

649 PROTOCOLO DE TRASPLANTE RENAL CON ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICOS PREFORMADOS. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS DE UN CENTRO

S. ELÍAS TRIVIÑO¹, I. NIETO GAÑAN², C. GALEANO ALVAREZ¹, S. JIMÉNEZ ÁLVARO¹, M. FERREIRA BERMEJO¹, A. COLLADO ALSINA³, N. RODRÍGUEZ MENDIOLA¹, M. DÍAZ DOMÍNGUEZ¹, M. GARCÍA VALLEJO¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS) (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Debido a un aumento creciente de pacientes hiperinmunizados en la lista de espera de nuestro centro buscamos alternativas para ampliar las posibilidades de trasplante en dichos pacientes. El objetivo de este trabajo es valorar la incidencia de rechazo humoral, supervivencia de injerto y paciente con un protocolo de trasplante con prueba cruzada virtual (PCV) histórica y/o actual positiva.

Material y métodos: Desde 2016 implementamos un protocolo de trasplante con PCV positiva en pacientes hiperinmunizados realizando inducción con Timoglobulina, corticoides, tacrolimus y micofenolato a lo que añadimos de 4-6 sesiones de plasmáferesis con inmunoglobulina tras cada sesión, como refuerzo en la inducción tras la primera semana del trasplante renal. Analizamos la función del injerto, incidencia de rechazo humoral y la respuesta al tratamiento y la supervivencia de injerto y paciente con una evolución máxima de 6 años.

Resultados: Hemos realizado 48 trasplantes bajo este protocolo que tienen al menos 1 año de evolución. Ha habido 8 rechazos humorales (23%), 6 de ellos recibieron tratamiento y de ellos 4 presentaron respuesta adecuada (66,7%). La supervivencia del injerto a 3 años es del 73,1 % y la supervivencia a Enero 2023 con una evolución máxima de 6 años y mínima de 1 año es del 70,8 % con 3 pérdidas (6,2%) por rechazo humoral, 1 de ellas no recibió tratamiento. La supervivencia del paciente a 3 años es de 92,1% y a Enero 2023 del 89,6 %. La creatinina al año es del 1,75 (+/- 0,73) mg/dl y a los 3 años de 1,55 (+/- 0,9) mg/dl y la proteinuria al año de 330 (+/-780) mg/g y a los 3 años de 492 (+/- 860) mg/g.

Conclusiones: El uso de plasmáferesis e inmunoglobulinas en el posttrasplante inmediato permite trasplantar a pacientes con prueba cruzada virtual positiva con un riesgo de rechazo humoral menor o similar al descrito en la literatura para este grupo de pacientes, y con una buena tasa de respuesta al tratamiento. Esta pauta permite acortar el tiempo en lista de espera de los pacientes hiperinmunizados. Se necesita mayor muestra y tiempo de evolución para obtener resultados más concluyentes.

650 CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE RESPUESTA FARMACODINÁMICA A INMUNOSUPRESORES INDIVIDUALES IN VITRO MEDIDO CON UN BIOENSAYO NOVEL (IMMUNOBIOGRAM) EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN FASE DE MANTENIMIENTO

A. MENDILUCE HERRERO¹, C. DIEZ CORTE², P. MARTÍN³, P. FRAILE⁴, A. VILA⁵, N. ARHDA⁶, P. GALINDO⁷, J. PÉREZ⁸, G. BERNAL⁹, T. DIEZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ³NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO (SANTIAGO DE COMPOSTELA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (ALICANTE), ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), ¹⁰BIOHOPE. BIOHOPE SCIENTIFIC SOLUTIONS FOR HUMAN HEALTH, (MADRID)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Estudio IMBITRA

Introducción: El ajuste de la terapia inmunosupresora en pacientes con un trasplante de riñón es considerado uno de los aspectos más complejos del seguimiento. Las decisiones se toman de forma empírica, lo que puede conducir a una inmunosupresión insuficiente (con mayor riesgo de rechazo) o a una inmunosupresión excesiva (con riesgo de efectos secundarios). El Immunobiogram (IMBG) permite medir in vitro la respuesta farmacodinámica a inmunosupresores individuales (IMS). El IMBITRA es un estudio observacional, transversal y multicéntrico para determinar con el IMBG la sensibilidad a los IMS individuales en dos poblaciones de pacientes: pacientes con un rechazo diagnosticado con biopsia y pacientes que, en situación clínica estable, han tenido una infección oportunista (IO).

Material y métodos: El IMBG es un test funcional que mide in vitro la actividad metabólica de células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) previamente activadas inmunológicamente, en respuesta a la exposición a fármacos inmunosupresores individuales. El IMBG permite crear una curva de dosis-respuesta y obtener un Z-Score para cada IMS testado. El Z-Score representa el nivel de sensibilidad de cada paciente a cada IMS en relación con los valores de una población representativa de pacientes con un trasplante renal. El estudio incluyó pacientes con rechazo y pacientes con una IO por Citomegalovirus (CMV) o Virus BK (VBK) asociada a la inmunosupresión. En ambos grupos, el evento había tenido lugar durante los 24 meses anteriores a la realización del IMBG y 6 meses después del trasplante renal.

Resultados: Se analizaron 74 pacientes evaluables de 9 centros: 43 pacientes con rechazo (58.1% ABMR, 34.9% TCMR y 7% mixto) y 31 pacientes con IO (74.2% VBK y 25.8% CMV). Los pacientes con rechazo presentaron una tendencia a mostrar menor sensibilidad a los IMS individuales que tomaban antes del evento, mientras que los pacientes con IO presentaron una tendencia a mostrar una mayor sensibilidad a los IMS pautados. Se analizó la combinación de los IMS que tomaban los pacientes y se observó que en el grupo con rechazo el porcentaje de IMS con baja respuesta fue mayor que en el de IO, y en el grupo con IO, el porcentaje de IMS sensibles fue superior que en el de rechazo $p < 0.05$ (Fig.1).

Conclusiones: El IMBG permite medir la respuesta farmacodinámica in vitro de cada paciente a los IMS individuales, mostrando los pacientes con rechazo un perfil de menor sensibilidad a los IMS pautados antes del evento y los pacientes con IO un perfil de mayor sensibilidad.

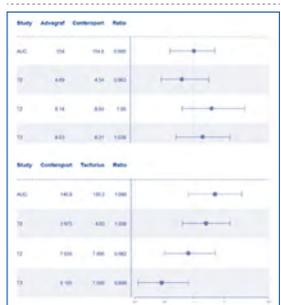
651 ESTUDIO DE BIOEQUIVALENCIA DE TRES FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL EN VIDA REAL

A. FRANCO¹, I. BELTRÁ PICÓ², M. DÍAZ GONZÁLEZ³, R. NALDA MOLINA³, A. RAMÓN LÓPEZ³, D. MARTÍNEZ-CABALLERO², J. PÉREZ CONTRERAS³, P. MÁZ SERRANO³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL ALICANTE (ESPAÑA), ²FARMACIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS (ALICANTE/ESPAÑA), ³DIVISIÓN FARMACIA Y TECNOLOGÍA. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (ELCHE/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS (ALICANTE/ESPAÑA)

Ante la comercialización de nuevas presentaciones de cápsulas de tacrolimus de liberación prolongada surge la duda de si su comportamiento farmacocinético será igual en receptores de trasplante renal en vida real que en los voluntarios sanos en los que se han testado. Es necesario demostrar su bioequivalencia en receptores de trasplante renal en vida real por medio de la comparación de los parámetros farmacocinéticos exigidos: concentración máxima y área bajo la curva. Para ello diseñamos 2 estudios observacionales prospectivos entre enero y diciembre 2022 con receptores adultos de trasplante renal que recibían tacrolimus sin cambio de dosis en 6 meses, sin alteraciones gastrointestinales ni hepáticas, con función renal estable y con más de 2 años de evolución, sin anticuerpos antidonante específicos y que recibían otro inmunosupresor sin prednisona. Establecimos 2 cohortes en cada estudio. En el primero receptores con Advagraf(R) fueron convertidos a Conferoport(R) y en el segundo de Conferoport(R) a Tacforius(R). Se mantuvo la misma dosis de tacrolimus, con un periodo mínimo entre determinaciones de 15 días y se determinó la concentración valle, concentración máxima y área bajo la curva basada en 3 puntos (valle (T0), 2 (T2) y 3 horas postdosis (T3)). La concentración de tacrolimus se determinó mediante enzimoimmunoensayo. Se estudiaron 41 receptores (estudio 1 n=21, estudio 2 n=20), 32 hombres y 9 mujeres, con edad media de 57,2 años, índice de masa corporal 25.7kg/m², tiempo posttrasplante de 81,1 meses y un filtrado glomerular de 50.7ml/min. La dosis media de tacrolimus fue de 2,4 mg/24h. El inmunosupresor secundario fue micofenolato (81%), azatioprina (14%) y sirolimus (5%). No hubo diferencias en los parámetros farmacocinéticos de los diferentes tacrolimus estudiados y las ratios advagraf/conferoport y conferoport/tacforius estaban dentro del rango de bioequivalencia. Durante el estudio no se objetivó variación en el filtrado glomerular ni efectos secundarios. Concluimos que Advagraf, Conferoport y Tacforius son bioequivalentes en trasplante renal en vida real y por ello no precisan determinaciones farmacocinéticas extras para su intercambio.

Figura 1.



652 EXPERIENCIA CON TOCILIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL RECHAZO CRÓNICO ACTIVO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN TRASPLANTADOS RENALES

M. RODRÍGUEZ VIDRIALES¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, C. LÓPEZ DEL MORAL¹, L. BELMAR VEGA¹, L. CAÑAMERO GARCÍA¹, M.B. ALAGUERO DEL POZO², E. RODRIGO CALABIA¹, J.C. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. UNIVERSIDAD DE CANTABRIA, IDIVAL (SANTANDER, ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID, ESPAÑA)

Introducción: El rechazo crónico humoral no tiene ningún tratamiento efectivo. Trabajos preliminares sugieren posible beneficio del Tocilizumab (anti-IL6r) en desaparición de DSAs, disminución de inflamación en la biopsia y estabilización de la función renal, aunque esto no se ha confirmado en otros trabajos. Se describe la experiencia de nuestro centro.

Material y métodos: Los pacientes fueron diagnosticados por biopsia (Banff'17) y 8 habían recibido previamente Rituximab y/o IGIV. Se programó un mínimo de 12 meses de tratamiento y biopsia posttratamiento. Se analizó la evolución a los 12 meses de albuminuria, función renal y DSAs así como los parámetros histológicos. Se consideró respuesta al tratamiento: desaparición de DSAs, reducción de albuminuria >50%, reducción del ritmo de pérdida de filtrado glomerular >50% o disminución de la inflamación en la biopsia post.

Resultados: Se han tratado 10 pacientes (60% varones, edad mediana al trasplante 47 años y 70% retrasplantes). 6 pacientes han recibido el tratamiento completo, 1 paciente solo 1 dosis y los otros 3 están en tratamiento (9, 7 y 1 dosis). No se ha suspendido ningún tratamiento por efectos adversos. En 6 de los 7 pacientes que han finalizado el tratamiento hasta ahora se observa algún beneficio. En 5 de 6 pacientes con DSAs estos desaparecen con el tratamiento y en 4 de 4 con deterioro progresivo de FR (>5ml/min/año) hay una reducción >50% en el ritmo de pérdida. En 2 pacientes se aprecia reducción de la albuminuria. En 1 de 4 con biopsia al año se aprecia disminución clara de la inflamación. En la tabla se muestran los datos.

Conclusiones: El tocilizumab podría aportar un beneficio en pacientes con rechazo crónico humoral favoreciendo la desaparición de DSAs y la estabilización de la función renal. Se necesitan estudios prospectivos y amplios para confirmar estos resultados y definir mejor los pacientes que más se puedan beneficiar.

Tabla 1.

Paciente	Resultado al inicio del tratamiento					Resultado a los 12 meses de tratamiento con Tocilizumab				
	Albuminuria (mg/dL)	DSAs	Inflamación	FR (ml/min/1.73m ²)	FR (%)	Albuminuria (mg/dL)	DSAs	Inflamación	FR (ml/min/1.73m ²)	FR (%)
CASO 1	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 2	51.5	4	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 3	51.5	4	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 4	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 5	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 6	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 7	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 8	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 9	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58
CASO 10	51.5	3	3	50	58	3	3	3	50	58

653 DESENSIBILIZACIÓN PERITRASPLANTE CON AFÉRESIS, INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA Y RITUXIMAB EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL CON ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO Y CROSSMATCH POR CDC NEGATIVO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

CC. BALDALLO MORENO¹, IB. TORRES RODRÍGUEZ², NG. TOAPANTA GAIBOR¹, M. PERELLÓ CARASCOSA¹, J. SELLARÉS ROIG¹, N. RAMOS TERRADES¹, O. BESTARD¹, F.J. MORESO MATEOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA)

Introducción: Un porcentaje significativo de pacientes con ERC terminal tienen una alta sensibilización HLA y deben ser considerados para trasplante renal a pesar de esta limitación. La mejor estrategia para abordarlos sigue siendo un tema de debate y los beneficios de la desensibilización (técnicas de aféresis, inmunoglobulinas IV y rituximab) no están claramente establecidos.

Material y métodos: Revisamos todos los trasplantes renales realizados en nuestro centro entre 2009-2021 con presencia de anticuerpos donante específicos (DSA) y prueba cruzada por linfotoxicidad (CDC) negativa el día del trasplante. Todos los pacientes recibieron una terapia de inducción (timoglobulina) y terapia de mantenimiento (tacrolimus, micofenolato de mofetilo y esteroides). Un grupo recibió además aféresis (5-7 sesiones de recambio plasmático o 5 sesiones de inmunoadsorción), inmunoglobulinas IV(2 g/kg dosis total) y una dosis de rituximab(375 mg/m2). Analizamos las características basales de estos pacientes, de los DSAs al trasplante y los resultados clínicos en términos de tasa de rechazo agudo, función renal y supervivencia del injerto renal en ambos grupos.

Resultados: Durante el período de estudio, 97 de 1367 (7.1%) trasplantes realizados en nuestra unidad tenían al menos un DSA al momento del trasplante. De ellos, 36 pacientes recibieron tratamiento de desensibilización HLA y los 61 pacientes restantes recibieron tratamiento estándar. Las características principales de donantes y receptores se muestran en la tabla anexa. La principal causa de pérdida del injerto fue el rechazo crónico mediado por anticuerpos en ambos grupos. Aunque la función renal no fue distinta al año, la supervivencia del injerto incluyendo la muerte del paciente fue superior en el grupo que recibió desensibilización (69% vs. 54%; p=0.051).

Conclusión: Los trasplantes renales HLA incompatibles se asocian a una alta tasa de rechazo mediado por anticuerpos (RMA). Si bien la incidencia de RMA fue similar en ambos grupos (34% en el grupo no tratado vs 38% en el grupo desensibilizado) la supervivencia del injerto fue mejor en el grupo de pacientes desensibilizados.

Tabla 1. Características de donantes y receptores incluidos en el estudio.

Variable	No DS (n=61)	DS (n=36)	P
Tipo donante (ME / DAC / DV)	39/17/5	16/9/12	0.003
Edad del donante (años)	54±14	54±14	0.961
Sexo del donante (m/f)	26/35	25/11	0.019
Edad del receptor (años)	58±12	47±16	0.002
Sexo del receptor (m/f)	31/30	14/22	0.564
T ⁺ trasplante / retrasplante	32/29	12/24	0.136
Enfermedades renales 1 ^o (GN / NAE / DM / NTIC / PQR / otras / No filiada)	14 / 3 / 6 / 4 / 9 / 3 / 20	12 / 0 / 2 / 2 / 5 / 1 / 1	0.023
Tiempo tratamiento diálisis (meses)	70±85	65±92	0.819
Incompatibilidades A	1,3±0,7	1,3±0,6	0.801
Incompatibilidades B	1,3±0,7	1,4±0,7	0.218
Incompatibilidades DR	1,3±0,6	1,2±0,6	0.236
cPRA máximo (%)	86±24	84±21	0.684
cPRA al trasplante (%)	89±25	89±20	0.913
DSA clase I / II / III	20 / 36 / 5	9/24/0	0.712
Anti-A*	10	8	
Anti-B*	11	3	
Anti-C*	3	2	
Anti-DRB1*	8	6	0.650
Anti-DRB3*, DRB4*, DRB5*	2	3	
Anti-DQB1*	15	8	
Anti-DP	8	5	
MFI DSA inmunodominante	5139±5902	5944±5306	0.486
Supervivencia 1 año	84%	64%	0.051
Supervivencia 5 años	54%	69%	
FGRe 1 año mL/min/1.73 m2	47±20	52±18	0.463

DS, Desensibilización HLA; ME, Muerte Encefálica; DAC, Donante en Asistolia Controlada; DV, Donante Vivo; m, Masculino; f, Femenino; GN, glomerulonefritis; NAE, Nefropatía asociada a ETO; DM, Diabetes mellitus; NTIC, Nefritis Tubulointersticial Crónica; PQR, Poliquistosis Renal; DSA, Anticuerpo Donante Específico; cPRA, cálculo de anticuerpos reactivos al panel; MFI, Intensidad de Fluorescencia Media.

654 BELATACEPT: NUESTRA EXPERIENCIA TRAS DIEZ AÑOS

M. FERNÁNDEZ MARTÍN¹, O. ABAUNZA DE JUAN¹, MP. RODRÍGUEZ DAVIS¹, N. ORMAETXE RUIZ DE HILLA¹, N. MURUA ETXARRI¹, EM. ÁLVAREZ QUINTANA¹, R. VILA I NOGUER¹, I. BENITO CASTAÑO¹, S. ZÁRRAGA LARRONDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES (BARAKALDO/ESPAÑA)

Introducción: Belatacept es una proteína de fusión humana que inhibe la coestimulación de los linfocitos T bloqueando la unión de CD28 a sus ligandos CD80 y CD86. Fue introducido como inmunosupresor para el trasplante renal en 2010, tras la publicación de los estudios BENEFIT y BENEFIT-EXT, pero su uso en nuestro entorno está escasamente extendido.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo a todos los trasplantados renales que recibieron tratamiento inmunosupresor con Belatacept en nuestro centro desde su comercialización. Se estudiaron un total de 15 pacientes en los que se analizó la evolución de la función renal, la supervivencia del paciente y del injerto y la aparición de efectos adversos.

Resultados: 15 pacientes iniciaron tratamiento con Belatacept como inmunosupresor de mantenimiento, no habiéndose empleado en ningún caso como terapia de inducción. La principal causa por la que se indicó Belatacept fue la intolerancia o interacción con inhibidores de la calcineurina (6 por nefrototoxicidad, 5 por neurotoxicidad, 3 por carcinoma epidermoide y 2 por microangiopatía trombótica). El filtrado glomerular estimado aumentó un año después del inicio de Belatacept (mediana del aumento de FGE=11 ml/min, p=0,182), mientras que el cociente proteínico/creatinina disminuyó de manera significativa en aquellos pacientes con proteinurias previas >500mg/g (p=0,011). Durante el seguimiento se notificó un único caso de rechazo celular borderline detectado 6 años después del inicio del tratamiento. No se han evidenciado efectos adversos directamente relacionados con la administración de Belatacept. Un paciente abandonó la terapia de manera voluntaria al contagiarse de COVID-19 tras la primera dosis. Hasta el momento, dos pacientes han fallecido con injerto funcional, dos han reiniciado diálisis y diez continúan en tratamiento activo bien tolerado. Cabe destacar que dos pacientes que iniciaron Belatacept en situación de descompensación de su patología psiquiátrica han reportado una importante mejoría. Así mismo, en dos de los tres pacientes que lo iniciaron por imposibilidad de controlar la aparición de carcinomas epidermoides se ha observado la desaparición de estos.

Conclusiones:

- En nuestra experiencia, Belatacept es un inmunosupresor seguro que no se asocia a reacciones adversas y que tiene un efecto beneficioso sobre el filtrado glomerular y la proteinuria.
- Su principal indicación son los pacientes en los que los inhibidores de la calcineurina están contraindicados o causan efectos adversos graves.
- Nuestro estudio sugiere que puede tener beneficios añadidos en el control de las patologías psiquiátricas y los carcinomas epidermoides.

655 TRATAMIENTO CRÓNICO CON INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN PACIENTES PORTADORES DE TRASPLANTE RENAL CON RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS CRÓNICO ACTIVO

M. DE LARA GIL¹, MM. GIL MUÑOZ¹, A. ALEDO ULTRA¹, JL. ALBERO DOLON¹, S. LLORENTE VIÑAS¹, F. MORALES CARAVACA¹, I. SAURA LUJAN¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹, F. HADAD ARRASCUE¹, PP. ORTUÑO LOPEZ¹

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

Introducción: El Rechazo mediado por Anticuerpos Crónico Activo (AMR CA) es una de las causas más frecuentes de pérdida del injerto renal. Hoy día, no se dispone de tratamiento específico por lo que es fundamental desarrollar opciones terapéuticas para evitar el final de la vida del injerto. Según las recomendaciones dadas por el grupo de expertos de la Sociedad de Trasplante Renal para el tratamiento del AMR Crónico, se consideran a las Inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) (3C) junto con la optimización de la inmunosupresión basal (Prednisona, Micofenolato Mofetil (MMF), Inhibidores de las Calcineurina (ICN)) como posible tratamiento válido.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo, unicéntrico y no randomizado desde 2020 sobre el tratamiento con IGIV en el AMR CA. Se han incluido en el estudio a 6 pacientes diagnosticados de AMR CA según la Clasificación de Banff 2017/19. Los pacientes tienen una edad entre 37 y 70 años. Los 6 tienen realizada una biopsia renal con histología característica del AMR CA. 5 de 6 pacientes presentaban DSA, siendo 1 Clase I y 4 Clase II. Antes de iniciar el tratamiento con IGIV se determinaron: creatinina sérica, MDRD, Cociente Proteínas/creatinina (CPC) y DSA (MFI y fijación de Complemento). Todos los pacientes se tratan con Prednisona, MMF y Tacrolimus (niveles de 7-8 ng/ml). Las IGIV se infunden a dosis de 0.5 g/kg mensual de forma crónica. Tras el inicio del tratamiento con IGIV analizamos la evolución de los parámetros anteriormente comentados cada 3 meses hasta la fecha actual, así como la supervivencia del injerto.

Resultados: Tras 7-36 meses de seguimiento, tras el análisis de la creatinina sérica, MDRD, CPC y los DSA, hemos comprobado que la función renal y la proteinuria se han mantenido estables. En cuanto a los DSA, el paciente que tenía de Clase I los ha negativizado desde los primeros 3 meses de tratamiento con IGIV, mientras que los otros pacientes con DSA Clase II han permanecido con una MFI similar. No se han manifestado efectos secundarios con las IGIV. Un paciente a los 12 meses de seguimiento se pierde en el estudio al fallecer por Covid19. Actualmente todos los pacientes continúan con su injerto renal funcional.

Conclusiones: Aunque la muestra es pequeña, no encontramos diferencias significativas entre la función renal pretratamiento y la actual. El tratamiento crónico con IGIV mensuales podría ser una opción segura para alargar la supervivencia del injerto renal con AMR CA.

Ver tablas y figuras

656 NUEVA DECEPCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL RECHAZO HUMORAL CRÓNICO ACTIVO

M. GAGO FRAILE¹, ML. SUAREZ FERNANDEZ¹, LM. BRAVO GONZALEZ-BLAS¹, JJ. BANDE FERNANDEZ¹, A. CAVADA BUSTAMANTE¹, EJ. BANEGAS DERAS¹, N. RIDAO CANO¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

La aparición de anticuerpos donante específicos (Ac DSA) post-trasplante, está involucrado en el rechazo humoral crónico activo (RHCA) y la consiguiente glomerulopatía del trasplante, causa de disfunción y pérdida de un importante número de injertos renales. Seguimos buscando soluciones para el tratamiento, ya que las terapias existentes basadas en corticoides, inmunoglobulinas, recambios plasmáticos y Rituximab, no han demostrado eficacia. Los estudios muestran que la IL-6 juega un papel importante en la producción de estos anticuerpos y en la inflamación tisular, por lo que se plantea, que su bloqueo (con Tocilizumab) podría reducir la inflamación y el número de Ac DSA.

Material y métodos: Estudio observacional donde se analiza el filtrado glomerular (FG), la proteinuria, los Ac DSA y las características histológicas de la biopsia renal, antes de la administración del Tocilizumab y al año del mismo.

Resultados: Presentamos la evolución analítica, histológica e inmunológica de 5 pacientes trasplantados renales de nuestro centro, con diagnóstico histológico de RHCA, en los que el tratamiento de rescate había fallado y a los que se añadió Tocilizumab (8 mg/kg/mes) durante 1 año, entre Febrero 2022 y Mayo 2023. Se trata de 4 hombres, con edad media de 38±12 años, 3 eran retrasplantados y 4 hiperinmunizados antes del trasplante (sin Ac DSA). Solo en 1 caso se suspendió el fármaco al mes por complicaciones infecciosas víricas. Nosotros no observamos ninguna mejoría en la proteinuria, no hubo reducción del número de Ac DSA, no hubo disminución de la inflamación a nivel histológico e incluso detectamos un empeoramiento del FG.

Conclusiones: A pesar de lo publicado, la adición de Tocilizumab al tratamiento estándar del RHCA, no aporta beneficios ni en términos histológicos, ni inmunológicos, ni analíticos. Debemos seguir investigando en busca de nuevos tratamientos seguros y eficaces.

Tabla 1.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
FG 0 ml/min	22	18	46	55	61
FG 1 ml/min	18	x	41	37	53
Proteinuria 0 mg/gr	0,9	0,8	0,125	0,39	0,88
Proteinuria 1 mg/gr	1,19	x	0,125	0,266	
DSA 0 MFI	<5000		>10000	<5000	>10000
DSA1 MFI	<5000		>10000	<5000	>10000
G pre-biop	3	x	1	2	3
Gpost-biop	2	x	0	2	pte
PCT pre-biop	3	x	3	2	3
PCT post-biop	3	x	3	2	pte

Resúmenes

Trasplante Renal - Inmunosupresión y ensayos clínicos

657 POTENCIAL DEL TEST DE ESTRÉS CON FUROSEMIDA PARA PREDECIR FUNCIÓN RENAL A MEDIO PLAZO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER

P. ARDURA¹, M. MARTÍNEZ¹, K.P. COBO¹, J. SÁNCHEZ², C. ABAD³, S. BUGALLO³, P. GONZÁLEZ¹, A. MENDILUCE¹, I. ACOSTA-OCHOA¹, A. COCA¹

¹NEFROLOGÍA. HCUV (VALLADOLID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL FUERTEVENTURA VIRGEN DE LA PEÑA (FUERTEVENTURA), ³NEFROLOGÍA. INMUNOLOGÍA (VALLADOLID)

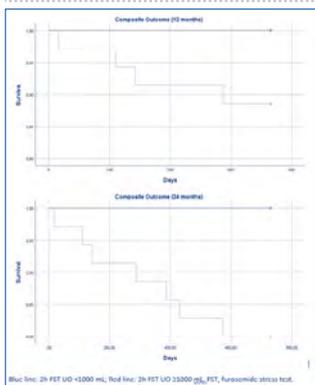
Introducción: La Necrosis Tubular Aguda tras el trasplante renal está relacionada con retraso en la función del injerto (RFI) y recuperación lenta de función renal. El "Test de Estrés con furosemida" (TSF), se emplea para evaluar función tubular y clasificar receptores con mayor riesgo de RFI. Sin embargo, no se ha extrapolado este test para predecir función renal a medio plazo. Nuestro estudio describe la relación entre respuesta temprana al TSF y eventos a medio plazo en receptores de trasplante renal de donante cadáver.

Materia y métodos: Estudio observacional, prospectivo en receptores de trasplante renal de donante cadáver. Se administra una dosis estándar de Furosemida (1.5 mg/kg), entre los días 3º y 5º tras el trasplante, registrando volumen de diuresis (VD) a los 120 minutos. Reponemos cada ml de orina obtenido en las 6h siguientes con 1 ml de suero fisiológico, evitando hipovolemia. Se excluyen pacientes que muestren signos de sangrado, uropatía obstructiva o deplección de volumen. Definimos el objetivo compuesto como muerte o pérdida del injerto renal.

Resultados: Incluimos una muestra de 57 pacientes con VD medio de 873±648ml. Aquellos pacientes con VD tras dos horas ≥1000ml, presentaron una incidencia significativamente reducida RFI, así como niveles de creatinina más bajos en todos los análisis realizados. Las curvas de Kaplan-Meier, muestran un mejor objetivo compuesto a 12 (Log Rank: 2.749; P:0.097) y 24 meses (Log Rank: 5.048; P: 0.025) en pacientes con VD tras 2h ≥1000ml (Figura 1)

Conclusiones: Aquellos pacientes con VD tras 2 horas del TSF ≥1000ml, presentaron menos incidencia de RFI y mejor objetivo compuesto. Cabe destacar, que los resultados están condicionados por el pequeño volumen de muestra recogida, por lo que se requieren estudios con un mayor tamaño muestral para valorar el potencial del TSF como herramienta estándar durante el trasplante renal.

Figura 1.



658 EFICACIA DE LA DESENSIBILIZACIÓN EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER

E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, M.O. LÓPEZ OLIVA¹, E. MANCERO², C. JIMÉNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: Los pacientes en lista de espera para trasplante renal con un panel frente a anticuerpos (PRA) superior al 80% tienen menores opciones de poder ser trasplantados, incluso con los programas de priorización regional y nacional. Los protocolos de desensibilización con rituximab y altas dosis de inmunoglobulinas intravenosas pueden mejorar sus opciones de acceso al trasplante en pacientes con largo tiempo en lista de espera de donante cadáver.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, de aquellos pacientes altamente sensibilizados en lista de espera de trasplante renal de donante cadáver entre 2010-2020 que recibieron tratamiento desensibilizador en nuestro centro. Se utilizó el protocolo de desensibilización del hospital Cedars-Sinai modificado. Para valorar la desensibilización, los pacientes debían presentar PRA superior al 75% y llevar al menos 3 años en lista de espera de trasplante sin ninguna oferta. Ocho pacientes hiperinmunizados fueron desensibilizados con rituximab e inmunoglobulina intravenosa (50% varones, con edad media de 41.5±16.4 años). Seis de los ocho (75%) estaban en hemodiálisis y 2 en diálisis peritoneal (48±14 meses). 75% habían recibido un trasplante previo. El vPRA medio calculado fue del 98%. Se analizó el tiempo transcurrido hasta el trasplante, el PRA antes y después del tratamiento, la supervivencia del injerto y el receptor, así como los episodios de rechazo agudo e infecciones virales. El tiempo medio de seguimiento posttrasplante fue de 67 meses.

Resultados: No se objetivaron efectos secundarios graves al tratamiento desensibilizador. Siete de los 8 pacientes (87.5%) presentaron una prueba cruzada negativa, con un tiempo de espera medio de 8 meses después del tratamiento. No se observaron cambios significativos en los porcentajes del PRA. Hubo 3 pérdidas de injerto renal de causas no inmunológicas (42.9%): 2 en el posttrasplante inmediato (1 trombosis venosa en un paciente con alteraciones de la coagulación y 1 fallo primario del injerto) y una pérdida tardía a los 8 años del trasplante. La creatinina al año fue de 1.4±0.2 mg/dl y de 1.7±0.6 mg/dl a los 5 años. 3 pacientes presentaron repeticiones virales (1 por citomegalovirus, 1 por poliomavirus y 1 por CMV y BK), que se negativizaron tras cambio de tratamiento inmunosupresor a inhibidores m-TOR. No hubo ningún episodio de rechazo agudo ni ningún paciente desarrolló cáncer. Hubo un éxito con injerto funcionante por neumonía grave con COVID-19 (3º año posttrasplante).

Conclusiones: El tratamiento desensibilizante con rituximab e inmunoglobulina intravenosas en pacientes altamente sensibilizados en lista de espera para trasplante renal de donante cadáver es efectivo y seguro. Puede ser una opción adicional para mejorar las opciones de trasplante en este tipo de pacientes.

659 IMPACTO DE LA MODALIDAD DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA PREVIA AL TRASPLANTE RENAL EN LA CARGA VIRAL DE TORQUE TENO VIRUS

C. GONZÁLEZ-GARCÍA¹, P.J. HERNÁNDEZ VELASO¹, C. YUSTE LOZANO¹, J. CARO ESPADA¹, L. CORDEIRO GARCÍA-GALÁN¹, M. RIVERO MARTÍNEZ¹, N. POLANCO FERNÁNDEZ¹, A. ANDRÉS BELMONTE¹, E. MORALES RUIZ¹, M. FERNÁNDEZ-RUIZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA), ²UNIDAD ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El torque teno virus (TTV) es un anellovirus no patógeno cuya cinética de replicación refleja el estado de inmunosupresión. Aunque la enfermedad renal crónica induce una disfunción conocida del sistema inmunitario, el uso a largo plazo de las terapias de sustitución renal (TRS) también podría modificar la respuesta inmunitaria.

Materia y métodos: Se analizaron cargas virales de ADN de TTV previo al trasplante renal (TR), el día 7 y en los meses 1, 3, 6 y 12 post-TR. Los receptores se categorizaron según la modalidad de TRS: TR anticipado, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP).

Resultados: Se analizaron un total de 221 pacientes, con una edad media de 53,9 ± 15,7 años, de los cuales un 72,4% eran varones. La hipertensión arterial (85,1%) y la diabetes (30,1%) fueron las comorbilidades más frecuentes. En cuanto la modalidad de TRS, se incluyeron 159 pacientes en HD (72,0%), 35 (15,8%) en DP y 27 (12,2%) en prediálisis. No hubo diferencias en las características basales entre los pacientes según su modalidad de TRS, excepto en la cantidad de diuresis residual (p<0,01). Los pacientes en HD tenían niveles de albúmina sérica más altos que los pacientes en DP o que recibían TR anticipado (4,4±0,5 vs. 3,9±0,4 vs. 4,1±0,6 g/dl, respectivamente; p<0,01). Los pacientes en DP mostraron una mayor carga viral de TTV (3,4± 1,2 log10 copias/mL) que los pacientes en HD (2,8 ± 1,6 log10 copias/mL) o TR anticipado (2,4± 2,1 log10 copias/mL), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los pacientes en DP permanecieron menos tiempo en diálisis que los pacientes en HD (18,4±16,2 vs. 37,5±53,6 meses; p=0,04). Sin embargo, el tiempo de diálisis no se asoció con la carga viral de TTV (p=0,18). Aunque los pacientes en DP presentan una mayor carga viral de TTV durante el seguimiento posterior al trasplante que los pacientes en HD y TR anticipado, la cinética viral fue comparable entre estos tres grupos en el mes 12 después del trasplante. La modalidad de TRS no se asoció con mayor incidencia de infección posterior al trasplante o una combinación de infección oportunista y/o malignidad de novo.

Conclusiones: La carga de ADN de TTV podría ser útil para identificar a los receptores de TR con alto riesgo de complicaciones relacionadas con la inmunosupresión. Aunque los pacientes en DP presentaron una mayor carga viral de TTV, no se encontraron diferencias según la modalidad de TRS previa o el tiempo en diálisis.

660 PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN CON ANTICUERPOS MONOCLONALES FRENTE A SARS-COV-2 (EVUSHELD) EN TRASPLANTADOS RENALES

SC. GONZÁLEZ GARCÍA¹, J. FERNÁNDEZ SOLÍS¹, A. MARTÍNEZ SAEZ², A. BUXEDA I PORRAS¹, B. CHAMOUN HUACON¹, D. REDONDO PACHON¹, M. CRESCO BARRIO¹, MJ. PEREZ SAEZ¹, C. BURBALLA TARREGA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: Antes de la disponibilidad de vacunas frente a SARS-CoV2 en trasplantados renales (TR) se registraban tasas de ingresos hospitalarios del 70% y mortalidad 16-35%, según la ola epidémica, con una incidencia y mortalidad en TR superior a la población general. La vacunación ha constituido la principal herramienta preventiva, no obstante, la respuesta inmunológica inducida en este grupo de pacientes es subóptima. Para aumentar la inmunidad en poblaciones de riesgo, se aprobó el uso de anticuerpos monoclonales anti-SARS-CoV-2 como cilgavimab-tixagevimab (Evusheld) como profilaxis pre-exposición.

Métodos: Se evaluaron 136 receptores de TR que recibieron Evusheld entre junio-diciembre/2022. La indicación fue tixagevimab/cilgavimab 150/150mg intramuscular dosis única en: cohorte 1) no respondedores tras tres dosis de vacuna (serología Anti-Spike

Resultados: Los pacientes de la cohorte 1 eran mayores (70.5±11 vs. 61.4±13 años; p=0.004) y llevaban más tiempo trasplantados (56 [IQR 40.5-66] vs. 3.5 [IQR 1-13.5] meses postTR) que la cohorte 2 cuando se administró Evusheld. El 26.3% y el 13.6% de la cohorte 1 y 2, respectivamente, presentaron infección tras Evusheld. Del total de pacientes infectados, el 76.1% requirió ingreso hospitalario (5 (23.8%) en UCI) y 5 (23.8%) fueron asintomáticos/paucisintomáticos. No falleció ningún paciente (Tabla1). Como efectos adversos graves, se reportó un caso de tromboembolismo pulmonar secundario a la medicación.

Conclusiones: Aproximadamente 15% de pacientes presentaron infección por SARS-CoV2 tras la administración de Evusheld. Los pacientes de la cohorte 1 (no inmunizados) ingresaron más que los pacientes de la cohorte 2, sin diferencias en los ingresos en UCI. Una estrategia preventiva frente a COVID-19 basada en la vacunación y en profilaxis pre-exposición podría ser efectiva para prevenir formas graves de COVID-19 en la población trasplantada.

Tabla 1.

	Cohorte 1 (n=19)	Cohorte 2 (n=117)	P
Edad a la administración Evusheld (mean, SD)	70.5±11	61.4±13	0.004
Género, mujer (n, %)	8 (42.1%)	37 (32.2%)	0.3
Tiempo desde TR a Evusheld, meses (mediana, IQR)	56 [40.5-66]	3.5 [1-13.5]	<0.001
Infección COVID19 post-Evusheld (n, %)	5 (26.3%)	16 (13.6%)	0.1
Tiempo desde Evusheld a Infección COVID días (mediana, IQR)	122 [72.5-156]	109 [47-126]	0.3
Ingreso hospitalario (n, %)	5 (26.3%)	11 (9.4%)	0.05
Ingreso en UCI (n, %)	1 (5.2%)	4(3.4%)	0.5
Éxito (n, %)	0	0	NP

Trasplante Renal - Inmunosupresión y ensayos clínicos

661 EVEROLIMUS DE NOVO Y RIESGO CORONARIO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

D. SIERRA CASTRO¹, M. BLANCO PARDO¹, C. RODRÍGUEZ MAGARIÑOS¹, C. SALETA COBOS¹, E. SÁNCHEZ BOTANA¹, SD. ERRÁEZ GUERRERO¹, A. LÓPEZ MUÑIZ¹, M. CALVO RODRÍGUEZ¹, S. CILLERO REGO¹, C. FERNÁNDEZ RIVERA¹

¹NEFROLOGÍA. CHUAC (A CORUÑA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en receptores de trasplante renal. La inmunosupresión contribuye a la supervivencia, pero puede aumentar el riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es comparar la incidencia de eventos coronarios en pacientes trasplantados según reciban everolimus o derivados de ácido micofenólico de novo.

Material y métodos: Se estudiaron 285 receptores de trasplante renal entre 2015 y 2023, diferenciando el grupo según tratamiento con everolimus de novo (grupo EVE) o derivados del ácido micofenólico (grupo AMF). También se estudiaron por separado los eventos en pacientes receptores exclusivamente de trasplante de donante fallecido con más de 3 meses de seguimiento. Se catalogaron como eventos coronarios los casos de angina inestable e infarto agudo de miocardio postrasplante.

Resultados: Analizamos 108 pacientes en grupo EVE y 177 en grupo AMF, con seguimiento de 56.42 ± 28.02 meses. Se registraron 14 eventos coronarios: 6 eventos en el grupo EVE (5.6%) y 8 (4.5%) en el grupo AMF. Excluyendo los trasplantes de donante vivo y seleccionando solo pacientes con seguimiento mayor a 3 meses se registraron 9 eventos: 2 en el grupo EVE (sobre 61 pacientes, 3.3%) y 7 en el grupo AMF (sobre 113 pacientes, 6.2%), diferencias que no alcanzaron significación estadística. La supervivencia libre de evento tras 1, 3 y 5 años de seguimiento fue: 100, 98 y 95.6% en el grupo EVE; y 96.4, 95.4 y 92% en el grupo AMF (P=0.35). Los pacientes del grupo EVE presentaban mayores niveles de colesterol y triglicéridos a los 2 años de seguimiento, y mayor uso de estatinas (76.9 vs 68.4%), sin alcanzar las diferencias significación estadística.

Conclusiones: El uso de everolimus como inmunosupresión de novo se asoció a mayor tasa de dislipidemia y uso de estatinas. No se encontró mayor incidencia de eventos coronarios en el grupo de everolimus. Al excluir los trasplantes de donante vivo y pacientes con menos de 3 meses de seguimiento, para descartar eventos en relación con coronariopatía previa, se encontraron diferencias clínicas favorables al grupo everolimus, aunque no fueron estadísticamente significativas.

662 EVEROLIMUS DE NOVO Y RIESGO CARDIOVASCULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

D. SIERRA CASTRO¹, M. BLANCO PARDO¹, C. RODRÍGUEZ MAGARIÑOS¹, C. SALETA COBOS¹, E. SÁNCHEZ BOTANA¹, SD. ERRÁEZ GUERRERO¹, M. CAO VILARIÑO¹, M. CALVO RODRÍGUEZ¹, S. CILLERO REGO¹, C. FERNÁNDEZ RIVERA¹

¹NEFROLOGÍA. CHUAC (A CORUÑA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte en receptores de trasplante renal. La inmunosupresión contribuye a la supervivencia, pero puede aumentar el riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es comparar la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes trasplantados según reciban everolimus o derivados de ácido micofenólico de novo.

Material y métodos: Se estudiaron 285 receptores de trasplante renal entre 2015 y 2022, diferenciando el grupo tratado con everolimus de novo (grupo EVE) o derivados del ácido micofenólico (grupo AMF). También se estudiaron por separado los eventos en pacientes receptores de trasplante de donante fallecido. Se catalogaron como eventos cardiovasculares tanto los eventos específicamente coronarios, como las valvulopatías o arritmias cardíacas de novo, enfermedad tromboembólica venosa y eventos cerebrovasculares.

Resultados: Analizamos 108 pacientes en grupo EVE y 177 en grupo AMF, con seguimiento de 56.42 ± 28.02 meses. Se registraron 46 eventos cardiovasculares: 15 eventos en el grupo EVE (14.1%) y 31 (17.5%) en el grupo AMF. Excluyendo los trasplantes de donante vivo se registraron 34 eventos en 181 pacientes: 9 en el grupo EVE (sobre 62 pacientes, 26.5%) y 25 en el grupo AMF (sobre 119 pacientes, 21%), diferencias que no alcanzaron significación estadística. La supervivencia libre de evento a los 1, 3 y 5 años de seguimiento fue: 90.4, 86.8 y 84.1% en el grupo EVE; y 92.5, 90.3 y 89% en el grupo AMF (P=0.49). Los pacientes del grupo EVE presentaban mayores niveles de colesterol y triglicéridos a los 2 años de seguimiento, y mayor uso de estatinas (76.9 vs 68.4%), sin alcanzar las diferencias significación estadística.

Conclusiones: El uso de everolimus como inmunosupresión de novo se asoció a mayor tasa de dislipidemia y uso de estatinas. Se encontró menor incidencia de eventos cardiovasculares en el grupo de everolimus (14.1 vs 17.5%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Al excluir los trasplantes de donante vivo, para reducir el riesgo de eventos en relación con enfermedad previa, se encontraron diferencias favorables al grupo que no se trató con everolimus, sin alcanzar tampoco significación estadística.

663 DESARROLLO DE DIABETES POST-TRASPLANTE EN FUNCIÓN DEL PERFIL DE INMUNOSUPRESIÓN. LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

CM. MEDRANO VILLARROYA¹, DA. DALADRÉN GONZALVO¹, PM. MORA LÓPEZ¹, VV. VILLA AYALA¹, DB. BELTRÁN MALLÉN¹, LL. LÓPEZ ROYO¹, AG. GUTIÉRREZ DALMAU¹, EP. PARRA MONCASI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Introducción y objetivos: El desarrollo de diabetes mellitus en los pacientes tras someterse a un trasplante renal, es una cuestión relevante y que puede ensombrecer su evolución. Los estudios avalan el efecto de los fármacos inmunosupresores utilizados en la prevención del rechazo en el desarrollo de esta patología. En nuestro estudio pretendemos concretar la influencia del tipo de inmunosupresión de inducción y de mantenimiento con la aparición de diabetes en la evolución post-trasplante.

Material y método: Estudio de cohortes histórico retrospectivo, en el que se recogen pacientes sometidos a trasplante renal en el período entre 1 enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 en el Hosp. Miguel Servet. Seguimiento de los pacientes durante 12 meses. Se analiza el desarrollo de diabetes mellitus en función del tipo de inmunosupresión utilizada en la inducción y en el mantenimiento, así como su relación con las dosis de corticoide utilizadas.

Resultados: Se incluyen 197 pacientes. Hubo un mayor porcentaje de pacientes con desarrollo de diabetes en la inducción con baxilisimab versus timoglobulina, sin ser un resultado estadísticamente significativo. No hubo diferencias significativas en cuanto al uso de tacrolimus y micofenolato frente al uso de tacrolimus con inhibidor de mTOR. Las dosis mayores de prednisona sí presentaron mayor porcentaje de desarrollo de diabetes, pero sin significancia estadística.

Conclusiones: En nuestra muestra, no encontramos diferencias significativas en cuanto al uso concreto de un tipo de inmunosupresión de inducción y mantenimiento y el desarrollo de diabetes, sin embargo hay una tendencia de mayor riesgo en la inducción con baxilisimab. El mantenimiento de dosis de prednisona más elevadas también parecen conceder un mayor riesgo de diabetes en el post-trasplante.