechazos, en uno la paciente presentó posteriormente disección aórtica y requirió trasplantectomía, el resto respondió a tratamiento esteroideo.

Ha habido 3 complicaciones quirúrgicas: una estenosis de unión pieloureteral y linfocela en un paciente, una eventración de herida quirúrgica y una trombosis inmediata.

Conclusiones: La donación en asistolia tipo III se encuentra en auge en nuestro centro. Ofrece resultados con una supervivencia de injerto al año similar a la recogida en otras series nacionales. Las complicaciones son similares a las descritas en la literatura.

669 HIDROXIPROLINA COMO MARCADOR URINARIO EN TRASPLANTE RENAL

M.C. RUIZ FUENTES¹, R.M. WANGESTEEN FUENTES², E.B. PEREIRA PÉREZ³, K. ESPINOZA MUÑOZ⁴, A. OSUNA ORTEGA⁵, M.J. ESPIGARES HUETE⁶

¹NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LAS NIEVES. IBS GRANADA (GRANADA/ESPAÑA); ²FISIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE JAÉN (JAÉN/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA/ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD DE GRANADA. IBS GRANADA (GRANADA/ESPAÑA); ⁵NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: La fibrosis intersticial y atrofia tubular (FIAT) en trasplante renal es una lesión inespecífica inducida por factores inmunes y no inmunes en el injerto renal, y es determinante en la progresión de la enfermedad renal crónica. La hidroxiprolina es un iminoácido en relación al metabolismo del colágeno, componente fundamental de fibrosis.

Hipótesis: Valorar la hidroxiprolina en orina como marcador de fibrosis en el paciente trasplantado renal.

Pacientes y métodos: Estudio observacional transversal en 46 pacientes trasplantados renales a los que se había realizado biopsia renal del injerto con intención diagnóstica, y 19 controles sanos. Se recogieron variables clínicas del trasplante, histológicas y analíticas en el momento de la determinación de marcadores y los dos años posteriores (creatinina y filtrado glomerular (FGe)). Se realizó determinación de hidroxiprolina y microvesículas, así como TGFβ en orina total. Análisis estadístico realizado con paquete STATA vs 16.

Resultados: El 71.74% eran varones, edad 45.61±14.88 años. La etiología de la ERC más frecuente fue la glomerular, 30.43%. Edad del donante 47.65± 15.12 años, isquemia fría 13±5.59, hombres 63.04%, donante vivo 6.52%, muerte encefálica 56.52%, asistolia tipo 2 10.87%, asistolia tipo 3 23.91%.

Hubo diferencias significativas en los marcadores urinarios, los pacientes trasplantados renales presentaron niveles más elevados de hidroxiprolina en comparación con el grupo control, 28.024 ng/ml (IQR 5.53) vs 2.51 ng/ml (IQR 1.16), p<0.001. En el grupo de casos no hubo diferencias significativas en marcadores urinarios según las variables clínicas. Los pacientes que en la biopsia mostraban algún grado de inflamación intersticial parénquima cortical total (ti>0) presentaban niveles de hidroxiprolina en orina significativamente mayores que en aquellos que no la presentaban (ti0) (598.16±55.96 ng/ml vs 494.6537±98.333 ng/ml, p=0.0008), no así en microvesículas.

No se observó correlación significativa entre marcadores urinarios y creatinina sérica, calcio y PTH, ni entre hidroxiprolina y TGFβ.

No se encontraron diferencias significativas en la evolución de la creatinina ni FGe en relación con los marcadores urinarios en los dos años posteriores a la determinación de hidroxiprolina en orina.

Conclusiones:

- La hidroxiprolina en orina total y microvesículas está aumentada en pacientes trasplantados renales en relación a controles sanos.
- La hidroxiprolina en orina se podría relacionar con inflamación intersticial crónica, requiriéndose más estudios para establecer esta relación, así como con la fibrosis consecuente.

671 REVISIÓN DEL ACCESO VASCULAR EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES: UN TEMA OLVIDADO

G. LEDESMA SÁNCHEZ¹, S. CALDÉS RUISÁNCHEZ², C. HEVIA OJANGUREN³, A. GALLEGOS VILLALOBOS⁴, V.R. MERCADO VALDIVIA⁵, G. CARREÑO CORNEJO⁶, Y. AMEZQUITA ORJUELA⁷, R. DÍAZ MANCERO⁸, R. ECHARRI CARRILLO⁹, A. CIRUGEDA GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES)

Introducción: Un número importante de pacientes llega al trasplante renal desde hemodiálisis (HD) con una fístula arteriovenosa (FAV). Existe evidencia de la cardiotoxicidad de la FAV en cuanto al aumento de la masa cardíaca, sobre todo en aquellas de alto flujo, sin clara evidencia acerca de eventos cardiovasculares, mortalidad o repercusión en el injerto renal. No hay consenso del manejo de la FAV tras el trasplante, con alta variabilidad de actuación entre centros. Factores como la situación cardíaca, el pronóstico del injerto o las opciones futuras de diálisis y de acceso vascular son importantes de cara a decidir el cierre de la FAV. Nos proponemos hacer una revisión del acceso vascular en la consulta de trasplante del Hospital Infanta Sofía.

Material y métodos: Estudio observación transversal descriptivo que incluye 71 pacientes trasplantados renales en seguimiento en un centro no trasplantador. Se revisa el historial de acceso vascular y se realiza ecografía-doppler de la FAV funcionante.

Resultados: De los 71 pacientes, 35 proceden de HD (49%), 29 de diálisis peritoneal (41%) y 7 son trasplantes anticipados (10%). De los pacientes que proceden de HD, 8 tenían catéter tunelizado (23%) y 27 tenían FAV (77%). Entre las FAVs, en el momento del estudio, 21 no son funcionantes (78%) y 6 son funcionantes (22%). Entre las FAVs no funcionantes, en 12 pacientes (57%) se debía a una trombosis espontánea, y en 9 pacientes (43%) a un cierre quirúrgico realizado de media a los 6 años del trasplante, la mayoría por aneurismas (6, 67%). Entre las FAVs funcionantes, todas nativas, la media de flujo arterial (Qa) fue de 1634 ml/min. En 3 casos (50%) el Qa era mayor de 1500 ml/min, uno de ellos con un Qa de 3000 ml/min, siendo el único paciente que ha ingresado por insuficiencia cardíaca (IC) tras el trasplante. Todos los pacientes con FAV funcionante tenían una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, dos con hipertrofia ventricular izquierda leve.

Conclusión: La falta de consenso sobre cómo actuar con las FAVs funcionantes tras el trasplante renal hace que en muchos centros no se realice un seguimiento de las mismas. Aunque la mayoría de las FAVs se trombosan espontáneamente o se acaban ligando, deberíamos revisar aquellas FAVs funcionantes, sobre todo en pacientes con ICC con FEVI reducida por riesgo de descompensación o progresión, o con disfunción del injerto para preservar el acceso de cara a la reentrada en diálisis.

670 ROXADUSTAT EN EL TRASPLANTE RENAL: ¿CIENCIA FICCIÓN O REALIDAD?

D. JANEIRO MARIN¹, E. GARCIA-MENENDEZ², C. MARTIN RODRIGUEZ³, L. MARTIN TESTILLANO⁴, MR. LLOPEZ CARRATALA⁵, E. MARTINEZ MORALES⁶, B. SANCHEZ SOBRINO⁷, J. PORTOLES PEREZ⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (MAJADAHONDA/ESPAÑA)

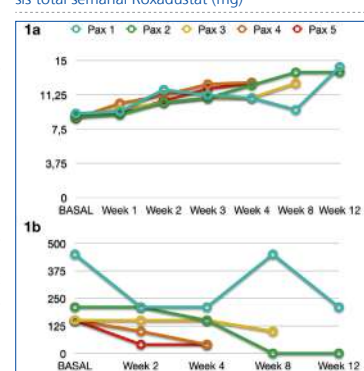
Introducción: La anemia es una complicación frecuente en el post-trasplante renal, asociada con resultados desfavorables. Los pacientes recién trasplantados sufren pérdidas secundarias a la cirugía y un estado inflamatorio que disminuye la eficacia de las actuales herramientas como pueden ser la administración de hierro intravenoso o agentes estimulantes eritropoyéticos. Recientemente han aparecido en el mercado los inhibidores de HIF (Roxadustat ®) como alternativa que además de su uso oral y baja tasa de complicaciones aporta una eficacia prometedora en los estudios realizados hasta la fecha.

Métodos: Realizamos un análisis de los pacientes trasplantados renales que han recibido Roxadustat en nuestro centro desde Febrero hasta Abril de 2024 durante el y su evolución en las primeras 12 semanas desde el punto de vista analítico y clínico en cuanto a complicaciones. Se ajustan dosis cada 2 semanas según ficha técnica.

Resultados: Se estudian 5 pacientes, 1 trasplante hepatorenal y el resto postrasplante renal inmediato con introducción del fármaco a las 2 o 3 semanas. Edad 59,5 años [51-68]; 60% mujeres. Se comparan medianas en la situación basal y a 4 semanas de tratamiento: Hb BASAL 8,9 g/dl[8,8-9,2] vs Hb 4-SEMANA 12,3 g/dl [10,9-12,5] (p 0,04); resto variables no estadísticamente significativas: Ferritina BASAL 715 ng/mL[615-805] vs Ferritina 4-SEMANA 767 ng/mL[346-1037]; Colesterol BASAL 60,5 mg/dl[58-63] vs Colesterol 70,5 mg/dl[47,5-79]; dosis Rosadustat/SEM BASAL 150 mg[150-210] vs dosis Roxadustat/SEM 4-SEMANA 150 mg[40-150]. Gráfico 1. En cuanto a eventos adversos solo un paciente tuvo una infección durante tratamiento, ninguno trombosis.

Conclusiones: A pesar de necesitar estudios randomizados que permitan establecer recomendaciones en el tratamiento de la anemia postrasplante, los datos analizados sugieren que los inhibidores de HIF pueden ser una herramienta prometedora por su rapidez de acción y baja tasa de complicaciones en una situación tan crítica como el periodo postrasplante renal inmediato.

■ Tabla 1. 1a Evolución Hb (g/dl); 1b Evolución dosis semanal Roxadustat (mg)



672 RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA TIPO III DE MAASTRICHT, EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 4º NIVEL

G. TABERNERO FERNÁNDEZ¹, S. MARTÍN VAQUERO², S. SANCHEZ MONTERO³, M. HERAS BENITO⁴, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ⁵, C. FONSECA DE JESUS SILVA⁶, G. GONZALEZ ZHINDON⁷, AR. FALCONI SARMIENTO⁸, GC. DELGADO LAPEIRA⁹, P. FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: El trasplante renal (TR) es el mejor tratamiento renal sustitutivo (TRS) para aquellos con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT). Sin embargo, el número de donantes es insuficiente para el total de enfermos que se encuentran en lista de espera. Una posibilidad de aumentar este pool de donantes es usar donantes en asistolia controlada.

Material y métodos: Revisamos todos los TR de donante cadáver en asistolia controlada de nuestro hospital, desde el 15 de agosto de 2017 hasta el 29 de noviembre de 2023, siendo 75. De los donantes se recogió la edad, mientras que de los receptores se recogió la edad, el sexo, el número de trasplante, la causa de la ERCT, el tiempo en diálisis, el tipo de inmunosupresión, días de ingreso, tiempo de isquemia fría, isquemia caliente, necrosis tubular aguda (necesidad de hemodiálisis en la primera semana postrasplante), rechazo agudo y su tratamiento, complicaciones, número de incompatibilidades HLA, y creatinina, filtrado glomerular y los niveles del tacrolimus al alta, a los 6 meses y después anualmente.

Resultados: (ver tabla). Los receptores: 55 hombres y 20 mujeres. Las causas de la ERCT varían, siendo la más frecuente la poliquistosis hepatorenal y la nefropatía diabética, 69 recibieron un primer TR, y 6 un segundo TR. Todos los pacientes recibieron timoglobulina, introducción retrasada del anticalcineurínico más corticoides y mofetil micofenolato. 35 de los 74 pacientes (46%) tuvieron NTA y 4 (5%) rechazo. Se realizaron dos trasplantectomías por trombosis venosa y el resto de las complicaciones principalmente urológicas fueron resueltas. Tras 5 años la supervivencia del paciente es del 100% y la del injerto 97.3%.

Conclusiones: A pesar de que en nuestro grupo el 46% de los pacientes tuvieron NTA, este TR ofrece una excelente supervivencia del injerto (97,3%), una supervivencia del paciente del 100% y un FG al año, a los 3 años y a los 4 años en torno al 50%, pudiendo considerar este tipo de donantes totalmente óptimos para trasplante.

■ Tabla 1.

	Media	(Min-Max)
Edad del donante (años)	57,74	(24-73)
Edad del receptor (años)	58,15	(26-79)
Tiempo en diálisis (días)	1052,24	(51-5074)
Tiempo de isquemia caliente (TIC)-minutos	13	(5-29)
Tiempo de isquemia fría (TIF)-horas	12,34	(4,05-27,46)
Días de ingreso (días)	15,39	(4-76)
Filtrado glomerular (FG) al año (ml/min)	49,89	(15-86)
FG a los 3 años (ml/min)	48,028	(15,42-75)
FG a los 4 años (ml/min)	52	(16,79)

677 DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON NEOPLASIA. TRATAMIENTO ONCOLÓGICOS, EVOLUCIÓN CLÍNICA, INMUNOSUPRESIÓN Y EFECTOS ADVERSOS

M. PUJOL PUJOL¹, A. MORALES¹, B. RODRIGUEZ CUBILLO¹, M. MUÑIZ¹, C. RIAZA¹, A. AIFFIL¹, N. CALVO¹, MA. MORENO¹, I. PEREZ FLORES¹, AI. SANCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Objetivos: Describir de forma actualizada el abordaje de los receptores de trasplante renal (RTRs) con neoplasia, su evolución clínica, los efectos adversos asociados a la inmunosupresión y a los tratamientos oncológicos.

Métodos: Análisis retrospectivo de RTRs entre enero-2017y marzo-2023. Se describieron los tipos de neoplasia más frecuentes, su extensión al diagnóstico, su evolución, los tratamientos oncológicos e inmunosupresores recibidos y sus efectos adversos. Se utilizaron test estadísticos (SPSS v. 19)para el análisis de los datos.

Resultados: De 232 RTRs incluidos, con seguimiento de 48.46 meses (26.9-71.2) desarrollaron 33 neoplasias (14%), tiempo mediano 39.5(24-65meses),mortalidad fue del 18.2%. Los tumores de piel epidermoides los más benignos (100% localizados y 100% cura). Los tumores digestivos (páncreas) fueron los más agresivos (60% metastásicos al diagnóstico, con 40% mortalidad). Le siguen pulmón y ginecológicos (33% y 16.7% respectivamente). De los pacientes con melanoma, 50% falleció y 50% se curó con el tratamiento quirúrgico exclusivamente. Sólo el 78% de pacientes recibió la primera línea de tratamiento oncológico por ser RTRs. El esquema de inmunosupresión (IS) más frecuente fue ICN+IMtor (46.9%) seguida de ICN+AMF (31.3%) e ICN+pred (12.5). Tras una mediana de 422 días, el 12.5% recibieron sólo prednisona como IS. Los efectos adversos asociados a cambios de IS fueron de 15.6%, de 63% asociada a la quimioterapia y del 27.3% asociada a radioterapia.

Conclusiones:

- La neoplasia es frecuente en el paciente trasplantado renal (14%) con una mortalidad asociada del 18.2%.
- Los tumores de piel no melanoma muestran una evolución más favorable frente a los tumores de pulmón, digestivos o ginecológicos.
- Los RTRs reciben menos primeras líneas de tratamiento oncológicos por tratarse de RTRs. Los efectos asociados a la quimioterapia son muy frecuentes.
- El tiempo mediano de mortalidad tras el diagnóstico de neoplasia agresiva en los RTRs es de 2.5-3 años.

 Ver tabla

679 TRASPLANTE RENAL PROCEDEDENTE DE DONANTES MAYORES DE 65 AÑOS EN ASISTOLIA TIPO III vs MUERTE ENCEFÁLICA. COMPARATIVA DE UN CENTRO TRASPLANTADOR

I. MÍNQUEZ TORAL¹, S. JIMÉNEZ ÁLVARO¹, C. GALEANO ÁLVAREZ¹, M. FERREIRA BERMEJO¹, S. ELÍAS TREVIÑO¹, J. SÁNCHEZ IGLESIAS¹, R. MORENO GARCÍA¹, M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR¹, V. GÓMEZ DOS SANTOS², M. FERNÁNDEZ LUCAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA), ²UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El incremento de pacientes en lista de espera de trasplante renal ha llevado a un aumento de donantes en asistolia controlada y con criterios expandidos de edad avanzada (> 65 años). Gracias al avance médico y quirúrgico los resultados de pacientes con donantes Mastrich III de edad avanzada parecen similares o ligeramente inferiores respecto a los de donantes de edad avanzada en muerte encefálica.

Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo que compara los trasplantes renales de nuestro centro procedentes de donantes mayores de 65 años en asistolia Maastricht III y en muerte encefálica entre 2022 y 2023. Se analizaron variables del receptor, donante y resultados al mes, 6 meses y 1 año postrasplante.

Resultados: Hemos analizado 19 trasplantes en asistolia Maastricht III y 28 trasplantes en muerte encefálica. No hubo diferencias en la edad del donante: 65 ± 8 vs 67 ± 9 años ($p=0,45$) ni del receptor: 74 ± 4 vs 74 ± 7 años ($p=0,90$). No hubo diferencias en el retraso en la función del injerto (FRI) 28% vs 21% ($p=0,61$), injertos funcionantes en el primer año 84% vs 86% ($p=0,89$) ni exitus 5% vs 7% ($p=0,79$). TIF significativamente menor en los pacientes con donante en asistolia Maastricht III ($p=0,01$), lo que se asemeja de menor necesidad de preservación ex situ en máquina aunque no estadísticamente significativo ($p=0,06$). La principal causa de exitus fue infecciosa. Hubo más rechazo agudo en el grupo de asistolia controlada (22% vs 0% , $p=0,01$). En el análisis de supervivencia del injerto renal no hubo diferencias significativas entre grupos ($p=0,48$).

Conclusiones: De acuerdo a lo descrito en la literatura los pacientes de nuestro centro con

■ **Tabla 1.**

[illegible]

encefálica.

678 ¿CUÁNDO MEJORA EL FILTRADO GLOMERULAR EN AQUELLOS PACIENTES TRASPLANTADOS CON UN DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA SI HAN TENIDO NECROSIS TUBULAR?

G. TABERNEIRO FERNÁNDEZ¹, S. MARTÍN VAQUERO¹, S. SÁNCHEZ MONTERO¹, A. MARTÍN ARRIBAS², DR. QUISPE RAMOS², M. HERAS GARCÍA², G. GONZÁLEZ ZHINDON², C. BARNES CASO-BERTCH², AM. LIZARAZO SUAREZ², P. FRAILE GÓMEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: El programa de trasplante con donante en asistolia controlada ha supuesto una buena opción de tratamiento para los pacientes en lista de espera de trasplante. Sin embargo, aquellos que sufren necrosis tubular aguda (NTA), considerada como la necesidad de hemodiálisis la 1ª semana podrían tener peor función renal a corto o medio plazo.

Material y métodos: Estudiamos 75 trasplantes renales de donante cadáver en asistolia controlada realizados en nuestro hospital desde el 15 de agosto de 2017 hasta el 29 de noviembre de 2023. Se recogió la edad del donante y de los receptores la edad, sexo, número de trasplante, causa de la ERTC, tiempo en diálisis, tipo de inmunosupresión, días de ingreso, tiempo de isquemia fría, tiempo de isquemia caliente, presencia o no de NTA, rechazo agudo (tipo y tratamiento), complicaciones, número de incompatibilidades HLA y supervivencia del injerto y del paciente. Además, se recogió creatinina, filtrado glomerular (FG) y niveles del tacrolimus al alta, a los 6 meses y después anualmente.

Resultados: (ver tabla). El FG fue de 48,29 (7-85) ml/min a los 6 meses, 49,9 el 1º año (15-85), el 2º año 53,75 (25-79), el 3º año 48 (15-75), el 4º año 52 (16-79) y en el 5º año sólo hay 3 pacientes con seguimiento por lo que no le hemos analizado. Al realizar la comparación entre los pacientes que habían tenido NTA (46%) versus los que no (54%), mediante una t de student, (usamos el programa SPSS) pudimos observar una diferencia estadísticamente significativa en el FG a los 6 meses y al año, dejando de ser esta asociación estadísticamente significativa a partir del 2º año.

Conclusiones: La presencia de NTA podría ser un factor de riesgo para tener peor filtrado glomerular, al menos durante el 1º año, en los pacientes trasplantados con un donante en asistolia controlada, debiendo tener este factor en cuenta para adecuar el tipo de donante a cada receptor.

680 VIRUS DE EPSTEIN-BARR COMO CAUSA DE ENTERITIS EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

J. AZORES MORENO¹, MO. LÓPEZ OLIVA¹, E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, I. VÁZQUEZ RASO¹, S. ALDANA BARCELÓ¹, C. JIMÉNEZ MARTÍN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El Epstein-Barr es un virus ubicuo con una seroprevalencia mayor del 90% en adultos. Tras la infección, permanece en los linfocitos B de por vida sin evidencia de replicación o actividad, sin embargo, en situaciones con alteración de la inmunidad celular, como en el trasplante renal, la posibilidad de replicación aumenta y con ello el riesgo de clínica relacionada principalmente asociada a síndromes linfoproliferativos, siendo otros cuadros muy infrecuentes. Exponemos un caso de un paciente trasplantado renal que desarrolla una enteritis por Epstein-Barr.

Desarrollo del caso: Varón de 32 años hiperinmunizado, receptor de su tercer trasplante renal (ERCT secundaria a SHU típico) con historia de microangiopatía trombótica secundaria a tacrolimus y tratamiento activo con belatacept que ingresa en contexto de cuadro diarreico agudo y febrícula sin fracaso renal, aislamiento microbiológico (coprocultivo, CMV, BK...) o mejoría tras antibioterapia empírica.

Se realiza colonoscopia donde se objetivan datos de pancolitis y múltiples úlceras superficiales con hallazgos compatibles con infección vírica, por lo que se amplía el estudio viral destacando positividad para el VEB en la biopsia intestinal que se confirma en suero a copias de 13.100UI/ml3.

Se decide inicio de terapia empírica con aciclovir durante 21 días con mejoría clínica y negativización de la carga a la semana de haber iniciado el tratamiento.

En relación a la inmunosupresión, previo al inicio de belatacept se confirmó la serología positiva para el VEB, pero ante la replicación actual se decidió su suspensión por el riesgo incrementado de síndrome linfoproliferativo (PTLD). Con objetivo de mantener adecuados niveles de inmunosupresión y disminuir el riesgo de replicación viral se administraron inmunoglobulinas quincenales, se aumentó la carga de esteroides y se optimizaron los niveles de mTOR (objetivo 6-8), teniendo que iniciar valganciclovir durante 3 meses por nueva replicación (3500 copias). Actualmente (1 año después) el paciente se encuentra con mTOR como inmunosupresor principal (niveles 6-8) y dosis bajas de ciclosporina (niveles 50-100) por el alto riesgo inmunológico, sin datos de PTLD, microangiopatía trombótica, rechazo ni nuevos episodios replicación del VEB en ausencia de tratamiento dirigido.

Conclusión: Con este caso mostramos la importancia de buscar infecciones virales más infrecuentes y plantearse el VEB ante cuadros digestivos no filiados en pacientes inmunosuprimidos. El tratamiento dirigido inicialmente con aciclovir y posteriormente con valganciclovir fue efectivo, pero es aún más importante el manejo adecuado de la inmunosupresión en pacientes hiperrinmunizados realizando un balance óptimo entre la inmunosupresión y el riesgo infeccioso.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

681 ¿ES LA POLIQUISTOSIS HEPATORRENAL UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES TRAS EL TRASPLANTE RENAL?

J. AZORES MORENO¹, MO. LÓPEZ OLIVA¹, E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, I. VÁZQUEZ RASO¹, S. ALDANA BARCELÓ¹, C. JIMÉNEZ MARTÍN¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La poliquistosis hepatorrenal (PQHR) es una de las principales causas de trasplante renal a nivel global. Estudios observacionales muestran que la supervivencia del injerto es mayor que en otras etiologías de enfermedad renal crónica, sin embargo no existen grandes registros que recojan si la incidencia de complicaciones quirúrgicas o médicas es mayor en estos pacientes, por lo que nos propusimos recogerlo en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, retrospectivo, unicéntrico que incluye a pacientes que hayan recibido un trasplante renal en el Hospital Universitario La Paz entre enero de 2018 y diciembre de 2021 cuya etiología de la ERC sea la poliquistosis hepatorrenal (casos). Por cada caso reclutado se incluye otro paciente con ERC de etiología diferente (controles) que haya recibido el injerto del mismo donante o sea inmediato en el tiempo.

Los pacientes serán seguidos hasta el 31 de diciembre de 2023. Los datos se analizarán mediante SPSS donde se usará además la regresión de Cox para el análisis multivariable.

Resultados: Se realizaron 30 trasplantes renales a pacientes poliquísticos (con 30 controles respectivos) durante el período de observación. La edad media fue mayor en los casos (58.4 vs 52.2 p<0.05), mientras que el estado de hiperinmunizado fue menor (20% vs 48,3%, p<0.05). La función renal, proteinuria o complicaciones médicas (ACV, trombosis, DM...) no mostraron diferencias en la evolución, sin embargo destacó la mayor incidencia de uropatía obstructiva en los pacientes con PQHR relacionada con linfocitos compresivos (40% vs 3,3% p<0.05).

Se relacionó esta última variable con FR significativos (p<0,05) asociados de la muestra mediante la regresión de Cox confirmando un HR de 11 veces más riesgo de desarrollar linfocitos en pacientes poliquísticos y un HR de 3 veces más riesgo de padecerlo si en la inducción se usó imTOR.

Conclusión: En nuestro estudio se aprecia una gran diferencia de aparición de uropatía obstructiva relacionada con linfocitos compresivos en los pacientes poliquísticos vs los que presentan otra etiología de ERC. Esta complicación se confirma en la regresión de Cox y se asocia también a la inducción con imTOR.

Con todo ello concluimos que, a falta de estudios con mayor muestra que confirmen nuestros resultados, el linfocitos es una causa frecuente de FRA obstructivo en el post-trasplante de pacientes poliquísticos y se debería tener en cuenta para tratar de prevenirlo a la hora de la cirugía o fuera del quirófano, por ejemplo evitando inducir con imTOR.

682 TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO ¿TAMBIÉN CON DONANTES FALLECIDOS EN ASISTOLIA CONTROLADA?

A. QUILIS¹, E. GAVELA¹, J. KANTER¹, C. CASTRO¹, AI. AVILA¹, E. CALATAYUD¹, A. BELENGUER², P. GANDÍA¹, M. PARRA¹, A. SANCHÓ¹¹NEFROLOGÍA. HU DR PESET (VALENCIA/ESPAÑA), ²COORDINACIÓN TRASPLANTES. HU DR PESET (VALENCIA/ESPAÑA)

El trasplante renal anticipado se ha relacionado con una mejor supervivencia, sin embargo, su realización con injertos que pueden presentar un mayor riesgo de disfunción primaria, como son los donantes en asistolia controlada, puede generar dudas a los equipos trasplantadores acerca de la conveniencia de su utilización en este tipo de trasplantes.

Objetivos: Analizar los trasplantes renales anticipados realizados con injertos en asistolia controlada en nuestro centro, características demográficas, evolución y supervivencia.

Material y método: Serie de 98 trasplantes renales de forma anticipada realizados desde el 2016, 15 de los cuales eran de donante de vivo. Analizamos 81 trasplantes de donante fallecido, tras excluir por sus características especiales 2 casos de bloques pediátricos.

Resultados: Comparamos 48 (59,3%) trasplantes anticipados de donante en muerte encefálica frente a 33 (40,7%) receptores trasplantados con injertos de donantes en asistolia controlada. El seguimiento fue de 35,2±21,9 meses (r:6-84), similar en ambos grupos. No encontramos diferencias al analizar las características demográficas del receptor (edad, sexo, causa de enfermedad renal, tabaquismo o sensibilización HLA pretrasplante, grupo sanguíneo) entre ambos grupos. Hubo mayor porcentaje de hipertensos en el grupo de DAC (100%vs79,5% p=0,023). No hubo diferencias en las características de los donantes (edad, sexo, hipertensión, diabetes), creatinina sérica, tiempos de isquemia o anastomosis vascular. Hubo menos donantes por AVC en los DAC (41,9%vs60,4%, p=0,056). Los pacientes con DAC recibieron más inducción con timo (88,5%vs59,1%, p=0,002) y mayor número de dosis de globulinas (2,4±2,4vs1,6±0,7, p=0,024). La función retrasada del injerto fue similar y la incidencia de RA fue mayor en el grupo de DAC (29,2%vs9,5%) sin diferencias estadísticas. La supervivencia de injerto (p=0,197) y paciente (p=0,869) resultaron similares. En el grupo DAC hubo tres fracasos: 1 rechazo y 2 exitus (1 de origen infeccioso, 1 vascular), sin ningún fracaso por disfunción primaria y sin diferencias con el grupo de donantes en muerte encefálica.

Conclusiones: El trasplante anticipado con donantes en asistolia controlada, a pesar de su mayor riesgo de DPL, no presentó diferencias en la evolución de los trasplantados ni en su supervivencia. El mayor conocimiento en el manejo de estos injertos ha favorecido resultados superponibles a los de donantes en muerte encefálica de similares características. Nuestra experiencia, aunque limitada, puede animar a otros equipos a su utilización y beneficiar tanto a pacientes como al sistema sanitario de las ventajas derivadas del trasplante renal anticipado.

683 EFECTO DE LOS ISGLT2 EN TRASPLANTADOS RENALES NO DIABÉTICOS

A. QUILIS PELLICER¹, E. GAVELA MARTÍNEZ¹, J. KÁNTER BERGA¹, C. CASTRO-ALONSO¹, E. CALATAYUD ARISTOY¹, M. PARRA COLLADO¹, P. GANDÍA UREÑA¹, E. GALVAN BARRILERO¹, L. PORCAR SAURA¹, A. SANCHÓ CALABUIG¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA)

Introducción: Los ISGLT2 han mostrado beneficios más allá del control glucémico. Su potencial efecto anti-proteinúrico tiene especial interés en trasplante renal, habiéndose demostrado sus beneficios únicamente en pacientes trasplantados diabéticos.

Objetivo: Analizar la eficacia y seguridad de los ISGLT2 como antiproteinúricos en pacientes trasplantados renales no-diabéticos.

Material y métodos: Incluímos pacientes no diabéticos en tratamiento con ISGLT2. Analizamos la evolución clínica y analítica a los 3 y 6 meses tras la introducción del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes (61% varones), edad mediana 58 años (52-66) y tiempo de trasplante 67 meses. Dieciocho pacientes (64,3%) tenían una biopsia previa: glomerulonefritis recidivantes (26%) y rechazo crónico/agudo (18%).

El 96% eran hipertensos, dislipémicos y 54% recibía tratamiento con IECA/ARA-II y antidiuréticos. El ISGLT2 más utilizado fue dapagliflozina (91%) seguido de empagliflozina (9%).

La mediana de creatinina basal fue 2 (1,46-2,78) mg/dL, FG 33 (24-46) ml/min y proteinuria por CPC 1,3 (0,56-2,72) g/g. En 5 pacientes (17,8%) se suspendió el fármaco: 3 (10%) por ITUS, uno por deterioro de función renal y otro por inicio HD. No hubo eventos cardiovasculares ni exitus.

Veintidós pacientes (78%) completaron 6 meses de seguimiento. En el análisis evolutivo observamos una reducción significativa de la proteinuria (1,68 a 1,06 g/g, p=0,025), así como reducción del ácido úrico y HDL (Tabla). Hubo deterioro significativo de FG (33 a 28,5 ml/min, p=0,001), que resultó mayor en pacientes con recidiva de enfermedad de base o rechazo crónico. Observamos una tendencia no significativa a la reducción del peso, colesterol y la presión arterial.

Tabla 1.

VARIABLE	BASAL	6o MES	p
Creatinina (mg/dL)	2,1 (1,48 - 2,85)	2,15 (1,69 - 3,28)	0,001
FG (ml/min)	33 (23,7 - 50,7)	28,5 (20 - 37,25)	0,001
CPC (g/g)	1,68 (0,58 - 2,79)	1,06 (0,42 - 1,65)	0,025
PAS (mmHg)	130 (123 - 140)	130 (120 - 133)	0,26
PAD (mmHg)	80 (78 - 80)	75 (70 - 80)	0,65
Peso (kg)	77,6 (70 - 86,5)	77 (69,5 - 82,6)	0,46
Glucemia (mg/dL)	93 (85 - 98,7)	91 (83,7 - 94,7)	0,95
Hemoglobina (g/dL)	12,6 (11,5 - 13,8)	13 (11,4 - 14,6)	0,13
Hematocrito (%)	37,5 (37,5 - 44)	39,5 (35 - 44,25)	0,07
Ac. úrico (mg/dL)	7,8 (6,2 - 8,5)	6,6 (6,2 - 7,5)	0,013
Magnesio (mg/dL)	1,8 (1,7 - 1,9)	1,8 (1,6 - 2)	0,43
LDL (mg/dL)	97 (84 - 113)	84,5 (65,5 - 101,25)	0,25
VLDL (mg/dL)	23 (18 - 47)	24 (17 - 50)	0,18
HDL (mg/dL)	58,5 (39 - 61,5)	40 (40 - 59)	0,027
Triglicéridos (mg/dL)	116,5 (91 - 236)	120 (85,5 - 150,5)	0,164
Colesterol total (mg/dL)	173 (152 - 207)	151 (135,5 - 181)	0,058

684 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO

N. ORMAETXE RUIZ DE HILLA¹, N. MURUA ETXARRI¹, M. FERNÁNDEZ MARTÍN¹, O. ABAUNZA DE JUAN¹, MP. RODRÍGUEZ DAVIS¹, R. VILA I NOGUER¹, I. BENITO CASTAÑO¹, I. YAÑEZ MENDÍA¹, AB. OSORIO MONTES¹, S. ZÁRRAGA LARRODIO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO)

Introducción: Frecuentemente se precisa transfusión de concentrados de hemáties (CH) en el posttrasplante renal, por sangrado agudo en relación a la cirugía; o anemia progresiva y multifactorial en los días posteriores.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con las características de los pacientes trasplantados en nuestro centro en 2022, transfundidos y no transfundidos durante ingreso trasplante renal (ITR).

Resultados: Se realizaron 160 trasplantes renales en adultos, el 41.25% precisó transfusión de, al menos, un CH durante ITR (15% 1 CH, 48% 2 CH, 8% 3 CH y 29% ≥ 4CH). Siendo transfundido el primero 21% intraquirófano; y en el resto, los días posteriores por anemia aguda (30%) o progresiva (70%). En los transfundidos 14% de los injertos procedían de donante vivo, 49% asistolías controladas Maastricht III, 36% muertes encefálicas y 1% asistolías Maastricht II (frente a un 12%, 55%, 32%, 1% respectivamente en los no transfundidos).

La edad media de los receptores transfundidos fue 64.7 años, 63.6% hombres, 14% con cardiopatía isquémica, 6% insuficiencia cardíaca y 4.7% valvulopatías moderadas-severas. 12.12% en tratamiento con acenocumarol y 25.7% con AAS previo a ITR (frente al 10.6% y 21.3% de los no transfundidos). Entre los receptores renales al ITR que precisaron transfusión, 10.6% presentaban hemoglobina (Hb).

La Hb media previa al trasplante en los transfundidos fue 11.7 +/- 1.4g/dl, presentando antes de la transfusión una hemoglobina mediana de 7.7g/dl [p25-75: 7.5-7.9]. Respecto a las desventajas asociadas a la transfusión, este grupo se asoció con mayor porcentaje de función retrasada del injerto (51.5%), frente al 34.05% en los no transfundidos. Además, se objetivó rechazo agudo del injerto renal en el 3% de los transfundidos, sin objetivarse casos de rechazo en los no transfundidos en el período de seguimiento (hasta diciembre de 2023).

Conclusiones: A pesar de la necesidad de más estudios, es indispensable conocer las características de los pacientes que requieren transfusión, para así poder adoptar medidas individualizadas, optimizando el tratamiento durante el período en lista de espera e ITR (por ejemplo, objetivos específicos de Hb, ferritina...), con la intención de evitar de manera segura transfusiones innecesarias, y sus posibles consecuencias no deseadas.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

689 RIÑÓN PRESOR EN EL TRASPLANTE RENAL: LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA

C. ANDRADES GÓMEZ¹, A. LUNA AGUILERA², G. MONTILLA COSANO³, FJ. ROCA OPORTO³¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), ²NEFROLOGÍA. H. PUNTA DE EUROPA (ALGECIRAS), ³NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: La hipertensión renovascular supone 15-35% de las causas secundarias de hipertensión arterial (HTA). Además de asociarse con HTA resistente, es frecuente la aparición de nefropatía vascular isquémica, que puede ser irreversible y con insuficiencia cardíaca. Es fundamental el diagnóstico precoz en el paciente trasplantado renal, pudiendo tratarse mediante angioplastia, embolización o trasplantectomía.

Material y método: Estudio descriptivo de pacientes trasplantados renales con síndrome de PRESS asociados a riñón presor.

Resultados: Paciente 1: Varón de 44 años con antecedentes de HTA esencial con buen control con 2 fármacos. Recibe trasplante renal de donante cadáver en 2003 por nefropatía IgA quedando con función renal óptima. En el tercer mes postrasplante presenta mal control de la presión arterial (PA) con cifras tensionales de 190/110 mmHg con escasa respuesta a tratamiento oral a pesar de 4 fármacos. Dos semanas después acude a urgencias por vómitos y visión borrosa, objetivándose PA 220/120 mmHg, con empeoramiento de función renal realizándose ecografía Doppler que es normal. Se realiza tomografía computarizada (TC) de cráneo que muestra lesiones hipotensas, con sospecha de posible PRESS, que posteriormente se confirma en resonancia magnética (RM) craneal (fig. 1). Tras intensificación de tratamiento antihipertensivo con medicación intravenosa, presenta buena evolución clínica desde las primeras 24 horas, mejorando la agudeza visual hasta la normalidad. Al alta persiste con PA elevada a pesar de 5 fármacos hipotensores. Ante la sospecha de riñón presor se solicita arteriografía, con hallazgo de arteria del injerto renal con un calibre reducido. Se realiza embolización mediante la introducción de coils en la arteria renal, mejorando las cifras tensionales con dos antihipertensivos. Paciente 2: Paciente de 55 años, trasplantado renal de donante cadáver por nefropatía IgA, que ingresa de forma programada 8 meses postrasplante por deterioro de función renal y ascenso de proteinuria, e HTA refractaria. En ecografía - doppler al ingreso se evidencian datos indirectos de estenosis de arteria renal, confirmándose dicho hallazgo en angio-TC. Durante el ingreso se realiza además biopsia del injerto, con hallazgo de rechazo agudo mediado por Ac, iniciándose bolos de esteroides, plasmáferesis, Inmunoglobulinas y Rituximab. A los 5 días del ingreso presenta una crisis convulsiva, realizándose TC craneal con hallazgos sugestivos de PRESS, confirmándose en RM. Se decide angioplastia de la estenosis por Radiología Vascular, con mejoría de PA, sin nuevas crisis convulsivas, y mejoría de función renal.

Conclusiones: En conclusión, es fundamental el diagnóstico precoz de causas secundarias de HTA refractaria, para evitar manifestaciones severas como el PRESS.

690 EVOLUCIÓN DEL PERFIL CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO CON AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP1

MG. GERARD¹, SA. ABRANTE GARCÍA¹, JQ. QUINTANA BUBU¹, CC. CASTELLANOS GAMBOA¹, CR. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, AA. ALONSO BETHENCOURT¹, DL. LUIS RODRIGUEZ¹, OS. SIVERIO MORALES¹, AR. RIVERO¹, MM. MACIA HERAS¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: Los agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (aGLP-1) han demostrado inducir una pérdida significativa de peso asociado a su efecto hipoglucemiante, por lo que cobran un rol de interés en pacientes con diabetes y obesidad para reducir su riesgo cardiovascular. Este efecto es de especial importancia en pacientes trasplantados renales, población de alto riesgo. El objetivo de este estudio es valorar el perfil de eficacia, seguridad y evolución del perfil cardiovascular de los aGLP-1 en pacientes trasplantados renales diabéticos durante un periodo de seguimiento de 6 meses.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se han incluido a los pacientes trasplantados renales diabéticos de nuestro centro a los que se le ha iniciado tratamiento con aGLP-1. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, clínicos y analíticos basales, al primer, tercer y sexto mes.

Resultados: Se analizaron 23 pacientes, de los cuales 55% eran hombres con una edad media de 59 años $\pm$ 10. El 95% presentaba hipertensión arterial y obesidad y el 75% dislipemia. El filtrado glomerular medio al inicio fue de 52 ml/min $\pm$ 12 manteniéndose estable durante el seguimiento. El cociente albumina/creatinina descendió de una mediana de 34.5 mg/gr inicial a 23 mg/gr a los 6 meses ($p=0.23$). La HbA1c media descendió de $7.2\% \pm 1$ al $6\% \pm 0.6$. Se objetivó una pérdida de peso en el 75% de los pacientes con un descenso medio de 6 Kg ($p<0.01$) y efectos gastrointestinales en el 25% de los pacientes, sin requerir suspensión. El fármaco ha sido suspendido en 4 pacientes, 3 por ingreso hospitalario y 1 por incumplimiento. El colesterol total ha descendido desde una media de 155.6 mg/dl $\pm$ 34 a 150.8 mg/dl $\pm$ 31, LDL de 75.1mg/dl $\pm$ 29 a 73mg/dl $\pm$ 31 y TGD de 186.1mg/dl $\pm$ 88 a 184 mg/dl $\pm$ 92; no significativos. Durante el periodo de seguimiento, 1 paciente ha presentado un evento cardiovascular (Infarto agudo de miocardio).

Conclusiones: El empleo de aGLP-1 como coadyuvante para el tratamiento de la diabetes en pacientes trasplantados renales ha demostrado ser eficaz y seguro, logrando una reducción del peso de forma significativa, pudiendo influir sobre la proteinuria y el riesgo cardiovascular sin cambios en la función renal.

691 DIFERENCIAS FARMACOCINÉTICAS Y CLÍNICAS ENTRE EVEROLIMUS (CERTICAN®) Y SIROLIMUS (RAPAMUNE®) EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

M. PUJOL PUJOL¹, A. MORALES¹, B. RODRIGUEZ CUBILLO¹, MA. MORENO¹, C. RIAZA¹, C. FERNANDEZ¹, R. KATSU¹, I. PEREZ FLORES¹, N. CALVO¹, AI. SANCHEZ FRUCTUOSO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Objetivos: Analizar las diferencias farmacocinéticas y clínicas entre everolimus (E) y sirolimus (S) en una cohorte de trasplantados renales (RTRs).

Métodos: Cohorte retrospectiva de los pacientes trasplantados renales que inician tratamiento con imtor (everolimus o sirolimus) desde 2016 hasta 2018. Se calculó la ratio de concentración de imtor (concentración/dosis =C/D) y se evaluaron las causas de inicio del fármaco, de su suspensión, así como los efectos adversos asociados. Se realizaron test estadísticos utilizando SPSS v.19).

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes (S=52, 59.1%) vs (E=36, 40.9%), cuyo tiempo mediano de seguimiento fue de 74.38 meses (RIQ 64.2-143.97). El inicio de Sirolimus fue más frecuente por Neoplasia (S=78% vs E=21.7), e Infecciones en el caso de Everolimus (52.2% vs S=48.8%). No diferencias en la inmunosupresión concomitante ni en los efectos adversos (28.4%). Las dosis medianas semanales iniciales y anuales fueron mayores en everolimus (17.5mg vs 10.5 mg, $p<0.006$). Aunque la ratio de concentración al año fue similar en ambas presentaciones (S=0.59 vs E=0.50, $p<0.060$), se observaron más metabolizadores lentos entre los pacientes en tratamiento con everolimus (35.5% vs 20.5%, $p<0.005$). Los niveles de imtor, de ICN (Figura1) y la función renal fueron similares entre ambas presentaciones en los 5 años consecutivos (tabla1). La función renal se mantuvo estable durante los años de tratamiento (S=Creat 2.18 mg/dl vs E=creat 1.46 mg/dl a 5 años, $p<0.262$).

Conclusiones:

- El uso de everolimus y sirolimus en los RTRs fue comparable en cuanto a indicaciones, efectos adversos y función renal a lo largo del seguimiento.
- Ambas presentaciones mostraron ratios de concentración similares, pero se observaron más metabolizadores lentos entre los pacientes con everolimus.
- No hubo diferencias en los niveles de imtor o tacrolimus según el tratamiento con everolimus o sirolimus.

Ver tabla y figura

692 EXPERIENCIA CLÍNICA DE PACIENTES PORTADORES DE INJERTO RENAL CON TRASPLANTE DE MÚDULA ÓSEA SIMULTÁNEO O DIFERIDO

MG. GERARD¹, VD. DOMIGUEZ PIMENTEL¹, SA. ABRANTE GARCÍA¹, MR. REGUERA CARMONA¹, ND. DEL CASTILLO¹, DL. LUIS RODRIGUEZ¹, OS. SIVERIO MORALES¹, AJ. JARQUE LOPEZ¹, AR. RIVERO¹, MM. MACIA HERAS¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (ESPAÑA)

Introducción: Las discrasias de células plasmáticas (PCD) incluyen una serie de entidades como el mieloma múltiple (MM), la amiloidosis primaria (AL) y la enfermedad por depósito de inmunoglobulinas monoclonales (MIDD). La afectación renal es una característica común que afecta entre el 20- 55% de los pacientes en el momento del diagnóstico inicial.

Los nuevos tratamientos quimioterápicos y la hemodiálisis de alto flujo han mejorado la supervivencia, sin embargo hay un porcentaje de pacientes no despreciable (@3%) que desarrollan enfermedad renal crónica terminal (ERCT), en los cuales el trasplante renal (TxR) combinado con trasplante de médula ósea (TMO) puede ser una alternativa eficaz (simultáneo o diferido). La presencia de dos trasplantes va a requerir un ajuste óptimo de los inmunosupresores (IS) y control de las complicaciones (principalmente citopenias e infecciosas).

Describimos la experiencia de nuestro centro con 10 pacientes, de los cuales 7 recibieron TMO antes de TxR y los 3 restantes primero TxR y posteriormente, consecuencia de desarrollo de MM en su seguimiento, se les realizó TMO.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico donde se han incluido los pacientes trasplantados renales entre 1998 y 2023 (1105 TxR). Se analizan 9 pacientes portadores de TMO y TxR de nuestra base de datos, sus características basales, complicaciones y tiempo de injerto funcionando.

Resultados: (tabla 1).**Conclusiones:**

En nuestra experiencia, los resultados fueron óptimos. En cuanto a las complicaciones infecciosas, la tasa de incidencia fue similar a otros pacientes. En pacientes fallecidos el tiempo promedio con injerto renal funcionando fue de 136 meses y de TMO de 100 meses. Por tanto, en pacientes seleccionados con DCP y ERCT, el doble trasplante simultáneo o secuencial podría ser una opción de tratamiento.

Tabla 1.

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad (años)	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Sexo	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Diagnóstico	MM	MM	MM	MM	MM	MM	MM	MM	MM	MM
Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento	Tratamiento
Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal	Trasplante renal
Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea
Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia	Supervivencia
Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal	Función renal
Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones	Complicaciones
Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados	Resultados

693 EVALUACIÓN PRETRASPLANTE DE LA INMUNIDAD CELULAR FRENTE A CITOMEGALOVIRUS MEDIANTE QUANTIFERON-CMV

P. GONZÁLEZ-CALERO BORRÁS¹, I. BENEYTO CASTELLÓ¹, A. VENTURA GALIANO¹, J. ESPÍ REIG¹, M. RAMOS CEBRIÁN¹, D. RODRIGUEZ ORTEGA¹, J. HERNÁNDEZ JARAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA)

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) es una complicación frecuente y con implicaciones relevantes en términos de morbimortalidad. Se están desarrollando diferentes pruebas que permiten evaluar la inmunidad celular frente a CMV con la intención de realizar un manejo individualizado en términos de prevención, como el test Quantiferon-CMV (QF-CMV). El valor de esta prueba pre-trasplante está en estudio, pero podría ayudar a definir el riesgo de infección postoperatoria.

El objetivo del trabajo es analizar qué factores podrían influir en el resultado de QF-CMV previamente al trasplante renal.

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo que analiza 31 pacientes trasplantados renales consecutivos en nuestro centro, al que se le realiza una determinación de QF-CMV en las 24h previas al implante. Se ha utilizado el Software SPSS (IBM) para el análisis estadístico.

Resultados: Se ha realizado la prueba en 31 pacientes. 7 eran seronegativos frente al CMV, y consecuentemente el resultado de QF-CMV fue negativo en todos ellos, y se excluyeron de los análisis posteriores. Los 24 pacientes restantes eran seropositivos frente a CMV. Fueron 14 mujeres y 10 varones, con una edad media de 59.6 ± 2.0 años. El tiempo medio en diálisis era de 41 ± 6.1 meses. El 75% de los pacientes realizaba TRS mediante hemodiálisis, el 16,7% mediante diálisis peritoneal y el 8,3% se sometía al trasplante de forma anticipada. 5 pacientes habían recibido 1 trasplante renal previo. En estos 24 pacientes seropositivos, la prueba QF-CMV resultó positiva en 16 (66,7%) y negativa en 8 (33,3%).

Se han analizado diferentes variables que podrían tener relación con el grado de inmunidad celular de los sujetos, incluyendo: edad, sexo, presencia de diabetes, etiología de enfermedad renal, tiempo en terapia renal sustitutiva, tipo de tratamiento renal sustitutivo, trasplantes previos, tratamiento inmunosupresor en el último año, ingreso por patología infecciosa y alosenibilización-HLA. Ninguna de ellas se ha visto relacionado de forma estadísticamente significativa con el resultado de QF-CMV ($p > 0,05$).

También se han analizado diferentes parámetros analíticos extraídos en el mismo momento de la realización del test QF-CMV: urea, albúmina, hemoglobina, linfocitos y neutrófilos. Tampoco se han visto diferencias significativas entre estos valores en los diferentes grupos de resultado de QF-CMV.

Conclusiones

- Los factores relacionados con el grado de inmunidad celular frente a CMV en pacientes seropositivos en el momento pre-trasplante no son conocidos.
- Es necesario seguir estudiando qué circunstancias pueden explicar estas diferencias en la inmunidad celular de los pacientes, dado el papel pronóstico que puede tener en el postrasplante.

694 RECHAZO HUMORAL Y NEFROPATÍA MEMBRANOSA: UNA MANIFESTACIÓN DE ALORREACTIVIDAD POCO ESTUDIADA. A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

M. URRUTIA-JOU¹, M. MOLINA GÓMEZ², I. PEREZPAYÁ³, O. TACO³, R. GELPÍ³, M. BOLUFER³, P. RODRÍGUEZ MARTÍNEZ³, L. CAÑAS³, J. BOVER³, A. VILA³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL; HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXI-II (BADALONA (ESPAÑA)); TARRAGONA (ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA (ESPAÑA)); ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA (ESPAÑA))

Introducción: La nefropatía membranosa (NM) es la glomerulonefritis de novo más frecuente en el trasplante renal (TR). El rechazo humoral se ha propuesto como una posible causa de la NM de novo (NMdn), aunque su mecanismo fisiopatológico es desconocido.

Caso clínico: Hombre de 40 años con diabetes tipo MODY y enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética, portador de un trasplante renopancreático desde 2019, con correcta función de ambos injertos bajo triple inmunosupresión (IS) inicial y posterior supresión de micofenolato por infecciones osteoarticulares de repetición.

En enero/2023, presenta fracaso renal oligúrico (creatinina 5.8mg/dL), con leve albuminuria (168mg/g) sin hematuria, niveles indetectables de tacrolimus y aparición de anticuerpos donante-específicos (DSA) de novo frente a HLA de clase II con MFI elevadas (14.000 - 20.000). La biopsia renal (BR) diagnóstica un rechazo humoral crónico activo mediado por anticuerpos (g3, ptc3, C4d3, cg1a, IFTA3) y un patrón compatible con NMdn estadio I (PLA2R-, IgG4-, IgG+). La microscopía electrónica revela engrosamiento subendotelial en membrana basal glomerular y depósitos electrondensos subepiteliales. El paciente presenta mala evolución renal retornando a diálisis crónica en el mismo ingreso.

Discusión: La NM en el injerto renal se clasifica en recurrente (NMrr) y de novo (NMdn). Ambas entidades se relacionan con la formación de inmunocomplejos (IC) subepiteliales por anticuerpos dirigidos contra antígenos podocitarios. Sin embargo, la composición y los desencadenantes de estos IC son diferentes: la NMrr presenta típicamente antiPLA2R+ e IgG4+ y su desencadenante es un factor ambiental unido a la susceptibilidad genética; la NMdn muestra IgG1+, C4d+ y antiPLA2R-, siendo sus potenciales desencadenantes virus, neoplasias, obstrucción uretral y rechazo.

Esta asociación entre rechazo y NMdn se describe en varios estudios retrospectivos que observaron hallazgos histológicos de rechazo en injertos con diagnóstico de NMdn, aunque frecuentemente sin acompañarse de estudio de DSA o biomarcadores. Con la evidencia actual, se ha postulado la NMdn como una manifestación de alorreactividad humoral con afectación podocitaria. Su pronóstico es incierto y existe poca evidencia sobre su tratamiento que se basa en la experiencia en NMprimaria y NMrr: anti-proteinúricos, aumento de IS y tratamiento de la patología asociada si la hay. En algunos estudios se describe la remisión de la NMdn coincidiendo con el descenso de los DSA tras el tratamiento del rechazo.

Conclusión: La NMdn asociada al rechazo humoral constituye una entidad cuya fisiopatología presenta muchas incógnitas, y que podría beneficiarse de estudios más completos que incluyeran búsqueda de DSA y biomarcadores.

695 IMPACTO PRONÓSTICO DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN DONANTES DE CADÁVER SOBRE EL TRASPLANTE RENAL

S. AFONSO RAMOS¹, N. DÍAZ NOVO¹, A. RAMÍREZ PUGA¹, R. GUERRA RODRÍGUEZ¹, I. AUYANET SAAVEDRA¹, C. GARCÍA CANTÓN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (ESPAÑA)

Introducción: El consumo de cocaína es ocasional en donantes de órganos fallecidos. Se asocia a microangiopatía trombótica y necrosis tubular aguda en riñón nativo. Está en debate la conveniencia de aceptar donantes con consumo de cocaína. No hay estudios que valoren su impacto pronóstico sobre el trasplante renal.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Incluye a donantes cadáver de riñón con consumo de cocaína, y a sus receptores, de 1/2014 a 5/2023, para valorar riesgo de función renal retrasada, pronóstico renal y supervivencia tras 12 meses post-trasplante.

Resultados: Se obtienen 15 donantes consumidores de cocaína de 41 ± 9 años, el 87% varones. 3 tienen hipertensión arterial, 2 diabetes y 1 infarto de miocardio. 12 son en muerte encefálica y 3 asistolia tipo III. La mitad presenta parada cardiorrespiratoria. Un 60% asocia fracaso renal agudo, siempre en resolución a la donación, con Cr (creatinina) $0,87 \pm 0,3$ mg/dL. En 3 donantes se realiza biopsia renal con 4 ± 1 puntos.

Se incluyen 23 receptores en diálisis, con 51 ± 12 años, el 74% varones. Las primeras causas de enfermedad renal crónica son: poliquistosis renal autosómica dominante (30%), enfermedad renal diabética (17%) y glomerulonefritis (17%). El 91% presentan hipertensión arterial, el 22% diabetes y el 35% enfermedad cardiovascular. Asocian 4 ± 1 incompatibilidades HLA. El 17% presenta PRA (panel reactive antibody) $> 50\%$. La mitad recibe basiliximab; y prednisona, tacrolimus y micofenolato mofetilo el 87%. La isquemia fría es de $9 (3 - 25)$ horas.

El 80% presenta función renal inmediata, de mediana al 2° ($1^{\circ} - 5^{\circ}$) día post-trasplante. 4 tienen retraso en la función del injerto, con diuresis eficaz desde el día 4 ($4 - 11$). Hay 1 no función primaria (trombosis venosa). El resto presenta injerto funcionante tras 6 meses: Cr $1,36 \pm 0,51$ mg/dL, TFG [tasa de filtrado glomerular] $63,9 \pm 22,5$ mL/min/1,73 m² y proteinuria $0,19 (0,01 - 0,78)$ g/día. Hay 1 éxitus con trasplante funcionante a los 10 meses (colecistitis). Tras 12 meses, presentan Cr $1,33 \pm 0,4$ mg/dL, TFG $63,1 \pm 22$ mL/min/1,73 m² y proteinuria $0,14 (0,02 - 0,88)$ g/día. La incidencia de rechazo es del 15%. No hay hallazgos de microangiopatía trombótica en ninguna biopsia post-trasplante.

Conclusión: En nuestra serie, el trasplante procedente de donante consumidor de cocaína presenta buen pronóstico renal al año. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

696 EVOLUCIÓN POST TRASPLANTE RENAL AISLADO EN PACIENTES CIRRÓTICOS SIN CRITERIO ESTRICTO DE TRASPLANTE COMBINADO. ¿DEBEMOS AMPLIAR LOS CRITERIOS?

C. GARCÍA PAREJO¹, Á. ERASO NÁJERA¹, Á. GONZÁLEZ ROJAS¹, LM. MORANTES HERNÁNDEZ¹, DM. RODRÍGUEZ ESPINOSA¹, P. VENTURA AGUIAR¹, D. CUCCHIARI¹, N. ESFORZADO¹, F. DIECKMANN¹, J. CACHO ALONSO¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: En los pacientes con cirrosis hepática (CH) y enfermedad renal crónica (ERC) el tratamiento de elección es el trasplante simultáneo hepato-renal. Según los documentos de consenso, un paciente con ERC y CH child A con un GVPH.

El objetivo de nuestro estudio es describir la evolución post-trasplante renal de pacientes con cirrosis Child A.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional en el cual se han incluido 13 pacientes con CH compensada que han recibido un TR aislado en el Hospital Clinic, desde 2015 hasta 2019 con una mediana de seguimiento de 53,36 meses.

Resultados: El 84.6% eran varones, la mediana de edad fue 67.8 [61-77]. El 54% eran diabéticos y el 76.9% hipertensos. La etiología más frecuente de la cirrosis fue VHC (53.8%) seguida de enol (38.5%) con MELD de $20.5 [19.75-21.25]$ y CHILD 5 [5-6.5] (A 69%, B 15.2% y C 7.7%). Previamente al TR, el 61.5% presentaron descompensaciones ascítico-edematosas, el 84.6% presentaba esplenomegalia, el 36.4% varices esofágicas.

El 76.9% recibieron hemodiálisis previa al TR, el 15.4% diálisis peritoneal y el 7.7% recibieron TR anticipado, con una mediana de tiempo en diálisis 15.5 m [7-11]. El tipo de TR fue Maastricht tipo III en el 46.3%, muerte encefálica en el 30.8% y de donante vivo en el 23%. La inducción se realizó con basiliximab en el 46.2% de los casos y de mantenimiento fue con ácido micofenólico en el 69.2% y con im-TOR en el 30.8%.

La mediana de creatinina a la semana del TR fue de $2.24 [1.7-2.95]$ y al año mediana de Cr de $1.98 [1.64-2.03]$ y una mediana de CPC de 503mg/g. No hubo DAE en el primer año. En el 23.1% de los casos se produjo un rechazo del injerto al año. El 15.4% de los pacientes presentaron función retrasada del injerto y 3 perdieron el injerto a los 323 días de seguimiento con una mediana de tiempo de 280 días.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con trasplante renal aislado y cirrosis, no observamos una peor evolución ni impacto en la supervivencia del injerto renal por el estatus de cirrosis compensada. Se necesitan mayor número de pacientes para validar los resultados.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

697 LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (iSGLT2) REDUCEN LA PROTEINURIA EN EL TRASPLANTE RENAL

OR. RAÑO SANTAMARÍA¹, PO. OTERO ALONSO¹, YG. GARCÍA MARCOTE¹, LR. RIVERA CHAVEZ¹, JQ. QUISPE GONZA¹, JC. CALVIÑO VARELA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LUCAS AUGUSTI (LUGO/ESPAÑA)

Introducción: Los iSGLT2 han demostrado importantes beneficios cardiovasculares en el manejo de los pacientes con diabetes, así como en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). El trasplante renal (TR) es un modelo de hiperfiltración donde estos fármacos podrían ser especialmente útiles, aunque sus estudios en el tratamiento de esta población siguen siendo escasos. Por ello, nos hemos propuesto analizar la evolución de un grupo de pacientes con TR, seguidos en nuestro centro, y que recibían iSGLT2.

Pacientes y métodos: Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 27 pacientes, 16 varones y 11 mujeres, de 68 ± 8.1 años, trasplantados desde al menos 9 meses y con función renal estable, a los que se les había prescrito un iSGLT2 en el contexto de diabetes, insuficiencia cardíaca y/o albuminuria. Analizamos el efecto sobre la función renal, albuminuria, control glucémico, peso, anemia, electrolitos, metabolismo calcio-fósforo al inicio y a los 6 meses de tratamiento, así como sus efectos secundarios.

Resultados: De los 27 pacientes incluidos, 18 (67%) eran diabéticos. La inmunosupresión en la mayoría de los casos consistía en prednisona, tacrolimus y micofenolato. 9 pacientes (33%) recibían imTOR. Tras 6 meses de tratamiento, la función renal varió de una creatinina de 1.6 ± 0.66 hasta 1.7 ± 0.74 mg/dl ($p < 0.01$), y de un FG calculado (CKD-EPI) de 45 ± 16.1 a 43 ± 16.3 ml/min ($p < 0.05$). La albuminuria se redujo desde 324 ± 412.1 a 226 ± 296.2 mg/g ($p < 0.05$). Se apreció un descenso no significativo del peso (80.2 ± 14.5 vs 79.1 ± 14.3 Kg). En los diabéticos, el % de HbA1C bajó de 7.8 ± 1.16 a 7.6 ± 0.87 (no significativo). No se apreciaron diferencias reseñables en el resto de variables, incluyendo hemoglobina. El tratamiento fue bien tolerado siendo el efecto secundario más frecuente la infección urinaria (2 casos).

Conclusión: En nuestra serie, el tratamiento con iSGLT2 reduce la albuminuria en un 30%, acompañándose de un leve deterioro esperable de la función renal, y con escasos efectos secundarios. Son necesarios más estudios para confirmar si los efectos beneficiosos demostrados con estos fármacos sobre la progresión de la ERC de otras etiologías son extrapolables a la población trasplantada.

698 FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER VESICAL EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

K. PASACHE¹, A. TINOCO¹, LL. GUIRADO¹, N. SERRA¹, CH. CÓRDOBA¹, M. PÉREZ¹, L. FAYOS¹, C. FACUNDO¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: La incidencia de cáncer vesical (CV) en la población trasplantada es 2.5 veces superior a la población general. Ser trasplantado renal tiene mayor impacto en la supervivencia que el propio estadije del cáncer. A los factores de riesgo de la población general se añade el tiempo previo en terapia substitutiva renal y el efecto de la inmunosupresión asociada al trasplante.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico. Se diagnosticaron 27 tumores vesicales en un total de 2071 trasplantes renales (TR) realizados entre 2000 y 2023. Se analizaron factores demográficos (FD), factores de riesgo (FR) en la población general, FR asociados al TR y evolución.

Resultados: 27 pacientes (9 mujeres y 18 hombres) con edad promedio de 65.70 años. Se halló sobrepeso con índice de masa corporal (IMC) de 26.66 Kg/m^2 , 14.8% (4) tenían obesidad. 37% (10) nunca habían fumado, 33.3% (9) eran fumadores activos, 29.6% (8) ex fumadores. El 85.2% (23) estuvieron en terapia substitutiva renal previo al TR, media de 102.3 meses. El 22.2% (6) tenían concomitante otros procesos malignos. En cuanto al TR, 81.5% (22) eran de donante cadáver y el 18.5% (5) de donante vivo. Promedio de 103.53 meses desde el TR.

El diagnóstico en la población TR fue en fases más tempranas que en la población general: 37% (10) T_a, 3.7% (1) T_{is}, 22.2% (6) T₁, 25.9% (7) T₂, 11.1% (3) N₁, 18.5% (5) M₁. A pesar de ello, precisaron Cistectomía el 51.9% (14). La recurrencia fue del 29.6% (8), progresaron el 11.1% (3) y la mortalidad fue más elevada que en la población general (59.3%).

Conclusiones: El estado del paciente con TR es un factor determinante que impacta negativamente en el pronóstico de la enfermedad, con aparición a edad más temprana, mayor riesgo de progresión y mayor mortalidad a pesar de diagnosticarse en fases más tempranas.

Figura 1.

Características demográficas	
Número de pacientes	27
Edad (años)	58.19 ± 13.89
Sexo	
Mujer	9
Hombre	18
Edad al diagnóstico (años)	65.70 ± 10.59
IMC (Kg/m ²)	26.66 ± 4.8
Sobrepeso	6 (22.2%)
Obesidad	4 (14.8%)
Fumador	17 (62.9%)
Ex fumador	8 (29.6%)
Activo	9 (33.3%)
Enfermedades malignas	
Pulmonar	1 (3.7%)
Gastrointestinal	1 (3.7%)
Hematológica	1 (3.7%)
Urológica	2 (7.4%)
Musculoesquelética	1 (3.7%)
Dialisis previa	23 (85.2%)
Hemodialisis	18 (66.7%)
Dialisis peritoneal	4 (14.8%)
Ambas	1 (3.7%)
Tipo de TR	
Cadáver	22 (81.5%)
Vivo	5 (18.5%)
Inmunosupresión	27 (100%)
Estadío al diagnóstico	
T _a	11 (40.7%)
T _{is}	3 (11.1%)
T ₁	6 (22.2%)
T ₂	9 (33.3%)
T ₃	0
T ₄	0
N	
N ₀	24 (88.9%)
N ₁	3 (11.1%)
M	
M ₀	22 (81.5%)
M ₁	5 (18.5%)
G ₁	1 (3.7%)
G ₂	7 (25.9%)
G ₃	15 (55.4%)
Cistectomía	14 (51.9%)
Recurrencia	8 (29.6%)
Progresión	3 (11.1%)
Muerte	16 (59.3%)

699 PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DE LA ARTERIA RENAL COMO CAUSA DE PÉRDIDA DEL INJERTO RENAL: REPORTE DE UN CASO

A. ALEDO OLTRA¹, JL. ALBERO DOLON¹, M. DE LARA GIL¹, A. MARIN MARQUES¹, MJ. GONZALEZ SORIANO¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIZACA (MURCIA)

Introducción: Las complicaciones vasculares son una causa importante de fracaso del injerto renal (IR) (3%-15%). Los pseudoaneurismas micóticos son poco frecuentes (<1%). Consisten en dilataciones arteriales irreversibles por destrucción de la pared del vaso por infección (Candida, Aspergillus, Pseudomonas, Enterococcus) e implican la anastomosis arterial donorenal y la arteria iliaca externa receptora. Suelen aparecer semanas después del trasplante. Como factores de riesgo se consideran los IR de donantes con criterios expandidos y lo receptores con hipertensión y dislipidemia. La trasplantectomía y, cuando es posible, el tratamiento endovascular del aneurisma con stent son las opciones terapéuticas más empleadas.

Caso clínico: - Mujer de 63 años hipertensa y dislipidémica con enfermedad renal crónica de etiología no filiada que recibe en septiembre de 2023 IR de donante en asistolia con criterios expandidos, presentado al alta hospitalaria, creatinina de 1,88 mg/dL.

- En octubre de 2023 ingreso por sepsis urinaria por Pseudomonas aeruginosa BLEE con deterioro de función renal (FR) (creatinina de 4,5 mg/dL). Doppler renal normal. Tras completar pauta de 14 días con Meropenem y con FR recuperada recibe alta hospitalaria.

- En noviembre de 2023 ingresa por deterioro agudo de FR (creatinina de 8 mg/dL, cociente proteínas/creatinina 0,5mg/g).

Pruebas complementarias:

- Doppler renal: ausencia de vascularización cortical en el injerto renal.

- Renograma: retraso en la incorporación del trazador y curva de flujo inferior a la aorta.

- AngioTAC: pseudoaneurisma anastomótico de 22 mm de diámetro, comunicado con la arteria iliaca externa derecha. Estenosis suboclusiva de la arteria renal del injerto. Injerto renal hipoperfundido.

Se realizó trasplantectomía difiriendo a un segundo tiempo actitud sobre el pseudoaneurisma mediante tratamiento endovascular con stent. Tras la cirugía, presentó bacteriemia por E. faecium. Cultivos para hongos persistentemente negativos. En el estudio de la pieza quirúrgica se objetivó infección fúngica, que contraindicaba manejo endovascular. Se inició voriconazol y vancomicina y se intentó, sin éxito, extirpación quirúrgica del aneurisma. Por lo que, finalmente, se realizó exclusión del aneurisma en el mismo acto quirúrgico.

Conclusiones: Este caso clínico presenta una complicación vascular poco común, pero con consecuencias fatales en una paciente con varios de los factores de riesgo para su desarrollo descritos en la literatura (donante con criterios expandidos, hipertensión, dislipidemia, bacteriemia por P. aeruginosa y E. faecium). Por otra parte, ilustra la complejidad en el manejo de complicaciones vasculares post-trasplante, especialmente cuando están asociadas a infecciones, requiriendo un enfoque multidisciplinario.