

## 664 LA PÉRDIDA DE PESO PREDONACIÓN POSPONE LA DONACIÓN RENAL DE VIVO SIN LOGRAR EL MANTENIMIENTO DE PESO OBJETIVO A LARGO PLAZO

A. RIDDELL<sup>1</sup>, P. VENTURA-AGUIAR<sup>2</sup>, A. TORRICO<sup>2</sup>, A. GONZÁLEZ<sup>2</sup>, D. CUCCHIARI<sup>1</sup>, JM. CAMPISTOL<sup>2</sup>, F. OPPENHEIMER<sup>2</sup>, F. DIEKMANN<sup>2</sup>, I. REVUELTA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY, DERRIFORD HOSPITAL, UNIVERSITY HOSPITALS PLYMOUTH (PLYMOUTH/UK); <sup>2</sup>SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA)

**Introducción:** El impacto del peso sobre la donación es conocido, y se plantea la pérdida de peso previa para reducir el riesgo quirúrgico y disminuir las complicaciones a largo plazo por hipertrofia glomerular secundaria a la reducción de la masa renal. El objetivo es analizar a largo plazo el impacto del IMC y la reducción del peso antes de la nefrectomía

**Material y método:** Análisis retrospectivo, unicéntrico de todos los donantes con más de 10 años de seguimiento esperado (2005 a 2013). Se excluyeron del análisis aquellos con un seguimiento inferior a 24 meses. La disminución de 2 kg/m<sup>2</sup> en el IMC previa a la donación es el punto de corte para evaluar la estrategia. Comité de Ética local aprobó el estudio.

**Resultados:** De 410, entraron en el estudio 322 donantes (34% hombres, edad 46±20 años, creatinina sérica 0,82±0,15mg/dL, eGFR CKD EPI 92±24ml/min/1,73m<sup>2</sup>, mediana de tiempo hasta la donación 3,6 meses [IQR 2,0-6,8]) con seguimiento medio de 9,82±4,04 años [IQR 0,4 - 17,49]. El IMC medio de la primera visita fue de 26,6±4,3 Kg/m<sup>2</sup>, presentando 48 pacientes (14,9%) un IMC > 30 (32,9±3,3 vs 25,2±2,9, p=0,00). De media, los pacientes con IMC >30 perdieron significativamente más peso antes de la donación (Δkg de peso: 1,4 [0,2 - 6,4] vs 0,5Kg [0,-1,0]; ΔIMC kg/m<sup>2</sup>: 0,5 [0,-1,2,4] vs 0,2 [0,0,-0,3], p<0,01) con mayor proteinuria los de IMC > 30 (108±47 vs 94±41, p=0,06) No se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a edad, sexo, mediana de tiempo hasta la donación, creatinina sérica o eGFR. 17 vs 31 perdieron más del 2Kg/m<sup>2</sup> del IMC, siendo de mayor edad (58±10 vs 52±11 años, p<0,05), predominantemente mujeres (80%), con mayor IMC (34,3±4,7 vs 26,0±3 < 6 kg/m<sup>2</sup>, p < 0,05) y más proteinuria en la primera evaluación (120 ± 63 vs 94 ± 40 mg/día, p < 0,05). La mediana de pérdida de peso antes de la donación fue de 7,2 kg [IQR 6,0-15,3], con un período significativamente mayor desde la primera visita hasta la donación (9,7 [6,0-16,6] meses vs 3,7 [2,0-7,5], p < 0,01). En el seguimiento, la ganancia de peso de estos pacientes fue significativamente mayor desde el mes 6 (p<0,005), hasta los 3 años (p<0,001), habiendo recuperado más del 66% del peso a partir del 3er año. No se encontraron diferencias en cuanto a eGFR, proteinuria o microalbuminuria.

**Conclusiones:** La estrategia de pérdida de peso para la donación renal no es efectiva a largo plazo. Es necesario implementar programas eficientes para prevenir la recuperación de peso en el período posterior a la donación para prevenir complicaciones a largo plazo.

## 665 INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL FILTRADO GLOMERULAR Y MORBIMORTALIDAD TRAS LA DONACIÓN RENAL DE VIVO

P. FRAILE GÓMEZ<sup>1</sup>, N. DUARTE DUARTE<sup>1</sup>, G. DELGADO LAPEIRA<sup>1</sup>, A. FALCONI<sup>1</sup>, A. NOYA<sup>1</sup>, A. TYSZ-KIEWICZ<sup>1</sup>, G. TABERNERO<sup>1</sup>, F. GÓMEZ LORENZO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMNACA (ESPAÑA)); <sup>2</sup>UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMNACA (ESPAÑA))

**Introducción:** Los donantes renales de vivo requieren una evaluación clínica exhaustiva, que descarte la existencia de patología que contraindique la donación con objeto de obtener un óptimo resultado en el trasplante, así como de garantizar su seguridad y prevenir las comorbilidades. La probabilidad de desarrollar enfermedad renal crónica tras la donación se relaciona directamente con la presencia de diversos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El objetivo de este estudio es analizar la evolución de los factores de riesgo cardiovascular tras la donación renal y su influencia en la morbilidad.

**Pacientes y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el que se incluyeron todos los donantes renales de vivo intervenidos y seguidos en el C.A.U.S.A entre 2011 y enero del 2023. Se analizó el IMC, sexo, presión arterial media, glucosa basal y HbA1c, valores de triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL, ácido urico y hábito tabáquico basal y tras la nefrectomía (2<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> y 10<sup>o</sup> año), y su influencia sobre el filtrado glomerular (FG). Se usaron los análisis de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, U de Mann Whitney, T student, Wilcoxon y Chi Cuadrado según el tipo de variable a estudiar. Se consideró significación estadística si p ≤ 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 91 donantes renales con edad media 51,99±10,75 años, el 63% eran mujeres. El 39,6% de los donantes tenían sobrepeso y el 12,5% obesidad grado I previo a la nefrectomía. (Tabla 1). El FG medio fue (CKD-EPI) 91,97 ± 14,61 ml/min/1.73m<sup>2</sup> con un 62% de la función renal al mes y del 67% a los 10 años. Ni tener IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>, HTA, dislipemia, ser fumador, hiperuricemia o antecedentes litiasis empeoró FG significativamente (p>0,05). Se produjo un incremento significativo de la proteinuria tras la nefrectomía pero <200 mg/día. La mortalidad fue del 0%, y el 84,26% no presentaron ningún tipo de complicación, siendo la más prevalente, la infección, que afectó al 12,34% de los donantes.

### Conclusiones:

- Debemos garantizar la seguridad y supervivencia, a largo plazo, de nuestros donantes, retransando, si es necesario, el proceso de donación hasta conseguir el normopeso y control de otros FRCV previo a la nefrectomía.
- A diferencia de lo publicado, no hemos demostrado la influencia de la obesidad, HTA, hiperuricemia, tabaquismo, antecedentes de litiasis, dislipemia o el sexo en la evolución del FG. Es preciso prolongar el periodo de seguimiento de nuestros donantes para confirmar o no la repercusión que estos FRCV tienen sobre el FG, y proteinuria, y por ende en la morbilidad futura.

[Ver tabla 1](#)

## 666 TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: RIESGOS Y PERSPECTIVAS

M. FERREIRA<sup>1</sup>, S. JIMÉNEZ<sup>1</sup>, S. ELIAS<sup>1</sup>, G. F. CONDE<sup>1</sup>, M. PIRIS<sup>1</sup>, M. FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, C. GALEANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** El número de receptores en lista de espera para trasplante renal está aumentando en los últimos años. Varios estudios demuestran una mejor supervivencia y calidad de vida con el trasplante en comparación con la permanencia en diálisis, incluso en receptores mayores de 70 u 80 años. Sin embargo, es importante realizar una evaluación clínica cuidadosa, dada la mayor fragilidad y el riesgo aumentado en esta población de eventos cardiovasculares, infecciones o tumores, pudiendo verse incrementada la mortalidad, fundamentalmente en el primer año posttrasplante.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de los trasplantes renales realizados en receptores mayores de 80 años, en los últimos 10 años en nuestro centro. Se analizan factores de riesgo cardiovascular presentes antes del trasplante, así como variables relacionadas con el propio trasplante, tales como tratamiento de inducción e inmunosupresor recibido, tiempo de isquemia fría o edad del donante. Además, se describe la evolución posterior de la función renal, la presencia de infecciones, rechazo o tumores, así como la supervivencia del injerto y el paciente.

**Resultados:** Se han analizado un total de 8 pacientes, 7 de ellos son varones. La edad media en el momento del trasplante es de 81,73 años. 7 pacientes presentan hipertensión arterial, 3 diabetes mellitus y 2 de ellos cardiopatía isquémica revascularizada. Todos reciben un injerto renal de donante cadáver en muerte encefálica y son de bajo riesgo inmunológico, con basiliximab como tratamiento de inducción. El tratamiento inmunosupresor de mantenimiento más empleado ha sido la triple terapia estándar con tacrolimus, micofenolato y prednisona en 7 pacientes. El tiempo de isquemia fría medio fue de 18,71 horas. En nuestra serie, no se han presentado complicaciones perioperatorias, con un 100% de injertos funcionantes al alta, y una creatinina media de 2,29 mg/dl. Ninguno de los pacientes ha precisado inicio de diálisis hasta la fecha. Han fallecido un total de 5 pacientes, todos con injerto funcionante, con un tiempo medio de supervivencia desde el trasplante de 31,2 meses. Ninguno ha presentado rechazo, o infección por CMV o VBK.

**Conclusiones:** A pesar de que la edad, en sí misma, no se considera una contraindicación para el trasplante renal, es importante realizar una cuidadosa selección de los candidatos. Serían deseables scores de riesgo que pudieran predecir la mortalidad perioperatoria y precoz tras el trasplante, con el fin de optimizar el manejo en una población en la que ya se asume una mortalidad aumentada.

## 667 DONACIÓN RENAL DE VIVO EN MAYORES DE 60 AÑOS, ¿PONE EN PELIGRO SU SALUD?

P. FRAILE GÓMEZ<sup>1</sup>, N. DUARTE DUARTE<sup>1</sup>, A. MARTIN PARADA<sup>1</sup>, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN<sup>1</sup>, C. FONSECA DA SILVA<sup>1</sup>, A. LIZARAZO<sup>1</sup>, E. VILLANUEVA<sup>1</sup>, G. TABERNERO<sup>1</sup>, F. LORENZO GÓMEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMNACA (ESPAÑA)); <sup>2</sup>UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMNACA (ESPAÑA))

**Introducción:** Los donantes renales de vivo mayores de 60 años presentan mayor riesgo perioperatorio, y menor compensación del filtrado glomerular (FG) tras la donación. A pesar de que tanto los injertos como los receptores de riñones añosos podrían tener una supervivencia reducida, siguen brindándonos mejores resultados que los trasplantes de donantes fallecidos. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la evolución de los donantes renales de vivo ≥60 años tras la nefrectomía laparoscópica, y comparar su evolución con la de los menores de 60 años.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el que se incluyeron todos los donantes renales de vivo intervenidos y seguidos en el Hospital Universitario de Salamanca entre 2011 y enero del 2023. Se analizaron características basales de los donantes, evolución de las mismas e influencia sobre la morbilidad segmentando por grupos de edad (<vs≥60 años). Se usaron los análisis de Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, U de Mann Whitney, T student, Wilcoxon y Chi Cuadrado según el tipo de variable a estudiar. Se consideró significación estadística si p ≤ 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 26 donantes renales de vivo ≥60, edad 64,61±3,93 años, 65% mujeres. La caída del FG al mes de la nefrectomía fue de 57,42% y a los 10 años del 72.2% vs 63,81% al mes y 63,87% 10 años en <60 años (p>0,05)(Tabla 1). No se encontraron diferencias significativas entre los valores de IMC, prevalencia de HTA, PAM, colesterol total, HDL, LDL, TG y ácido úrico entre < y ≥60 años. Los ≥60 años sufrieron un incremento en las glucemias, HbA1c, dislipemia e HTA, tanto previa como en el seguimiento al mes, 1<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> año de forma significativa. La mortalidad perioperatoria y en el seguimiento fue del 0% en todos los grupos sin diferencia en la morbilidad.

**Conclusiones:** El FG medio de los donantes ≥60 años tras la nefrectomía fue inferior al referenciado porque nuestros donantes eran de más edad con FG medio previo menor. La compensación renal fue más lenta y persistió hasta los 10 años de seguimiento. Si establecemos como diagnóstico de ERC en >65 años un FG <45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, ningún paciente >65 años pudo catalogarse de ERC, de acuerdo al descenso del FG en el seguimiento, pero sí por la proteinuria que fue más prevalente en ≥60 años, donde ya existe hiperfiltración glomerular basal. A pesar de que en ≥60 años existió un incremento en las glucemias, HbA1c, dislipemia e HTA no se tradujo en un incremento de la morbilidad. Es necesario ser más estrictos en su control para reducir la posible mayor morbilidad futura de nuestros donantes ≥60 años, no constatada por el corto periodo de seguimiento.

**668** TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO, UN PROCEDIMIENTO SEGURO PARA NUESTROS "HEROES"P. FRAILE GÓMEZ<sup>1</sup>, N. DUARTE DUARTE<sup>1</sup>, A. MARTIN PARADA<sup>2</sup>, C. RODRIGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, K. RIVERO GARCÍA<sup>1</sup>, LA. CORREA MARCANO<sup>1</sup>, G. TABERNERO<sup>1</sup>, F. LORENZO GÓMEZ<sup>2</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA));<sup>2</sup>UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA))

**Introducción:** El trasplante renal de donante vivo incrementa la supervivencia tanto del receptor como del injerto respecto al trasplante de cadáver. Es primordial una correcta selección del donante que garantice un óptimo resultado del trasplante, así como su seguridad y prevención de comorbilidades a corto y largo plazo tras la nefrectomía, realizando un seguimiento estricto de los mismos. El objetivo de este estudio es analizar la población de donantes renales de vivo de nuestro centro hospitalario y analizar la influencia que las características basales de los donantes tienen sobre la función renal, morbi-mortalidad de los mismos tras la nefrectomía.

**Pacientes y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el que se incluyeron todos los donantes renales de vivo intervenidos y seguidos en el Hospital Universitario de Salamanca entre 2011 y enero del 2023. Se analizaron sus características basales, evolución de las mismas (1º mes, 1º año, 2º año, 5º año, 7º año y 10º año) e influencia sobre la morbimortalidad. Se usaron los análisis de Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, U de Mann-Whitney, T student, Wilcoxon y Chi Cuadrado según el tipo de variable a estudiar. Se consideró significación estadística si  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 91 donantes, 63% mujeres con edad media de  $51,99 \pm 10,752$  años. El 52,1% tenían sobrepeso u obesidad, 9,9% HTA, 22% dislipemia, 3,4% tenían hiperuricemia, 13,2% antecedentes de litiasis, y el 25,3% eran fumadores prenefrectomía. La mortalidad fue 0% y el 84,26% no presentaron ninguna complicación. El filtrado glomerular (FG) (CDK-EPI) cayó de  $91,97 \pm 57,07$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> al mes de la nefrectomía, con una compensación renal del 67,44% a los 5 años. La proteinuria se incrementó al primer mes, y al 2º año ( $p < 0,05$ ). Tras la nefrectomía aumentó el IMC, presión arterial media, HbA1c, ácido úrico, colesterol total, LDL y triglicéridos ( $p \leq 0,05$ ).

**Conclusiones:** La media del FG de los donantes en nuestro estudio, así como su compensación tras la nefrectomía fue inferior y más lenta a las cifras reflejadas en la literatura, debido a la avanzada edad media de nuestros donantes. Sin embargo, un ínfimo porcentaje de nuestros donantes presentaron ERC estadio 3A inicial con FG ligeramente disminuido. Aunque la proteinuria aumentó de forma significativa fue  $< 200$  mg/día y muy inferior a los resultados publicados por la ONT. El aumento de la prevalencia de obesidad, dislipemia e hiperuricemia postdonación y el empeoramiento en las cifras de HbA1c y presión arterial media hace necesario un control estricto de los donantes con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedad cardiovascular, ERC e incremento de morbimortalidad futura. En nuestra experiencia, la donación renal es un proceso seguro con escasa morbimortalidad, en el seguimiento realizado a 10 años.

**669** IMPACTO DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA Y DE LA EXTRACCIÓN CON PERFUSIÓN NORMATÉRMICA CON OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN EL TRASPLANTE RENALA. BARRERA HERRERA<sup>1</sup>, A. CHANDU NANWANI<sup>1</sup>, J. GARCÍA GARCÍA<sup>1</sup>, N. DÍAZ NOVO<sup>1</sup>, A. RAMÍREZ PUGA<sup>1</sup>, R. SANTANA ESTUPIÑÁN<sup>2</sup>, A. SANTANA QUINTANA<sup>2</sup>, R. GUERRA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, I. AUYANET<sup>1</sup>, C. GARCÍA CANTÓN<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA);<sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

**Introducción:** Cada vez está más extendida la donación en asistolia en el trasplante renal de donante cadáver (TRDC), planteando algunos estudios el uso de perfusión normotérmica con oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) como método para mejorar los resultados de la misma.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de TRDC realizados en nuestro centro entre los años 2014 y 2022, impacto de la donación en asistolia y de la extracción con ECMO.

**Resultados:** 541 TRDC. 75,6% donación en muerte encefálica (ME) y 24,4% en asistolia tipo III Maastricht. No diferencias entre ambos grupos en características basales de receptores ( $55 \pm 11$  años, 66,5% varones, 32,7% diabetes pre-trasplante, 73,9% hemodiálisis, 10,4% trasplante) ni donantes ( $55 \pm 13$  años, creatinina  $0,8 \pm 0,43$  mg/dl). Encontramos diferencias en cuanto al tiempo de isquemia fría (TIF), menor en asistolia vs ME ( $9,8 \pm 6,64$  vs  $14,5 \pm 6,92$  horas,  $p = 0,000$ ), mayor uso de timoglobulina en asistolia vs ME ( $93,1\%$  vs  $32,7\%$ ,  $p = 0,000$ ) y menos donantes con criterios expandidos en donación en asistolia vs ME ( $53,8\%$  vs  $66,3\%$ ,  $p = 0,010$ ). No hubo diferencias en función renal retrasada ( $p = 0,627$ ), rechazo agudo ( $p = 0,401$ ), disfunción primaria del injerto ( $p = 0,851$ ) ni días de hospitalización ( $p = 0,947$ ). El análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier no mostró diferencias en supervivencia del injerto ni del paciente, tampoco el análisis multivariante mediante modelo de riesgos proporcionales de Cox, ajustando para otras variables explicativas. Dentro de la donación en asistolia ( $n = 132$ ), 49,2% fue extracción con ECMO. No hubo diferencias en características basales de receptores ni donantes en la asistolia con ultrarrápida vs ECMO. Tampoco en TIF ( $p = 0,315$ ), inducción ( $p = 0,424$ ) o disfunción primaria del injerto ( $p = 0,439$ ). En la extracción ultrarrápida, encontramos mayor tiempo de isquemia caliente funcional ( $p = 0,005$ ) y total ( $p = 0,024$ ), más función renal retrasada ( $43,1\%$  vs  $24,6\%$ ,  $p = 0,029$ ), rechazo agudo ( $23,1\%$  vs  $9,7\%$ ,  $p = 0,042$ ), días de hospitalización ( $17 \pm 11$  vs  $14 \pm 8$ ,  $p = 0,042$ ) y creatinina al alta ( $2,5 \pm 1$  mg/dl vs  $2,1 \pm 0,8$  mg/dl,  $p = 0,046$ ). No se encontraron diferencias en supervivencia del injerto ni del paciente.

**Conclusiones:** Los resultados de los trasplantes realizados en asistolia son comparables a los de muerte encefálica en términos de supervivencia del paciente e injerto. La asistolia con ECMO frente a extracción ultrarrápida ofrece mejores resultados, con menos función renal retrasada y rechazo agudo, sin diferencias en la supervivencia.

**670** ¿PUEDE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALPORT RECIBIR UN TRASPLANTE RENAL VIVO EMPARENTADO CON LA MISMA AFECCIÓN GENÉTICA? SERIE DE CASOSC. NOVILLO SARMIENTO<sup>1</sup>, C. RABASCO RUIZ<sup>1</sup>, M. AGÜERA MORALES<sup>1</sup>, A. TORRALBA DUQUE<sup>1</sup>, S. SORIANO CABRERA<sup>1</sup>, A. RODRIGUEZ BENOT<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA/ESPAÑA)

**Introducción:** La enfermedad de Alport es una enfermedad rara de origen genético causada por mutaciones en genes responsables de la síntesis de proteínas de la membrana basal glomerular, cuya herencia puede ser autosómica dominante, recesiva o estar ligada al cromosoma X. En muchos casos su evolución conlleva el desarrollo de ERC terminal. En estos casos el trasplante renal es la mejor opción terapéutica. Sin embargo, entre los potenciales donantes vivos de riñón suelen encontrarse los familiares genéticamente relacionados, lo que en ocasiones conlleva que pueden compartir la alteración genética responsable de la enfermedad con el futuro receptor. Esto nos hace plantearnos la idoneidad de la donación renal por parte de un familiar vivo emparentado.

**Materiales y métodos:** Se analizó una base de datos con 36 trasplantados renales por enfermedad de Alport. De todos ellos, 6 recibieron trasplante de donantes vivos emparentados y 2 compartían mutaciones con el receptor. En este trabajo describimos la mutación responsable, su herencia y la evolución de dichos pacientes desde la fecha del trasplante hasta la actualidad.

**Resultados:** Un primer paciente fue diagnosticado de enfermedad de Alport en el año 2014 por medio de la mutación c.3791-88A>G en el gen COL4A5, cuya herencia está ligada al X. En el año 2021 recibió un injerto renal procedente de su hermana, portadora de la misma mutación y asintomática. La evolución de la función renal continúa siendo favorable, con niveles estables de Cr en 1,5 mg/dl y sin datos de recidiva de enfermedad ni otras complicaciones atribuibles al trasplante renal en la enfermedad de Alport. El segundo paciente, diagnosticado y trasplantado en el año 2015, presenta una mutación c.646-5\_646-4delTC en el gen COL4A5, de herencia también ligada al cromosoma X. La donante en este caso fue su madre, portadora de la misma mutación y asintomática. La evolución renal ha sido satisfactoria, con niveles de Cr de 1,55 mg/dl desde el trasplante y sin datos de recidiva del síndrome de Alport ni otras complicaciones secundarias al mismo.

**Conclusión:** En este trabajo ponemos de manifiesto la ausencia de complicaciones relacionadas con el trasplante en el síndrome de Alport y de recidiva de la enfermedad en pacientes que reciben trasplante renal de un donante vivo emparentado asintomático y que comparte mutación genética con herencia ligada al X. Es necesario analizar una muestra mayor para conocer el pronóstico y garantizar la seguridad del trasplante renal en pacientes que no disponen de otras alternativas.