

440 UNA ALTA VARIABILIDAD INTRA-PACIENTE EN LOS NIVELES VALLE DE TACROLIMUS AUMENTA EL RIESGO DE PÉRDIDA DEL INJERTO RENAL

E. RODRIGO¹, D. SAN SEGUNDO², J.C. RUIZ¹, M. LÓPEZ HOYOS³, A. BENITO¹, MA. DE COS³, M. SE-RRANO¹, Z. ALBINES¹, M. ARIAS¹
¹NEFROLOGÍA. H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), ²INMUNOLOGÍA. H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), ³FARMACOLOGÍA. H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La tasa de pérdida del injerto renal tras el primer año ha mejorado solo levemente en las últimas décadas. Los avances en el tratamiento inmunosupresor han contribuido a la mejoría observada a corto plazo. Un mejor manejo de los fármacos inmunosupresores podría incrementar la supervivencia del injerto a largo plazo. Varios estudios previos han relacionado una elevada variabilidad en los niveles de Tacrolimus con un mayor riesgo de rechazo agudo y de pérdida del injerto renal. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre la variabilidad intra-paciente en los niveles valle de Tacrolimus y la pérdida del injerto censurando muerte y la función renal al año postrasplante.

Material y métodos: El estudio incluyó 252 trasplantados renales realizados en nuestro centro entre 1997 y 2009, con una duración mayor de un año y tratados con Tacrolimus dos veces a día a lo largo de todo el año. Los datos clínicos se recogieron en una base de datos de forma prospectiva. El coeficiente de variación (CV) se definió como el cociente entre la desviación estándar y la media de todas las concentraciones de Tacrolimus extraídas entre el mes 3 y 12 postrasplante en pacientes no ingresados.

Resultados: El seguimiento medio fue 6.0 ± 3.2 años. El CV medio fue $28.2 \pm 16.8\%$. 84 (33.3%) pacientes tenían CV $\geq 30\%$. Los trasplantados renales con CV $\geq 30\%$ tuvieron peor supervivencia del injerto (supervivencia a 5 años 92.9% vs. 75.9%, log-rank $p = 0.003$). CV $\geq 30\%$ fue un factor de riesgo independiente de pérdida del injerto (HR 2.13, 95%CI 1.16-3.91, $p = 0.015$) tras ajustar por función renal, edad del receptor, rechazo agudo durante el primer año y porcentaje máximo de anticuerpos antipanel de HLA. Los pacientes con CV $\geq 30\%$ tenían peor creatinina al primer año (1.71 ± 0.69 mg/dl vs. 1.49 ± 0.46 mg/dl, $p = 0.008$) que aquellos con menor variabilidad.

Conclusiones: Los receptores de trasplante renal con alta variabilidad en los niveles valle de Tacrolimus entre los meses 3 y 12 postrasplante tienen peor evolución a largo plazo y peor función renal al primer año. La variabilidad durante el primer año en los niveles de Tacrolimus es un factor de riesgo independiente de pérdida del injerto. El CV puede calcularse con facilidad para medir la variabilidad en los niveles de fármacos inmunosupresores y debería añadirse en la monitorización habitual de los receptores de trasplante renal para mejorar su evolución.

441 EL RIESGO PROPORCIONAL DE MUERTE ES DOS VECES MENOR RECIBIENDO UN TRASPLANTE DE RIÑÓN DE MÁS DE 75 AÑOS QUE PERMANECIENDO EN DIÁLISIS

M. PÉREZ SÁEZ¹, E. ARCOS², J. COMAS², M. CRESPO¹, J. LLOVERAS¹, J. PASCUAL¹
¹NEFROLOGÍA. H. DEL MAR (BARCELONA), ²REGISTRE MALALTS RENALS CATALUNYA (BARCELONA)

Introducción: Más de la mitad de los donantes válidos en Catalunya tienen más de 60 años. Aunque la supervivencia del injerto procedente de un donante fallecido con criterio expandido es inferior a la que se obtiene con un riñón estándar, la supervivencia del paciente es mayor que si éste permanece en diálisis. El objetivo de este estudio fue analizar si esto se cumplía también con riñones de donantes de edad muy avanzada (>75 años).

Material y métodos: Estudio retrospectivo con datos del Registre de Malalts Renals de Catalunya (RMRC) de 1990 a 2013. Pacientes con 1er TR de donante fallecido. Muestra de 5.974 pacientes/trasplantes, 415 (6.9%) con riñones de donante de >75 años. Se analizaron características del donante, receptor y TR, análisis de supervivencia y modelos multivariados. Además, se realizó un estudio comparativo entre diálisis y trasplante renal con donante >75 años mediante un análisis apareado macheando cada caso (TR) por variables de ajuste para cada control (permanecer en diálisis en lista de espera) obteniendo una muestra de 368 parejas. La mediana de seguimiento fue de $3,2 [1,38-6,44]$ años.

Resultados: El 92.8% de los riñones de donantes >75 años se pusieron en receptores >60 años. La supervivencia del paciente fue peor con riñones > 75 años que con riñones <75 (81.4% vs 71.6%, 5 años). Sin embargo, en el análisis multivariante, la edad del donante no fue un factor determinante para la supervivencia del paciente. La supervivencia del injerto fue significativamente peor con un riñón >75 años tanto sin censurar (75.5% vs 56.8%, 5 años) como censurando por muerte del paciente (83.8% vs 75.1%, 5 años). En ambas, la edad del donante fue determinante de pérdida del injerto (HR 1.2 y 1.57, respectivamente). El análisis por parejas (TR vs Diálisis) mostró una mejor supervivencia global de los TR con riñones >75 años (HR 1.86 [1.45-2.38]), con un mayor peso entre los receptores <60 años (HR 3.2) perdiendo significación entre los receptores >70 años.

Conclusiones: Los TR con riñones de donantes >75 años presentan una buena supervivencia actuarial del injerto (muerte censurada), del 66% a 10 años. Permanecer en diálisis se asocia a doble riesgo de fallecer que trasplantarse con un riñón de donante mayor de 75 años. Sin embargo, este beneficio pierde significación en receptores mayores de 70 años, y por lo tanto esta población vulnerable debe estudiarse con mayor extensión.

442 LA UTILIZACIÓN DE DONANTES MAYORES DE 80 AÑOS NO AFECTA A LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL A MEDIO PLAZO

C. GALEANO¹, A. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ², S. ELÍAS¹, S. JIMÉNEZ ALVARO¹, M. DÍAZ DOMÍNGUEZ¹, F. LIAÑO¹, R. MARCÉN¹, J. BURGOS¹, C. QUEREDA¹
¹NEFROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID), ²UROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento renal sustitutivo. Una de sus principales limitaciones es la escasez de órganos. En este estudio analizamos los resultados en trasplantes renales realizados con órganos procedentes con órganos de mayores de 80 años.

Métodos: Estudiamos a 314 trasplantados entre enero de 2010 y diciembre de 2014, 291 de donante cadáver y 288 de éstos, primeros trasplantes con mediana de seguimiento de 900 días. El criterio histológico fundamental para la aceptación de órganos fue glomeruloesclerosis <20%. Los pacientes fueron clasificados por la edad del donante en tres grupos: injertos menores de 65 años (<65) (n=119, 41,2%); entre 65 y 80 (65-80) (n=117, 40,5%) y mayores de 80 años (>80) (n=53, 18,3%). Analizamos la creatinina plasmática al mes y al año postrasplante, Isquemia fría, incompatibilidades HLA, NTA, rechazo agudo y la supervivencia del paciente y el injerto.

Resultados: La media de edad del receptor fue superior en los pacientes que recibieron injertos de donantes mayores. La isquemia fría fue inferior en los pacientes <65 años ($p=0,048$).

No hubo diferencias en cuanto a NTA (23,9% en <65; 25,9% de 65-80 y 7,8% en >80. $p=0,8$) ni rechazo agudo al mes (12,1% global; 14,5% en <65; 11,6% 65-80 y 7,8% en >80. $p=0,46$).

No hubo diferencias en la creatinina al mes aunque sí se detectaron diferencias en la creatinina al año, siendo inferior en el grupo <65 ($1,58 \pm 0,83$ en <65; $1,89 \pm 0,70$ de 65-80 y $1,76 \pm 0,67$ en >80. $p=0,043$).

La supervivencia del paciente al año y a los 2 años fue del 97% y 95,7% sin que se encontraran diferencias estadísticas significativas en los tres grupos analizados. La supervivencia del injerto fue del 90,1% y 86% al año y 2 años (91,3% y 88,9% en <65; 89,7% y 84,9% en 65-80 y 87,9 y 81,5% en >80. $P=0,25$). La causa más frecuente de pérdida del injerto en >80 fue exitus con injerto funcionante.

En el análisis multivariante de supervivencia a los 2 años, que incluyó edad de donante y receptor, tiempo de isquemia fría, creatinina al mes, necrosis tubular aguda y rechazo agudo al mes; la única variable que se asoció a una peor supervivencia fue al Cr al mes, con un riesgo relativo del 45% [IC], (1,04-2,04).

Conclusiones: En nuestro estudio el 18% de los donantes fueron mayores de 80 años y los resultados en cuanto a función renal y supervivencia son comparables a los que recibieron injerto de menor edad.

443 SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL SEGÚN LA CATEGORÍA DE BANFF EN BIOPSIA POR INDICACIÓN

C. ARIAS CABRALES¹, D. REDONDO¹, M. PÉREZ SÁEZ¹, J. GIMENO², I. SÁNCHEZ GUERRI², M. CRESPO¹, S. BERMEJO¹, A. SIERRA¹, C. BURBALLA¹, J. PASCUAL¹
¹NEFROLOGÍA. H. DEL MAR (BARCELONA), ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. H. DEL MAR (BARCELONA)

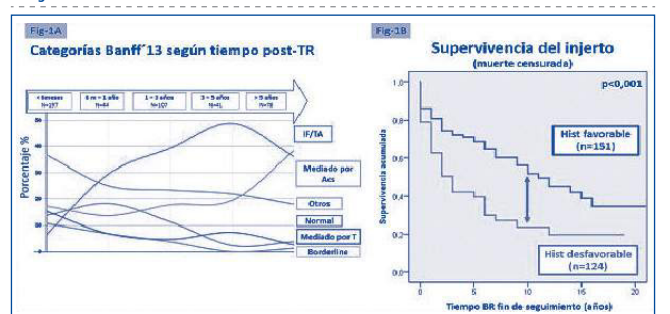
Introducción: Aunque el impacto del rechazo agudo (RA) demostrado por biopsia renal (BR) en la supervivencia del injerto renal es bien conocido, existen otras entidades cuyo pronóstico es incierto. Hemos evaluado las categorías histopatológicas más frecuentes según la clasificación Banff-13 en una cohorte de receptores de trasplante renal (TR) y su impacto en la supervivencia del injerto.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 495 BR de TR (por indicación) en 352 pacientes 1990-2014. Dos observadores revisaron los diagnósticos histológicos, reclasificando según Banff-2013. 40 BR con informe diagnóstico confuso fueron reevaluadas por el patólogo.

Resultados: De las 495 BR, 28 (5.7%) resultaron no diagnósticas. De 467 restantes, 10.3% eran "normales" (categoría-1), 19.6% cambios mediados por anticuerpos (agudos o crónicos, categoría-2), 5.9% "cambios borderline" (categoría-3), 8.7% rechazo mediado por células T (categoría-4), 23.4% fibrosis intersticial/atrofia tubular (IFTA) (categoría-5) y 26.5% compatible con "otros" (categoría-6). A medida que aumenta el tiempo pos-TR, disminuyen las categorías 1,3,4 y aumenta la 5 (figura-1A). Observamos peor supervivencia del injerto en pacientes con categoría 2 (45% a 7.5 años). Agrupando los diagnósticos en "histología favorable" [BR normal, NTA, IFTA leve], e "histología desfavorable" [rechazo crónico mediado por anticuerpos categoría-2 e IFTA moderada-severa], se aprecian diferencias significativas en la supervivencia del injerto tras una mediana de seguimiento de 89 meses (figura-1B).

Conclusiones: La clasificación de Banff-13 permite un diagnóstico histológico en 95% de las BR de trasplante por indicación. Si bien la categoría 6 de Banff (miscelánea) es el diagnóstico más frecuente, se observa una modificación en la histopatología predominante según el tiempo pos-TR. Los cambios mediados por anticuerpos presentan la peor supervivencia del injerto.

Figura.



Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

444 FACTORES DE RIESGO DE INFECCION POR POLIOMAVIRUS BK EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL. IMPACTO EN LA FUNCION RENAL A CORTO PLAZO.

I. PÉREZ FLORES¹, B. RODRÍGUEZ CUBILLO¹, A. MORENO DE LA HIGUERA¹, R. VALERO¹, N. CALVO¹, L. MARTÍN RODRÍGUEZ², M. GARBIRAS³, A. SÁNCHEZ FRUCTUOSO⁴
¹NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Objetivos: 1) Investigar los factores de riesgo de desarrollo de infección por poliovirus (IBK). 2) Evaluar el impacto de la misma en la supervivencia del injerto y la función renal al año. Se incluyeron 1108 pacientes consecutivos que recibieron un trasplante renal en nuestra unidad durante 2001-2014. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad pretrasplante, IC (leucocitos, linfocitos, CD4, CD8 y cociente CD4/CD8), función renal [creatinina, filtrado glomerular (FG) mediante Cockcroft-Gault y proteinuria], dosis y tipo de inmunosupresión a 1, 3, 6 y 12 meses posttrasplante e incidencia de infecciones durante el primer año. La prevalencia de IBK en nuestra unidad ha pasado de un 6 (33/542) a un 10% (54/566) en los últimos años. Aparece a 3.7 (2.7-8.2) meses posttrasplante, con una carga viral de 90000(2000-4450000) copias. Realizamos conversión a imTOR en el 84% de los casos, con negativización sérica en el 90%. Los factores de riesgo relacionados con replicación viral en el análisis univariante fueron: ITU grave [RR=4.19(1.93-9.10), p=0.000], tratamiento con timoglobulina [RR=2.45(1.25-4.78), p=0.007], tiempo en diálisis >2 años [RR=1.45(1.16-1.80), p=0.004], DM pretrasplante [RR=1.77(0.99-3.54), p=0.076], retrasplantes [RR=1.25(0.94-1.29), p=0.109], linfocitos TCD4<200/mcl en 3ºmes [RR=2.02(0.96-3.86), p=0.060], linfocitos TCD8<200/mcl en 3ºmes [RR=2.46(1.09-5.54), p=0.026]. En el análisis multivariable persisten significativos: ITU grave [RR=4.55(1.60-12.95), p=0.004], linfocitos TCD8<200/mcl en 3º mes [RR=2.92(1.01-8.37), p=0.046]. No hubo diferencias en la supervivencia del injerto (92 vs 90%) ni en la función renal al año (FG: 58±16 vs 56±18 ml/min, p=0.419; proteinuria/creat 0.3±0.5 vs 0.2±0.2 mg/mg). La prevalencia de IBK se ha incrementado en los últimos años en la población trasplantada renal, pero con un manejo adecuado de la inmunosupresión y la conversión precoz a imTOR puede no influir negativamente en los resultados. Los principales factores de riesgo de desarrollo de replicación viral activa en nuestra unidad fueron la presencia de infección urinaria con bacteriemia y un recuento de CD8+ <200/mcl.

445 DONACIÓN EN ASISTOLIA: IMPACTO SOBRE LA ACTIVIDAD EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADAVERÍCO (TRC) EN ANDALUCÍA

MA. GENTIL¹, P. CASTRO DE LA NUEZ², M. TORO RAMOS³, C. DE GRACIA GUINDO³, P. RUIZ ESTEBAN⁴, T. GARCÍA ÁLVAREZ⁵, ML. AGÜERA⁶, L. BALLESTERO MACÍAS⁷, A. OSUNA⁸, M. ALONSO GIL²
¹NEFROLOGÍA. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), ²NEFROLOGÍA. COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES, ANDALUCÍA (SEVILLA), ³NEFROLOGÍA. H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), ⁴NEFROLOGÍA. H.U. REGIONAL (MÁLAGA), ⁵NEFROLOGÍA. H.U. PUERTA DEL MAR (CÁDIZ), ⁶NEFROLOGÍA. H.U. REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

La actividad en TR de donante en muerte encefálica (DME) parece estar cerca de su techo en Andalucía (como en toda España). El programa de TR debe pues sustentarse cada vez más en otras fuentes de órganos como el donante vivo o el donante en asistolia (DAS). Analizamos el impacto cuantitativo y cualitativo del uso de DAS en el TRC en Andalucía desde su puesta en marcha a la actualidad. **Resultados:** En 2010-2014, el TRC de DME permaneció estancado (N total= 1635) mientras el TRC de DAS aumentó de 2.4 a 16.5% del total (N=164, 83 tipo II A-B de Maastrich-T2, y 81 tipo III-T3). Dos de los 5 centros de TR de la región obtuvieron DAS-T2 (actividad estable en el periodo) y los 5, DAS-T3 (actividad creciente). Los DAS fueron con más frecuencia varones (T2, 80.5%, T3, 76.5% vs DME, 58.2%, p<0.001). Los DAS tenían menor edad media (48.9±10.8 vs DME - 53.3 ±16 años, p<0.001); el 11.6% de DAS eran > 60 años y ninguno >70, frente a 39.4% y 15.2% en DME; diferencias atribuibles sobre todo a T2 (edad media: 45.5 ±11 vs 54.5±7 en T3; excepto 1, todos los T2 edad < 60). Los DAS se emplearon con mucha menor frecuencia que los DME en receptores >65 a, retrasplantados o inmunizados y en ningún caso en receptores prioritarios (niños y trasplantes combinados). Notablemente, la distribución por grupos sanguíneos ABO difirió según tipo (porcentaje de A / O / B / AB): DAS-T2, 65.1 / 27.7 / 7.2 / 0 %; DAS-T3, 45.7 / 45.7 / 8.6 / 0%; DME, 46.5 / 39.4 / 10.2 / 3.9% (p=0.01). La evolución inmediata del injerto también difirió: proporción de riñón nunca funcionante / necesidad inicial de diálisis: DAS-T2, 9.8 y 70.7%; DAS-T3, 5.0 y 65.0%; DME, 5.9 y 28.7%. **Conclusiones:** El desarrollo de la donación en asistolia ha permitido mantener e incluso aumentar el TRC en nuestra región, pero exige un importante esfuerzo por parte de los equipos de coordinación y nefrológicos (retraso funcional). Su impacto en el acceso al TR de los receptores grupo O no prioritarios, actualmente deficitario, dependerá del tipo de DAS que predomine (por baja proporción de O en DAS-T2).

446 GRADO DE AFECTACION HEPATICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL FUNCIONANTE CON INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

M. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ¹, N. ESFORZADO¹, V. TORREGROSA¹, M. LONDOÑO², X. FORNS³, F. OPPENHEIMER⁴
¹INSTITUTO NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. H. CLÍNICO (BARCELONA), ²ENFERMEDADES HEPÁTICAS. H. CLÍNICO (BARCELONA)

Introducción: Hasta el momento, la falta de alternativas terapéuticas para erradicar la infección por Virus Hepatitis C (VHC) en pacientes con trasplante renal (TR) funcionante, ARN-VHC positivo y el riesgo de complicaciones de la biopsia hepática (BH) han sido una limitación en la evaluación y seguimiento en estos pacientes. El FibroScan (FS) es una herramienta no invasiva para evaluar daños en el hígado, permitiendo una aproximación del grado de fibrosis hepática sin exponer a los pacientes al riesgo de la biopsia hepática. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y severidad de la enfermedad hepática en una cohorte de receptores de TR con infección por VHC. **Metodos:** Estudio transversal de pacientes con TR funcionante (en lista para TR de 6 meses) a diciembre del 2014 (n = 1400). Ciento setenta y siete pacientes (12,6%) tuvieron serología para VHC (anti-VHC positivo), se estudio en ellos carga viral (ARN-VHC) mediante reacción en cadena de la polimerasa, genotipo del VHC (GT), y grado de fibrosis hepática por FS en 87 pacientes (no accesibles en 4 pacientes por obesidad). De los 177 pacientes anti-VHC positivos, 16 pacientes (15,3%) son portadores de trasplante hepático (TH). **Resultados:** De los 177 pacientes anti-VHC positivo, 104 pacientes son ARN-VHC positivo (58,7%) con una carga viral de 4.071.287 ± 5.686.001 UI / ml en pacientes con TR aislado (n = 88) y 5.800.080 ± 11.298.430 UI / ml para los portadores de TR y TH (n = 16). El GT1 fue el más frecuente (78%), seguido por GT4 (12,5%), GT2 (6,2%) y GT3 (3,1%). La prevalencia de fibrosis avanzada (F4) es 15,7% en el TR aislado y 30,7% en el portador de trasplante hepático y renal. A pesar de no tener significación estadística, el factor que se relaciono con un mayor grado de fibrosis fue el tiempo de terapia de reemplazo renal y el tiempo de evolución del TR. El sexo masculino fue el más prevalente, destacando que la fibrosis avanzada no se relaciono con la edad. El GT1 es el más prevalente en los cuatro estadios de fibrosis, mientras que la carga viral tiende a ser inferior a mayor grado de fibrosis establecida. **Conclusiones:** El desarrollo de nuevos antivirales supone una esperanza en el tratamiento de la infección por VHC en pacientes con TR, por lo que el FS apoya a la valoración del grado de enfermedad hepática, permitiendo priorizar la indicación de tratamiento, mejorando el pronóstico del paciente.

447 LA SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE RENAL (TR) DE DONANTE EN ASISTOLIA (DAS) ES SIMILAR A LA DEL DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA (DME): EXPERIENCIA EN UN PROGRAMA REGIONAL

MA. GENTIL¹, P. CASTRO DE LA NUEZ², L. BALLESTERO MACÍAS³, C. DE GRACIA GUINDO³, M. CABELLO⁴, A. MAZUECOS BLANCA⁵, A. RODRÍGUEZ BENOT⁶, J. BORREGO HINOJOSA⁷, A. OSUNA⁸, M. ALONSO GIL²

¹NEFROLOGÍA. H.U. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), ²NEFROLOGÍA. COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES, ANDALUCÍA (SEVILLA), ³NEFROLOGÍA. H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), ⁴NEFROLOGÍA. H.U. REGIONAL (MÁLAGA), ⁵NEFROLOGÍA. H.U. PUERTA DEL MAR (CÁDIZ), ⁶NEFROLOGÍA. H.U. REINA SOFÍA (CÓRDOBA), ⁷NEFROLOGÍA. H.U. CIUDAD DE JAÉN (SEVILLA)

El donante en asistolia (DAS) es una fuente de órganos cada vez más decisiva para mantener la actividad en trasplante renal (TR), frente a un estancamiento de los donantes en muerte encefálica (DME). Analizamos su influencia en la supervivencia (SV) del TR desde su implantación en Andalucía (periodo 2010-14). Comparamos 164 TR con DAS (83 tipo II A-B de Maastrich-T2, y 81 tipo III-T3) con el resto de 1488 TR con DME en receptores >18 años, excluyendo trasplantes combinados. **Resultados:** Los DAS eran con más frecuencia varones, de grupo A y tenían menor edad media (48.9±11 vs DME - 55.2 ±15 años, p<0.001). Se implantaron en receptores más jóvenes (51.2 ±11 vs DME - 53.5 ±13 años, p=0.03), con mayor frecuencia varones y de grupo A, menor tiempo de tratamiento previo (39.8 vs 51.5 meses), menor proporción de inmunizados y retrasplantes, y peor compatibilidad en HLA-DR. Los DAS presentaron una proporción de riñón nunca funcionante y necesidad inicial de diálisis de 8.8 y 69.6% frente a DME: 5.5 / 29.6% (p<0.001). SV del paciente con DAS: 96% y 96% al 1º y 3º año, frente a 96% y 93% con DME (NS). SV del injerto: 91% y 86% al 1º y 3º años, frente a 90 y 86% con DME (NS). No encontramos tampoco diferencias significativas cuando se compararon por separado los T2 y T3. Los DAS proporcionaban SV de injerto signif. inferior a los DME de < 50 años (n=445): 3º año, 86% vs 92% (p=0.02), pero similar a los DME de 50-59 años (n=407) y mejor que los DME >60 años (n=636)- 80% al 3º año (NS). La SV de paciente con DAS no era distinta de los DME con < 50 años y signif mejor que con DME >60 años (3º año, 96% vs 87%, p=0.036). En el estudio de SV multivariable (Cox, covariables de influencia demostrada previamente en nuestra región) el DAS no resulta factor pronóstico significativo de SV de paciente o injerto. **Conclusion:** Con los criterios actuales de selección de donantes y asignación de órganos aplicados en Andalucía, la SV del TR de DAS es similar en conjunto a la del DME. Su rendimiento tiende a ser mejor que el de DME > 60 años, actualmente predominante.

448 IMPACTO DE LA PROTEINURIA DE BAJA CUANTÍA EN LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTES CON CRITERIOS EXPANDIDOS.

V. LÓPEZ JIMÉNEZ¹, M. CABELLO¹, P. RUIZ ESTEBAN¹, E. SOLA MOYANO¹, C. GUTIÉRREZ DE LA FUENTE¹, C. JIRONDA GALLEGOS¹, D. BURGOS RODRÍGUEZ¹, M. GONZÁLEZ-MOLINA ALCAIDE¹, D. HERNÁNDEZ MARRERO¹

¹NEFROLOGÍA. H. CARLOS HAYA (MÁLAGA)

Introducción: En los últimos años hemos asistido a una disminución de los donantes óptimos. A esto se ha añadido un incremento de pacientes mayores en las listas de espera, lo que ha condicionado un aumento cada vez mayor en la utilización de donantes con criterios expandidos (DCE) para estos receptores de edad avanzada.

Objetivo: Analizar los posibles factores predictores de la supervivencia del injerto en receptores de un trasplante renal (TR) de DCE.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 335 TR de DCE realizados entre Febrero de 1999 y Diciembre del 2011. Analizamos las variables con impacto en la supervivencia del injerto tanto del donante como del receptor.

Resultados: Edad media del donante 63±6 años (54% varones) y del receptor 59±9 años (58% varones). Creatinina del donante 0.8±0.2. Tiempo medio de seguimiento 72±47 meses (0.3-190). Tiempo de isquemia fría 15.5±4.2 (4-27). Función retrasada del injerto 48.6%. El 89% recibieron inmunosupresión con tacrolimus, MMF y esteroides. El 84% tratamiento de inducción (78% antiCD25, 6% Timoglobulina). Creatinina a los 3 meses 1.8±0.6 mg/dl y 12 meses 1.6±0.5 mg/dl. Proteinuria 176 mg/24h (70-380) y 160 mg/24h (60-297) a los 3 y 12 meses respectivamente.

Supervivencia censurada de injertos: 91% al año y 82% a los 5 años. Pérdida de injerto al final del seguimiento 39.7% (44.3% muerte con injerto funcionando, 19.8% nefropatía crónica, 7.6% trombosis vascular).

En el multivariante de Cox, los factores predictores de la supervivencia del injerto (censurada) ajustada para factores confundentes (edad del donante, sexo del receptor, isquemia fría y rechazo agudo) fueron la creatinina (HR: 2.2, IC 95%: 1.3-3.7; p=0.002) y la proteinuria (HR: 1.002, IC 95%: 1.001-1.003; p=0.001) al tercer mes posttrasplante. La edad del donante, el tiempo de isquemia fría y el rechazo agudo no fueron significativos.

Conclusiones: La función renal y la proteinuria al tercer mes posttrasplante son factores predictores de la supervivencia del injerto en TR con DCE. Estrategias para optimizar la función renal pudieran mejorar los resultados del trasplante renal en esta específica población.

449 DE-NOVO CANCERS AFTER KIDNEY TRANSPLANT: EVIDENCE FROM A INVESTIGATION IN ONE CENTER IN SPAIN

I. REVUELTA¹, P. PISELLI², V. TUBITA³, F. DIECKMAN⁴, E. DE SOUSA⁵, D. SERRAINO⁶, A. ALCARAZ⁷, D. VERDIROSI⁸, F. OPPENHEIMER⁹, JM. CAMPISTOL¹

¹RENAL TRANSPLANT UNIT. DPTMT. OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. H. CLÍNICA. IDIBAPS (BARCELONA), ²EPIDEMIOLOGIA E RICERCA PRE-CLÍNICA. INMI "L. SPALLANZANI" IRCCS (ROMA (ITALIA)), ³LENIT. IDIBAPS (BARCELONA), ⁴RENAL TRANSPLANT UNIT. DPTMT. OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. H. CLÍNICA (BARCELONA), ⁵IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO. IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO (AIANO (ITALIA)), ⁶UROLOGY. H. CLÍNICA. IDIBAPS (BARCELONA)

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

National Network for Kidney Research (REDinREN); Carlos III Royal Institute. Ministry of Health) and SENTRA. Spanish Society of Nephrology. Spain

Background: An excess of cancer risk among kidney transplant (KT) recipients has been well documented in several countries, but a similar effort in Spain has never been conducted. To better quantify the risk of de novo cancers (DNC) after transplant and to identify major risk factors for cancer occurrence we have carried out a investigation in our center.

Methods: A preliminary study was conducted on a retrospective cohort of 732 patients who underwent KT (2004-2009). In the analysis were included all patients at first-transplant, excluding those patients with previous transplant (n=178), with a history of cancer (except NMSC, n= 12), follow-up less than 30 days (n=6) and pediatric patients (n=6). In the final analysis were thus considered 530 patients followed up until September 2014. Person years (PYs) at risk of cancer were computed from 30 days after transplant to date of cancer diagnosis, death, or study closure whichever came first. The risk of developing a DNC (excluding NMSC) was assessed through sex- and age-standardized incidence ratios (SIR and 95% confidence intervals, CI) computed by dividing the observed cases with expected ones using data from Spanish Cancer Registries.

Results: 530 KT recipients (62% men, median age 52.2 years) included in this study summed up 3598.4 PY of follow-up with a median time of 6.9 years (IQR: 5.2-8.6). Thirty-five patients (6.6% of the total) developed a DNC cancer, mostly solid tumors (overall 29 cases, of which 7 lung, 6 prostate, 5 kidney and 3 melanoma), followed by 4 cases of PTLN (of which, 3 NHL) and two cases of Kaposi's sarcoma (KS). The overall incidence rate was 9.92 cases/103 PYs and the excess risk, as compared to the general population for all tumor was 1.2-fold higher (95% CI: 0.9-1.7). Excess risk was found for patients with age less than 45 years (SIR=3.7, 95% CI: 1.0-9.5) and in the 45- to 60-year age group (SIR=2.0, 95% CI: 1.0-3.4). Elevated SIRs were noted for KS (SIR=57.2, 95% CI: 6.9-206.6), kidney carcinomas (SIR=7.5, 95% CI: 2.4-17.4) and melanoma (SIR=5.8, 95% CI: 1.2-17.0).

Conclusions: These preliminary data showed the relevance of DNC after KT in Spain, urging the adoption of specific pre-transplant screening protocols and personalized management of patients with different risk of developing a cancer. Our study provides more information about the excess of cancer risk following KT in Spain even if a larger cohort of patients and a longer period of follow-up are necessary to better characterize cancer development in KT.

450 LA UTILIZACIÓN SISTEMÁTICA DEL CATÉTER DOBLE J, ¿PREVIENE LAS COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN EL POST-TRASPLANTE RENAL?

A. GARCÍA BELLO¹, L. DE LA VARA INIESTA¹, C. FACUNDO¹, N. SERRA¹, J. BALLARÍN¹, A. BREDÁ², I. SILVA¹, B. BARDAJÍ¹, LL. GUIRADO¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²UROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: Existe controversia sobre el uso sistemático de catéteres ureterales en el trasplante renal debido a una gran variabilidad en los datos publicados en la literatura. Si bien su uso se asocia a una disminución de complicaciones postoperatorias, no es una técnica exenta de riesgos.

Objetivo: Determinar la utilidad del empleo rutinario del catéter doble J en la prevención de las complicaciones urológicas post-trasplante renal. Valoración de su influencia sobre la supervivencia del paciente y el injerto.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de dos grupos de pacientes trasplantados renales en un periodo comprendido entre 01/02/2002 a 30/01/2014, con un total de 929 pacientes (67% trasplante donante cadáver ; 33% trasplante donante vivo). En el primer grupo no se utilizó la canalización sistemática del catéter doble J (Periodo comprendido entre 01/02/2001 a 17/01/2008). En el segundo grupo se implantó la canalización rutinaria de catéter doble J (periodo comprendido entre 06/02/2008 a 30/01/2014). Se analizaron las incidencias de complicaciones post-quirúrgicas urológicas y la supervivencia del injerto a cinco años post-trasplante renal.

Resultados: Las características demográficas del receptor, donante (sexo; edad) e inmunosupresión fueron similares en ambos grupos. La tasa global de complicaciones urológicas fue de 58.1% vs 55.3% respectivamente (P:0.38). En el Grupo 1 (N: 475 pacientes) se observaron 35 estenosis ureterales (12.9%); 36 casos de fistula urinaria (13.2%) y 65 casos de hematuria macroscópica (23.9%); la supervivencia del injerto fue de 88.6% a los cinco años post-trasplante . En el Grupo 2 (N:454 pacientes), se evidenciaron 50 estenosis ureterales (16.1%); 19 casos de fistula urinaria (6.1% P:0.028) y 17 casos de hematuria macroscópica (5.5%); la supervivencia del injerto fue de 90.6% a los cinco años post-trasplante.

Conclusiones: En nuestra serie, la tasa global de complicaciones quirúrgicas resultó similar en ambos grupos. La utilización de catéter doble J de forma rutinaria se asocia a disminución en la incidencia de fistula urinaria y hematuria macroscópica . No se demostraron beneficios en la prevención de la estenosis ureteral. Coincidiendo con la literatura no encontramos diferencias significativas en la incidencia de episodios obstructivos, linfocitos, hematomas perirenales ni evisceración.

451 ESTANCIA MEDIA (EM) DE TRASPLANTE RENAL: UN RESULTADO A CONSIDERAR

C. DÍAZ CORTE¹, P. SOLIS², D. SILVA³, R. CASTRO³, C. HIDALGO³, L. DEL RÍO³, J. BANDE¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA. REDINREN, ²ADMISIÓN. HUCA, ³NEFROLOGÍA. HUCA

Introducción: Tenemos muchos parámetros que nos permiten comparar nuestros resultados con los de otros centros pero no tanto de la eficiencia y del gasto que nos suponen esos resultados. La EM es un parámetro que deberíamos considerar siempre a la hora de valorar nuestros resultados. El objetivo del estudio fue ver la evolución de la EM del GRD 302 (Trasplante renal) entre 2000-2014 y analizar si ha habido diferencias a raíz de transformarse el Servicio en Área de Gestión y ser, desde entonces, la EM considerada un indicador clave por todos los profesionales.

Material y métodos: Analizamos la estancia de todos los pacientes que ingresaron para recibir un trasplante renal y fueron alta entre el 1 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2014, comparando dos periodos, 2000-2009 vs 2010-2014, dado que el primer Acuerdo de Gestión se firmó en el 2010.

Resultados: 773 pacientes fueron alta en el periodo estudiado por haber ingresado para recibir un trasplante renal. La edad media fue de 53±13 años (15-80) con una mediana de 54. El 65% eran hombres. Hubo 8 éxitos, 3 de ellos en el día 1, se han excluido para el análisis. La estancia fue de 14±11 días (4-127), mediana 12. Si eliminamos los extremos quedan 746 pacientes y su EM (depurada) fue de 12 días; utilizando la EM de la norma del Ministerio de 2012 para ese GRD (15,12) el impacto total ha sido un ahorro de 2340 días de estancia. Comparando los dos periodos, la EM se ha reducido de 15,3±12,8 días (n=528), en el primer periodo, a 10,6±9,8 (n=242) en el segundo, p<0,001, pasando a estar claramente por debajo de la Norma y sin haber diferencias ni en la edad de los pacientes (53±14 años vs 54±13) ni en la complejidad de los mismos, medida por el peso medio del GRD entre los dos periodos comparados. Analizando el % de pacientes con estancias de 10 días o menos fue de 39% en el primer periodo vs 66% en el segundo (Chi 2<0,001). Si consideramos los ingresos de una semana o menos fueron sólo del 13% en el primer periodo y 46% en el segundo (Chi2<0,001)

Conclusiones: Cerca del 50% de nuestros ingresos para Tx renal de los últimos años tienen una EM de 7 días o menos, lo que indica que la concienciación de los profesionales es importante para disminuir la estancia que, por otra parte, debería ser un parámetro a incluir en la medida de nuestros resultados. Quizás además la Norma establecida por el Ministerio se haya quedado desfasada y deba ser más exigente.

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

452 TOLERANCIA OPERACIONAL TRAS UN TRASPLANTE RENAL: UN ESTUDIO EUROPEO EN MÁS DE 200.000 PACIENTES

J. PASCUAL¹, A. MASSART², C. CANTARELL³, M.A. GENTIL⁴, C. DÍAZ CORTE⁵, A. RAMÍREZ⁶, M. PÉREZ SÁEZ⁷, D. SERÓN⁸, D. ABRAMOWICZ⁹, S. BROUARD⁸

¹H. DEL MAR (BARCELONA), ²ERASME H. (BRUSSELS (BÉLGICA)), ³H. VALL D'HEBRON (BARCELONA), ⁴H. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), ⁵H.U. CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ⁶H. INSULAR DE GRAN CANARIA (GRAN CANARIA), ⁷ANTWERP UNIVERSITY H. (ANTWERP (BÉLGICA)), ⁸UHC (NANTES (FRANCIA))

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

Introducción: La tolerancia operacional (TOLop) define un estado de supervivencia prolongada del injerto sin ningún tratamiento inmunosupresor ni inmunodeficiencia generalizada, y es muy rara en trasplante renal (TR). Desarrollamos un estudio poblacional europeo para conocer la frecuencia de TOLop en TR y fundamos el consorcio EUTOL para desarrollar investigación clínica y experimental.

Métodos: Se designaron 17 coordinadores en representación de 27 países europeos a través del grupo de trabajo ERA-EDTA-DESCARTES. Los coordinadores enviaron cuestionarios a 256 centros de TR para definir pacientes tolerantes (Cr<1.7 mg/dL y proteinuria<1g/d tras al menos un año sin ningún fármaco inmunosupresor) o casi tolerantes (criterios similares pero recibiendo prednisona >0<10mg/d). También se registró el número total de pacientes con TR en seguimiento en sus centros.

Resultados: Se retornaron 147 cuestionarios que incluyeron 218.913 TRs, identificándose 66 pacientes tolerantes (1/3.317) y 34 casi tolerantes (1/6.439). En el caso de España, se detectaron 5 pacientes TOL y 8 casi-TOL. Veintiséis de los 66 tolerantes se habían publicado previamente, y en 5 más no se disponía de datos suficientes. Por tanto, en este estudio se describen 35 nuevos tolerantes, 32 de los cuales habían suspendido todo tratamiento farmacológico por mala adherencia. Ocho habían recibido un TR sin disidentidades HLA (no gemelo) y el resto un TR con una mediana de disidentidades de 3 (2-3.5). El seguimiento fue de 206±93 meses, y la duración de la tolerancia, según nuestros criterios estrictos, de 77±56 meses. La duración del TR sin requerir diálisis sin fármacos inmunosupresores fue de 88±62 meses. En su última revisión, 31/35 pacientes habían sobrevivido y 22/31 eran aún tolerantes. De los otros 9, dos reiniciaron tratamiento inmunosupresor y 7 mostraban aumento de Crs, con llegada a diálisis en 3 de ellos.

Conclusiones: Se confirma que la TOLop es muy poco frecuente en TR (solo 1/3.317 TRs). Esta rareza dificulta en extremo el estudio de sus mecanismos de desarrollo. Por otro lado, la TOLop representa una situación metaestable en la que los pacientes permanecen en riesgo de disfunción y pérdida del injerto con el tiempo. Hemos iniciado una red europea de centros transplantadores (EUTOL) para compartir recursos y competencias en torno a la TOLop.

453 BIOPSIA RENAL PREIMPLANTE Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DONANTE: VALOR PRONÓSTICO DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO LOS 2 PRIMEROS AÑOS

C. ALLER APARICIO¹, G. RODRÍGUEZ PORTELA¹, S. VALENCIANO MARTÍNEZ¹, A. COCA ROJO¹, S. PALOMO APARICIO¹, I. ACOSTA¹, B. FERNÁNDEZ CARBAJO¹, R. GORDILLO¹

¹NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO U. (VALLADOLID)

Introducción: La biopsia del injerto renal previo al trasplante, sirve como método de cribado para decidir la viabilidad de un injerto, sea trasplante simple o doble. Actualmente, parece haber resultados controvertidos sobre su utilidad. Por ello, hemos analizado la relación entre los criterios anatomopatológicos y las características clínicas del donante, con la función renal del receptor durante los 2 primeros años.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo, sobre 34 receptores de trasplante renal simple de cadáver, de donantes marginales (DM) o con criterios expandidos (ECD), entre los años 2011-2012 en nuestro hospital. Analizamos el retraso de la función del injerto, y los niveles de creatinina plasmática (Crp) en el primer y segundo años, y su correlación con las características clínicas del donante (edad, causa de fallecimiento, Crp, C1c, HTA, DM), y anatomopatológicas del injerto mediante Score histológico de Remuzzi modificado (SR).

Resultados: Aquellos donantes con accidente cerebrovascular agudo (ACVA) como causa de fallecimiento, presentaron un SR global mayor (2+–0.96 vs 1+–0.7, p=0.03), así como una Crp del receptor más alta a los 3 meses (1.7+–0.4 vs 1.2+–0.3, p=0.02), 6 meses (1.6+–0.4 vs 1.2+–0.3, p=0.05), 12 meses (1.6+–0.5 vs 1.1+–0.3, p=0.05), 24 meses (1.6+–0.4 vs 1.1+–0.2, p=0.03). El SR presentó una correlación directa con la Crp a los 3 meses (r=0.44, p=0.012), 6 meses (r=0.54, p=0.002), 12 meses (r=0.42, p=0.012), 24 meses (r=0.43, p=0.013). Asimismo, la edad del donante obtuvo una correlación directa con el grado de esclerosis glomerular del SR (r=0.54, p=0.002).

Conclusiones: La biopsia del injerto previo al trasplante renal tiene una fuerte utilidad pronóstica sobre la futura función renal de los receptores. Cuando ésta se combina con determinadas características del donante (edad, causa de fallecimiento) este valor se ve reforzado, por lo que una combinación de ambas a la hora de seleccionar injertos de DM o ECD sería recomendable

N				34
Sexo(Varones)*				23(67.6)
Edad Receptor				62±9.9
Histocompatibilidad*	DR	B	A	
	0 (11.8)	19(55.9)	18(52.9)	
	1 (2.7)	12(35.3)	12(35.3)	
	2 (5.9)	3(8.8)	4(11.8)	
Datos del Donante/Injerto				
Edad Donante				63.8±11.4
Creatinina Donante				0.87±0.57
Aclaramiento Cr Donante				88.3±21.6
ScoreRemuzzi*(Global)				
	0			4(11.8)
	1			7(20.6)
	2			13(38.2)
	3			10(29.4)
Esclerosis Glomerular*				
	Ninguna			10(33.3)
	<25%			20(66.6)
Atrofia Tubular*				
	Ninguna			14(46.7)
	<25%			16(53.3)
Fibrosis Intersticial*				
	<5%			24(80)
	5-25%			6(20)
EngrosamientoIntimal*				
	Ninguna			18(60)
	<25%			16(53.3)
	25-50%			11(33.7)
Donante con HTA*				
	No			25(75.8)
	Si			8(24.2)
Donante con Diabetes*				
	No			32(94.1)
	Si			2(5.9)
ACVA como causa de muerte*				
	No			5(14.7)
	Si			29(85.3)
Evolución del Trasplante				
Necesidad de Hemodiálisis*				
	No			28(82.4)
	Si			6(17.6)
Rechazo*				
	No			33(97.1)
	Si			1(2.9)
Creatinina 3m	Creatinina 6m	Creatinina 12m	Creatinina 24m	
1.63±0.43	1.54±0.52	1.46±0.52	1.46±0.52	
	44			
Aclaramiento Cr 12 meses				51.3±19
Proteinuria > 1g/24h (12 meses)*				
	No			33(97.1)
	Si			1(2.9)

* Los valores entre () se expresan en porcentajes

454 MUERTE CON RIÑÓN FUNCIONANTE COMO PRIMERA CAUSA DE PÉRDIDA DEL INJERTO RENAL

J. DE TERESA ALGUACIL¹, C. DE GRACIA GUINDO¹, R. CASTELLANO¹, R. VIDAL¹, P. GALINDO SACRISTÁN¹, A. PÉREZ MARFIL¹, J. OSORIO MORATALLA¹, M. TORRES¹, J. BRAVO¹, A. OSUNA¹

¹NEFROLOGÍA. C.H.U. (GRANADA)

Introducción y objetivos: El trasplante de riñón es la mejor terapia disponible para la mayoría de los pacientes con enfermedad renal terminal. La tasa de mortalidad es mayor en estos pacientes que en la población general, causada principalmente por enfermedad cardiovascular (CV). La proporción de la mortalidad, ya sea por enfermedades infecciosas o tumorales ha aumentado notablemente debido al hecho de que existe una población de mayor edad de donantes y receptores, que continúan teniendo un tratamiento inmunosupresor crónico.

Las causas de la pérdida del injerto renal siguen sin estar claras. Investigamos estas causas en 1517 receptores de trasplante renal.

Nuestro objetivo fue identificar las principales causas de mortalidad de los pacientes con trasplante renal en nuestro hospital. Hemos descrito la frecuencia global de muerte con injerto funcionante (DWF), así como las principales causas de mortalidad en nuestros pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y transversal en 1.517 receptores de trasplante renal seguidos en nuestra consulta externa, donde se analizó la frecuencia de la muerte y las causas más comunes.

Resultados: Durante el seguimiento, la muerte con injerto funcionante (DWF) fue la causa más frecuente de pérdida del injerto, 188 injertos (33,2% de todos los trasplantes).

La frecuencia de muerte antes del alta fue del 1,5% (N = 22), antes del año posttrasplante 8,2% y la mortalidad global (16,9%) (N = 244).

La primera causa de muerte fue cardiovascular (34%), seguida de infecciosa (21,1%) y de neoplásica (20,4%).

No hubo diferencias en las causas de muerte que se produjeron durante el primer año y más allá de 1 año después del trasplante.

El 63,5% de los pacientes precisó al menos un ingreso hospitalario después de trasplante, el 9,7% lo hizo en la UCI.

El régimen inmunosupresor de mantenimiento más frecuente fue :tacrolimus + micofenolato (MMF) + prednisona, (24,9%)

Los injertos renales restantes se perdieron debido a diversas causas, incluyendo: fibrosis intersticial /atrofia tubular (IF / TA) (18,3%),enfermedades glomerulares (recurrente, glomerulopatia del trasplante, no recurrente) y rechazo agudo (ya sea celular o humoral).

Conclusiones: La muerte con injerto funcionante sigue siendo la causa más común de fracaso del injerto. Siendo la primera causa de muerte: cardiovascular, seguida de infecciones, neoplasias y otros.

455 TRASPLANTE ANTICIPADO vs TRASPLANTE POSTDIÁLISIS: RESULTADOS A MEDIO PLAZO

A. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹, C. GALEANO¹, S. ELÍAS¹, S. JIMÉNEZ ÁLVAREZ¹, E. YERÓVI¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, J.L. TERUEL¹, F. LIANO¹, R. MARCÉN¹, C. QUEREDA¹

¹NEFROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: Diversos estudios clínicos y datos de registro indican que la permanencia en diálisis puede tener repercusión sobre la evolución del injerto renal. El objetivo de este estudio es analizar la evolución del trasplante anticipado (TXpre) en relación con el realizado tras el inicio de diálisis (TXpost)

Material y métodos: Desde enero de 2010 han iniciado tratamiento renal sustitutivo en nuestro centro 327 pacientes, 178(54%) con Hemodiálisis, 71(22%) con diálisis peritoneal y 78 (24%) con TXpre. Tras la inclusión en diálisis se transplantaron 147 pacientes (59%). Compramos la evolución de los injertos realizados prediálisis (TXPre) y postdiálisis(TXpost).

Resultados: No hubo diferencias significativas en la edad del receptor, el tiempo de isquemia fría, tipo de donante (vivo vs cadáver), incompatibilidades HLA, tasa de rechazo agudo o supervivencia del paciente que fue de 97 y 94% al año y dos años de seguimiento. Otros datos relevantes se muestran en la siguiente tabla.

En el modelo de cox para supervivencia del que incluye edad de donante, NTA y tipo de trasplante solo la NTA alcanza significación estadística HR 5,3 p<0,01

Conclusiones: El trasplante anticipado tiene mejor supervivencia del injerto a uno y dos años, menos NTA y menos tiempo hasta descenso de creatinina. La NTA es el factor que más influye en la supervivencia del injerto

■ Tabla.

	Edad donante	NTA (%)	Descenso De cr (días)	Cr 1 mes	Sup Injerto 1 año	Sup Injerto 2 años
Txpre	69,4±12,3	7,69	1,9±5	1,96±0,79	96	87
Txpost	65±15,3	23,24	3,2±7	1,9±0,8	93	81
p	0,03	0,01	0,01	ns	0,016	0,016

456 NEPLASIAS EN EL TRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA EN UN CENTRO NO TRASPLANTADOR

MT. MORA MORA¹, GM. TIRADO NUMANCIA¹, E. RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, FJ. RUIZ ESCOLANO¹, C. GALLARDO CHAPARRO¹, I. GONZÁLEZ GÓMEZ¹, MI. GONZÁLEZ CARMELO¹, S. CRUZ MUÑOZ¹, MJ. MERINO PÉREZ¹, C. SUAREZ RODRÍGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U.U. (HUELVA)

Introducción: Las neoplasias son unas de las principales causas de muerte potenciada por la inmunosupresión en el paciente con trasplante renal.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes con neoplasia seguidos en la consulta de trasplante desde su apertura en 2009 hasta abril de 2015, recogiendo 269 pacientes, de los cuales 57 presentaban neoplasias, se analizaron variables demográficas, clínicas, medicación inmunosupresora y factores predisponentes.

Resultados: 40 eran hombres, 17 mujeres. La etiología no filiada de la enfermedad renal crónica fue la más frecuente. El 65.2% fueron neoplasias cutáneas (54.3% carcinoma basocelular, y 45.6% espinocelular, de estos 5.3% infiltrantes); un 30.5% eran sólidos siendo más frecuente el cáncer de pulmón, por sexo la neoplasia de cérvix en la mujer y el cáncer de pulmón en hombres; un 4.1% fueron hematológicos, mayoritario linfoma. No se observó un mayor número de tumores distintos en los pacientes que recibieron inmunosupresión previa al trasplante, ni mayor mortalidad, así como tampoco hubo alteración de la función renal asociada al proceso neoplásico. Continúan resultados en la tabla 1.

Conclusión: En nuestra población los cánceres de piel no melanocíticos tienen una elevada incidencia sin diferir de lo publicado en otras series y registros, sin embargo, se ha observado una baja incidencia de tumores hematológicos y muy superado por neoplasias sólidas, de éstas el cáncer de pulmón se recoge como el más frecuente sin distinguirse de los tumores más frecuentes de la población general según la Sociedad Española de Oncología Médica.

■ Tabla.

Edad en el momento del diagnóstico	59,6±9,7 años
Tiempo en hemodiálisis	48,5±5,5 meses
1º trasplante	53 pacientes
Tiempo aparición de la neoplasia desde el trasplante	90,8±6,8 meses
Fallecidos por la neoplasia	19,3 % (11 pacientes)
Fallecidos por otras causas	1,8% (1 paciente)
Tiempo desde la neoplasia hasta el fallecimiento	5,9±6,6 meses
Infección CMV	21,1%
Receptor con neoplasia previa al trasplante	7% (4 pacientes)
Rechazo Agudo	12,3%
Tratamiento inmunosupresor previo al trasplante	14%
Lesión precancerosa más frecuente	Displasia vellosa en 4 pacientes
ICN como tratamiento de mantenimiento	78,9% (FK-506 54,3%, CsA 24,5%)
Conversión por neoplasia de ICN a ISP	14%

457 RELACIÓN DEL PORCENTAJE DE ESCLEROSIS GLOMERULAR CON LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL

S. ELÍAS¹, R. MARCÉN¹, A. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹, C. GALEANO¹, S. JIMÉNEZ ALVARO¹, E. YEROVI¹, A. GOMIS¹, C. QUEREDA¹, F. LIAÑO¹

¹NEFROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: En los últimos años ha ido aumentando la utilización de riñones considerados de criterio expandido, debido a la limitada disponibilidad de órganos para trasplante. La realización de estudios histológicos para la toma de decisiones se ha establecido de forma sistemática en algunas unidades. El objetivo del presente trabajo fue analizar el impacto del porcentaje de glomérulos esclerosados en la evolución del injerto renal.

Material y métodos: Se incluyeron 233 injertos trasplantados a 233 enfermos entre Septiembre 2009 y Diciembre 2012, con biopsia pretrasplante donde el porcentaje de esclerosis glomerular era inferior al 20%, porcentaje máximo para aceptar un órgano en nuestra unidad. El seguimiento máximo fue 5 años. Los criterios para realizar biopsia en nuestro centro son: Edad mayor de 60 años o mayores de 55 con comorbilidad del donante (HTA, DM). Se estudiaron características del receptor, del donante y del injerto. Se analizó la supervivencia del injerto y la función mediante la creatinina sérica a 1, 3 y 6 meses.

Resultados: La edad media de los donantes de los que procedían los órganos era de 70,4±10,4 años y la de los receptores de 60,0±9,8 años. La media de esclerosis era 5,6±5,2 %; 116 injertos tenían un índice de esclerosis de 0 a 5%, 56 entre 5 y 10% y 61 más del 10%. Los donantes de los injertos con mayor esclerosis correspondían con los más añosos respecto a aquellos con menor esclerosis (p=0,015) y un mayor porcentaje eran hipertensos (p=0,003). No hubo diferencias en la incidencia de función retrasada del injerto (44,8%; 28,6% y 36,1%; p=0,118) ni de rechazo agudo (15,5%; 14,3% y 13,1%; p=0,683). La supervivencia del injerto a 5 años en los 3 grupos fue 78%, 73% y 83% respectivamente (p=0,745). No hubo diferencias en la creatinina sérica a 1, 3 y 6 meses.

Conclusiones: En nuestra experiencia el trasplante renal con órganos con una esclerosis glomerular inferior al 20% es un procedimiento válido de tratamiento de la insuficiencia renal crónica en enfermos mayores. En el rango de esclerosis entre 0 y 20%, la severidad de la esclerosis no afecta la supervivencia ni a la función del injerto.

458 RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO CRUZADO

A. MORENO SALAZAR¹, T. GARCÍA ÁLVAREZ¹, A. GARCÍA GARCÍA-DONCEL¹, C. MINGUEZ MAÑANA¹, E. AZNAR MARTÍN¹, J. TORRADO¹, C. NARVÁEZ MEJÍA¹, A. DELGADO UREÑA¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) puede verse limitado por incompatibilidad con el potencial donante. En estos casos, la donación cruzada puede ser una excelente opción. Nuestro hospital se incorpora al programa de TRDV cruzado (TRDV-C) de la ONT en 2012.

Objetivo: Analizar los resultados del TRDV-C y compararlos con el TRDV relacionado o directo (TRDV-D) en el periodo del 01-01-2012 al 31-12-2014.

Resultados: En este periodo se realizaron en nuestro centro 38 TRDV: 9 TRDV-C (23.7%) vs. 29 TRDV-D (76.3%). Entre los TRDV-D, el 31% eran no genéticamente relacionados. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en sexo receptor (TRDV-C vs. TRDV-D: mujeres 77.8% vs. 27.6%), edad receptor (TRDV-C vs. TRDV-D: 55 vs. 44 años), tiempo isquemia fría (TRDV-C vs. TRDV-D: 380 vs. 72 minutos), incompatibilidad A (TRDV-C vs. TRDV-D: 2 vs. 1) y empleo de inducción (TRDV-C vs. TRDV-D: 88.9% vs. 51.7%). No existían diferencias en la edad y sexo del donante, IMC de donante y receptor, incompatibilidad DR, incompatibilidad B, tiempo en tratamiento renal sustitutivo preTR y serología vírica.

Un paciente en cada grupo presentó función renal retardada (no diferencia significativa) y no hubo episodios de rechazo agudo en ninguno de ellos. Tampoco observamos diferencias en la positividad de PCR para CMV y poliomavirus BK entre grupos. Los parámetros de función renal fueron similares (TRDV-C vs. TRDV-D: Crp 3º mes/1º año, 1.2/1.15 vs. 1.3/1.3 mg/dl; proteinuria 3º mes/1º año, 36.4/30.9 vs. 67.4/48 mg/24horas).

Un paciente en el grupo TRDV-D perdió el injerto por trombosis arterial en las primeras 24 horas postTR (TRDV-C vs. TRDV-D: supervivencia injerto 1º año, 100% vs. 97%, NS). No se ha producido ningún exitus de receptores ni donantes.

Conclusiones: Casi el 25% de nuestros pacientes reciben TRDV gracias a la donación cruzada. Los resultados son excelentes y similares al TRDV mediante donación directa.

459 EMBARAZO EN PACIENTES TRASPLANTADAS

J. ESPÍ¹, I. BENEYTO¹, A. VENTURA¹, D. RAMOS¹, S. BEA¹, L. ROCA¹, J. HERNÁNDEZ¹

¹H. LA FE (VALENCIA)

Introducción: El trasplante renal es la mejor opción de TRS. Después de un trasplante renal, el embarazo es posible.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de 34 embarazos en 32 pacientes trasplantadas entre 1980 y 2010 en nuestro hospital. Se recogieron y analizaron datos demográficos de las pacientes, enfermedad renal de base, antecedentes de HTA, edad al trasplante y al embarazo, tiempo posttrasplante, valores de creatinina y proteinuria (meses 1, 3, 6, al parto y los 12 meses del parto), tipo de parto, pauta de inmunosupresión, desarrollo de complicaciones ginecológicas durante el embarazo, malformaciones fetales, abortos, deterioro de la función renal (FG CKD-EPI), proteinuria mantenida postparto y re-inclusión en diálisis.

Resultados: El promedio de la edad al trasplante fue de 26 ± 4,6 (12-35) años, el intervalo entre el trasplante y la concepción de 4,3 ± 3,4 (0,3-17) años. Los valores de creatinina media preconcepción fueron de 1,28 ± 0,51 (0,6-3,1) mg/dl y de proteinuria de 0,1 ± 0,2 (0,1-1) g/24h. En 4 casos, se desarrolló proteinuria nefrótica tras el parto con deterioro progresivo de la función renal. 2 pacientes desarrollaron un FRA (1 de ellas con reinicio de HD) y en 1 de los casos de desarrolló una preclampsia que precipitó una cesárea urgente. 15 de ellos presentaban HTA previa con necesidad de antihipertensivos. Las pautas de inmunosupresión fueron de CNI, azatioprina y esteroides. Desde el punto de vista materno, todas las pacientes sobrevivieron al parto, ninguna experimentó rechazo y sólo hubo una pérdida del injerto como resultado directo del embarazo. Los resultados fetales: 29 nacimientos vivos (ninguno con malformaciones), 21 por cesárea (1 por preclampsia) y 13 de parto vaginal. Se reportaron 3 abortos (1 gemelar) y un huevo huero. La media de edad gestacional fue de 35,3 ± 3,7 (29-44) semanas, y el peso al nacer del neonato fue de 2414 ± 766 (1050-3600) mg.

Conclusiones: el embarazo en mujeres trasplantadas en edad fértil es una posibilidad con bajo riesgo de complicaciones serias. Desde el punto de vista materno: el número de complicaciones ginecológicas y abortos es equiparable al de la población general sin mayor incidencia de rechazos. Si existe mayor complejidad de seguimiento y posibilidad de complicaciones nefrológicas. Desde el punto de vista fetal: hemos apreciado un mayor bajo peso al nacer respecto a los nacimientos en población general. El riesgo de malformaciones se minimiza con una correcta preparación de la paciente utilizando regimenes de inmunosupresión más seguros.

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

460 TRATAMIENTO ESTEROIDE EN EL TRASPLANTE COMBINADO RENO-PANCREÁTICO: ¿RETRADA O MANTENIMIENTO?

J. ESPÍ, I. BENEYTO¹, D. RAMOS¹, A. VENTURA¹, S. BEA¹, L. ROCA¹, F. MERINO¹, J. HERNÁNDEZ¹, H. LA FE (VALENCIA)

Introducción: Los esteroides son un pilar de la terapia inmunosupresora del trasplante de órgano sólido. Sin embargo, su mantenimiento a largo plazo se relaciona con efectos secundarios destacando las alteraciones del metabolismo glucémico y el desarrollo de FRCV. Esto se agrava cuando hablamos del trasplante combinado reno-pancreático debido a que se trata de pacientes con DM de larga evolución con complicaciones micro y macrovasculares.

Material y métodos: Estudio retrospectivo del histórico de pacientes con trasplante reno-pancreático realizados en nuestro hospital desde septiembre de 2002 hasta marzo de 2014 (73 pacientes). Se compararon pacientes con retirada y sin retirada de esteroides a los dos primeros años de seguimiento. Se recogieron datos demográficos de los donantes y receptores y se analizaron variables inmunológicas, de terapia inmunosupresora, función renal, proteinuria, HbA1c, retirada de esteroides y de insulinización en el seguimiento con análisis de SV del injerto renal y del paciente.

Resultados: De los 73 pacientes, se perdieron 13 pacientes en el seguimiento (8 por fallecimiento, 4 por trombosis y 1 por rechazo agudo). Se obtuvo: retirada de esteroides en un 64%. Se reportaron 10 casos de rechazo agudo (15%) en los primeros 12 meses postrasplante. No se obtuvo correlación entre la retirada de esteroides y la incidencia de rechazo. La variable estudiadas fueron similares en ambos grupos. No hubo diferencias en los resultados de SV entre ambos grupos tanto para SV del injerto como para SV global del paciente.

Conclusiones: Los corticoides tienen un potente efecto inmunosupresor tanto de la inmunidad celular como humoral. Sin embargo, presentan también importantes efectos secundarios relacionados sobretudo con las terapias de mantenimiento a largo plazo y FRCV. Por lo tanto, debe valorarse de forma individualizada cada paciente teniendo en cuenta factores inmunológicos y antecedentes personales a la hora de decidir la retirada o no de los esteroides en el postrasplante. En nuestra casuística no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar los pacientes con retirada de esteroides y aquellos que lo mantienen en cuanto a eventos inmunológicos, complicaciones graves CV o en la supervivencia del injerto renal y supervivencia global del paciente en el periodo de seguimiento observado.

461 MEJORÍA DEL PRONÓSTICO RENAL Y CARDIOVASCULAR DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

D. PAZMIÑO ZAMBRANO¹, A. RAMOS², B. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ², C. MARTÍN CLEARY¹, I. MAHILLO³, J. EGIDO¹, A. ORTIZ²

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), ²NEFROLOGÍA. UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), ³ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)

Introducción: El trasplante renal de donante vivo es la modalidad de terapia renal sustitutiva con mejores resultados en cuanto a supervivencia de paciente e injerto.

Objetivo: Comparar el trasplante renal de donante vivo en la etapa pre- inhibidores de calcineurina (ICN) con la etapa post-ICN.

Pacientes y métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, descriptivo y de seguimiento, de una cohorte de pacientes trasplantados renales de donante vivo entre 1969 a 2013.

Se ha dividido la población en 2 grupos. Grupo Aza (G-Aza, n=65) tratados con azatioprina y esteroides (1969-1984) y grupo ICN (G-ICN, n=42) con ICN (Tacrolimus y/o Ciclosporina), MMF y esteroides (1987-2013). Los pacientes se siguieron hasta la actualidad, pérdida del injerto o fallecimiento.

Resultados: La población y los principales resultados se muestran en la tabla 1. Al final del seguimiento 39(60%) pacientes en el G-Aza y 41(97.6%) en el G-ICN seguían vivos; 26(40%) en el G-Aza y 31(73.8%) en el G-ICN tenían injerto funcionando.

Por el método de Kaplan Meier se observó que en el G-Aza el rechazo agudo en los 3 primeros meses fue más frecuente y ocurrió antes; p<0.0001; HR 4.27 (IC 95% 2.15-8.48) por regresión de Cox; ajustado por edad del receptor: HR =2.94; IC 95% 1.37-6.29; p=0.0029 y ajustado por edad del donante: HR =2.99; IC 95% 1.34-6.69; p=0.0059. La pérdida del injerto fue más precoz en el G-Aza que en el G-ICN (supervivencia 5 años 50 vs 90%, p=0.015) y la tasa de incidencia de eventos cardiovasculares mayor en el G-AZA 2.16 vs 0.69/100 pacientes-año, a pesar de mayor edad y factores de riesgo cardiovasculares de G-ICN.

Conclusiones: Mejoría del pronóstico renal y cardiovascular del trasplante vivo, a pesar de aumentar la edad y el riesgo vascular y disminuir la compatibilidad HLA. Nuevos inmunosupresores y otros avances médicos pueden haber contribuido.

Tabla 1. Población y resultados, expresado como % o media (DS)

Variables	G-Aza	G-ICN	p
N	65	42	
Antes-paciente de seguimiento	693	236	
Edad (R)	28.7 (8.2)	41.7 (13.2)	<0.0001
Sexo (R) varón (%)	66.2	64.3	ns
Edad (D)	40.2 (14.8)	49.6 (11.3)	0.0071
Sexo (D) varón (%)	38.5	44.4	ns
TRIS previa (%)	0	34.3	0.0000
Ninguna	0	45.7	
Hemodialisis	100	20	
Peritoneal	0	20	
Enfermedad renal (%)			
GN bicaptada	44.6	25.6	
Nefropatía diabética	0	2.6	
Nefropatía vascular	7.7	5.1	0.0022
No filada	38.9	30.8	
Poliquistosis	0	17.9	
Otros	10.8	17.9	
Enfermedad CV previa (%)	26.2	23.1	ns
FRCV previos (%)			
Solo ERC	26.2	18.4	0.0009
>1	69.2	50	
>2	4.6	31.6	
Rechazo agudo (%)			0.0062
≤1	43.8	66.7	
>1	28.1	30.6	
>1	28.1	2.8	
Causa de pérdida del injerto (%)			0.0414
No filada	21.1	33.3	
Rechazo crónico	34.2	20	
Rechazo agudo	23.7	0	
Vascular	5.3	26.7	
Otros	15.8	20	
Eventos CV postrasplante (%)	23.1	5.1	0.0363
Tasa de incidencia de primer evento CV (evento/100 paciente-año)	2.16	0.69	

R. Recipio; D. Escotto; TRIS: Tiempo renal sustitutivo; FRCV: Factores de riesgo cardiovascular; CV: enfermedad renal crónica.

462 EVOLUCIÓN DE LOS TRASPLANTADOS RENALES CON MÁS DE 20 AÑOS DE SUPERVIVENCIA

I. ABUWARD ABU-SHARKH¹, M. DURÁN BELOSO¹, S. PUELLO MARTÍNEZ², G. GARCÍA RODRÍGUEZ¹, M. FIDALGO¹, MD. ARZA ARZA¹, C. DÍAZ RODRÍGUEZ¹, E. VARO PÉREZ¹, M. BLANCO PARRA³, R. ROMERO BURGOS¹

¹NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO U. (SANTIAGO DE COMPOSTELA), ²CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO. H. CLÍNICO U. (SANTIAGO DE COMPOSTELA), ³UROLOGÍA. H. CLÍNICO U. (SANTIAGO DE COMPOSTELA)

Introducción: La población trasplantada de riñón con larga supervivencia es, cada vez más numerosa pero sus características y curso clínico no han sido estudiadas en profundidad.

Objetivo: Analizar los factores asociados a supervivencias prolongadas y describir el curso clínico de los pacientes trasplantados en nuestro centro con más de 20 años de evolución.

Métodos: Se incluyen los 249 trasplantes realizados en nuestro Centro de 1982-1995 y seguidos en consulta durante toda su evolución y cuyos datos se habían incluido de manera prospectiva en una base de datos.

Resultados: De todos los trasplantes, el 64% eran varones, con 43+-13,1 años de edad y la causa de la Insuficiencia renal: 29% Glomerulopatías, 12% enfermedad intersticial, 14% PQR, 10% nefroangiosclerosis, 1% Diabetes, 28% no filadas y 6% de otras causas.

La inmunosupresión recibida fue en 90 pacientes (36%) Azatioprina-prednisona y en el restante ciclosporina+prednisona y Azatioprina durante los primeros 6 meses. En 3 pacientes se realizó inducción con Ac policlonales.

Las Incompatibilidades ABDr fueron 3,5+-1,16, la incidencia de función retardada del injerto fue del 34% y de rechazo agudo del 50%.

El 32% (79 pacientes) mantenían injerto funcionando después de 20 años de evolución. Un análisis multivariable de regresión de Cox demuestra que los factores de riesgo para la pérdida del injerto antes de los 20 años son (HR, 99%IC): Edad al Tx 1,015 (1,001-1,029) p=0.034; Edad del donante 1,013 (1,003-1,024) p=0.014; FRI 1,617 (1,132-2,301) p=0.000 y rechazo agudo 2,210 (1,556-3,1579) p=0,000.

Tras 20 años de evolución 25 pacientes perdieron el injerto, lo que resulta una vida media del injerto de 116 meses y una supervivencia censurada para exitus del 76% a los 10 años. Quince fallecieron: 5 por enfermedad cardiovascular, 5 por infección, 4 por cáncer, y una por causa desconocida. Diez perdieron el injerto, 8 por disfunción crónica y 2 por glomerulopatía de novo. De ellos, 3 fueron retransplantados y 7 permanecen en diálisis.

Los que siguen con riñón funcionando tienen una edad de 64+-12 (36-94) años, la Cr actual es 1,4+-0,45 mg/dl, 5 presentan IRC G4, 4 han superado un cáncer (excluyendo los cutáneos) y 16 pacientes presentan enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: Tras 20 años de supervivencia la causa principal de pérdida del injerto es la muerte por cáncer y enfermedad cardiovascular por lo que en esta población es especialmente importante el diagnóstico precoz de cáncer, el control de factores de riesgo cardiovascular y probablemente disminuir la carga de inmunosupresores

463 PAPEL DEL TIEMPO DE ISQUEMIA FRÍA EN LA EVOLUCIÓN INICIAL DEL INJERTO Y EN LA APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POST-TRASPLANTE

O. SEGURADO¹, A. LIZARAZO¹, G. DELGADO¹, A. MARTÍNEZ¹, K. LEWCZUK¹, E. RUIZ¹, G. TABERNEIRO¹, P. GARCÍA COSMES¹

¹NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO U. (SALAMANCA)

Introducción: El tiempo de isquemia fría es uno de los factores que influyen en la evolución inmediata del injerto renal. Revisamos nuestra experiencia en cuanto al papel que juega en la evolución del injerto en los primeros meses y su relación en la aparición de rechazo agudo y función retrasada del injerto.

Materiales y método: Estudio retrospectivo de 220 pacientes (84 mujeres y 136 varones) que recibieron trasplante renal entre los años 2005 y 2013 en el Hospital Clínico de Salamanca. Analizamos la relación del tiempo de isquemia fría con la función del injerto a la semana, 1 mes y 3 meses; según subgrupos de T.I.F. (<18h, 18-24h, >24h). Asimismo si hubiera alguna relación con la aparición de rechazo agudo y de función retrasada del injerto.

Resultados: El porcentaje de pacientes que presentaron F.R.I. fue de 22.7% y rechazo agudo el 13.6%. El T.I.F. global medio fue 18.15h (DS 5.78).

No observamos asociación estadísticamente significativa de un T.I.F. prolongado y la aparición de rechazo agudo ni la presencia de F.R.I. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la función del injerto entre los diferentes subgrupos excepto en uno de ellos (ver tabla 1).

* = P < 0,05

Conclusiones:

- Un tiempo de isquemia fría inferior a 18h se relaciona con una mejor evolución inicial de injerto la primera semana, pero no se observaron diferencias significativas en la evolución al mes y a los 3 meses.

- Tampoco se objetivo asociación entre un T.I.F. prolongado y la presencia de función retrasada del injerto o de rechazo agudo.

Tabla 1.

T.I.F.	CREAT 1 SEM	CREAT 1 MES	CREAT 3 MESES
T.I.F. < 18 h	2.68*	1.38	1.30
T.I.F. 18 - 24 h	3.48	1.64	1.39
T.I.F. > 24 h	4.09	1.51	1.37

464 ESTIMATION OF GLOMERULAR FILTRATION RATE (GFR) IN RENAL TRANSPLANT PATIENTS

A. GRAMATICU¹, R. DUMEA¹, D. SIRIOPOL¹, J. BOLAÑOS², A. COVIC¹, A. ORTIZ³, B. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ³, A. RAMOS³
¹NEPHROLOGY. UNIVERSITY H. DR. C.I. PARHON (IASI RUMANÍA), ²INTERNAL MEDICINE. FJD (MADRID), ³NEPHROLOGY. IIS- FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)

Kidney graft function evaluation is a key point in preventing short and long-term graft loss. Glomerular filtration rate (GFR) can be determined using the creatinine clearance (CrCl), complex and expensive methods by measuring the clearance of exogenous markers, or estimated from serum creatinine using mathematical equations like CKD-EPI, MDRD and Cockcroft Gault. However, these equations were derived from non-transplant populations.

Aim: Evaluate the correlation and agreement between measured CrCl and estimated GFR in kidney transplant recipients and identify patients' characteristics that underlie a discrepancy between those methods.

Methods: We estimated GFR using MDRD, CKD-EPI and Cockcroft Gault in 135 kidney transplant patients (86 men) at Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Median age 58 years (IQR [23-83]), deceased donors 76.3%. CrCl was measured from 24-hour urine output.

Results: CrCl (median 64.0 ml/min) was significantly higher than CKD-EPI (median 52.9, p<0.05), but not when compared to MDRD (median 53.6) and Cockcroft Gault (median 56.2). The Spearman correlation showed that the mathematical equations are correlated to CrCl (correlation coefficient of 0.768 for CKD-EPI, 0.760 for MDRD and 0.781 for Cockcroft Gault ; p<0.001).

However, high correlation does not automatically imply a good agreement between the methods. The Bland-Altman plot evidenced that neither of these methods has a good agreement with CrCl but showed also a proportional bias, with a higher discrepancy between these methods with increasing GFR.

Out of the 14 outlier patients in the Bland-Altman plot with CrCl well above MDRD, we observed urinary creatinine >1.5 g/day in 7 (50%) and an untrustworthy urine collection in one. From the 3 outlier patients with CrCl well below MDRD, we found one patient with urinary creatinine <0.5 g/day, but no apparent explanation could be found for the other outliers.

We performed an additional analysis including only the patients with a measured CrCl <90 ml/min. In these patients we found that there is a good agreement between the methods, with no additional proportional bias.

Conclusions: In general, mathematical equations correlate with CrCl although they provide lower value estimates of GFR than CrCl. The highest correlation coefficient corresponds to the Cockcroft-Gault equation that was developed to estimate CrCl while the other two methods estimate GFR. However, we found an agreement between the methods only in patients with a calculated CrCl < 90 ml/min. 24h urinary creatinine excretion may identify some outliers in whom excessively high or low muscle mass interferes with estimation of GFR by equations.

465 INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN RECEPTORES DE DONANTES EN ASISTOLIA

P. GALINDO SACRISTÁN¹, A. PÉREZ MARFIL¹, J. DE TERESA ALGUACIL¹, FJ. BARROSO MARTÍN¹, M. ORELLANA AGREDA¹, R. CASTELLANO¹, C. DE GRACIA GUINDO¹, A. OSUNA¹
¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (GRANADA)

Introducción: La incidencia de Enfermedad grave por Citomegalovirus (CMV) es baja, mientras que las tasas de infección permanecen elevadas, sobre todo en pacientes sometidos a un mayor grado de inmunosupresión, especialmente con terapia antilinfocitaria.

Planteamiento y objetivos: Realizamos un estudio epidemiológico observacional en pacientes trasplantados en nuestro Centro durante dos años, registrando datos demográficos, trasplante previo, tipo de donante, serología CMV donante/receptor, inmunosupresión de inducción, estancia hospitalaria, intentando establecer factores predisponentes de infección por CMV. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0.

Resultados: Un total de 129 pacientes recibieron un trasplante renal, procedente de donante vivo el 19,45%, y de donante cadáver en asistolia el 17,1%. Para un 11,6% se trató de un re-trasplante. La terapia de inducción fue en el 40,3% con Timoglobulina, (en todos los receptores de donante en asistolia), en 39,4% con Basiliximab, y en el resto con terapia convencional (Anticalcineurínico, Micofenolato y Prednisona). En el 45,7% de pacientes se registró Infección por CMV, siendo menor significativamente en los re-trasplantados (20%) p0,025. La tasa de Infección fue mayor en aquellos tratados con Timoglobulina (55,7% frente al 40,2% en los no tratados) (NS) y en aquellos con una mayor estancia hospitalaria (p 0,017). Entre receptores de donante cadáver respecto a vivo, encontramos diferencias significativas en el porcentaje de infecciones por CMV (51,9% frente a 24%), p 0,010. En los trasplantados de donantes en asistolia se registró un 81,8% de infección por CMV. En el análisis de regresión logística, la donación en asistolia fue predictora de Infección por CMV (Exp(B) 0,163).

Conclusiones: Es muy frecuente la Infección por Citomegalovirus en los receptores de trasplante renal. En pacientes tratados con Timoglobulina se observa un porcentaje elevado de dicha infección. En los receptores de donantes en asistolia está significativamente aumentada la tasa de infección y no es justificable sólo por el uso de Timoglobulina en la inducción, ni por la mayor duración de estancia hospitalaria, por lo que deben existir otros factores implicados.

466 TRASPLANTE RENAL CON DONANTE AÑOSO EN ASISTOLIA

S. CEDAÑO¹, M. RENGEL¹, S. ABAD¹, U. VERDALLE¹, A. VEGA¹, E. VERDE¹
¹NEFROLOGÍA. H. GENERAL U. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: La utilización de riñones de donantes en asistolia (DA) para aumentar el número de trasplantes renales ha despertado el interés de algunos programas por este tipo de injertos, con limitaciones por edad y comorbilidad.

Material y métodos: Presentamos 2 pacientes que recibieron un trasplante renal de donantes mayores de 75 años fallecidos en asistolia, tipo II de Maastrich, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y proteinuria, en diciembre de 2011. Dos receptores de 66 y 70 años de edad, en hemodiálisis por Insuficiencia Renal Crónica no filiada, desde Agosto de 2007. La inmunosupresión se hizo con anticuerpos policlonales (ATG-Fresenius), esteroides y micofenolato sódico, con introducción de Tacrolimus en la primera semana postrasplante.

Resultados: Presentaron disfunción inicial del injerto; pero alcanzaron creatinina plasmática de 1-1,5 mg/dl a los diez días, sin proteinuria, con buena evolución a los tres años. Un paciente falleció por sepsis con el injerto funcionando.

Conclusiones: Los trasplantes realizados con DA y comorbilidad asociada se pueden utilizar con éxito y permiten aumentar los trasplantes renales.

467 INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA: RESULTADOS A SEIS MESES.

M. PÉREZ MIR¹, J. JUEGA¹, J. AREAL², L. CAÑAS¹, C. GONZÁLEZ², A. SÁNCHEZ ESCUREDO¹, J. MANCIÑO³, R. LAUZURICA¹, J. BONET¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), ²UROLOGÍA. H.U. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), ³COORDINACIÓN DE TRASPLANTES. H.U. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

Introducción: El trasplante renal de donante cadáver en asistolia (cDCD) es una opción terapéutica cada vez más extendida y con buenos resultados en nuestro medio.

En nuestro centro, se ha iniciado un nuevo programa de donante en asistolia controlada (Maastricht III, cDCD) en octubre de 2014, habiéndose realizado en los primeros seis meses de desarrollo, 12 trasplantes renales.

Material y métodos: Presentamos los resultados tras el inicio de un programa de cDCD en nuestro centro, analizando una cohorte de 12 trasplantes renales. Se han recogido datos epidemiológicos y clínicos tanto del donante como del receptor, características del injerto, el procedimiento quirúrgico, y seguimiento analítico de los primeros seis meses de evolución.

Resultados: Se efectuó valoración de 12 potenciales donantes (5 desestimados, 7 aceptados), obteniéndose 14 órganos renales y un hígado. Se realizaron 12 trasplantes renales en nuestro centro, se cedieron 2 órganos a otro centro. La edad media de los donantes fue 61±14 años y un 28.57% fueron hombres. La media de creatinina pre-trasplante fue 0.552mg/dL y la proteinuria 436mg/d. La edad media de los receptores fue 60±14 años, siendo el 58.33% hombres. La media de tiempo en terapia sustitutiva renal fue 35.17±28.48 meses, un 91.60% en hemodiálisis, uno en diálisis peritoneal. El tiempo de isquemia fría medio fue 6.94±2.38 horas y el de isquemia caliente funcional 11.25±2.00 minutos.

El seguimiento post-trasplante muestra una creatinina media a los 7 días, al mes y a los 3 meses respectivamente de 3.97±2.71 mg/dL, 2.20±1.48 mg/dL y 1.46±0.40 mg/dL. El 25% de los pacientes presentaron función retrasada del injerto requiriendo con 19, 7 y 2 sesiones de hemodiálisis respectivamente en el período temprano post-trasplante.

La función renal a un mes post-trasplante se correlaciona con la proteinuria y la función renal previa del donante, así como con la función renal a los 7 días y a los tres meses post-trasplante. Dividimos la muestra entre receptores de órganos provenientes de donantes añosos (edad ≥65 años) y receptores de injertos provenientes de donantes estándar, comparándolos entre sí, sin observarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto a función renal al mes y a los tres meses post-trasplante.

Conclusiones: Los resultados iniciales a los seis meses del inicio del programa de trasplante renal de cDCD fueron favorables, relacionándose la función renal al mes del trasplante con la proteinuria y la función renal previa del donante y sin evidenciarse diferencias en la evolución inicial de receptores de órganos provenientes de donantes añosos versus órganos provenientes de donantes estándar.

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

468 RETIRADA DE ESTEROIDES EN TRASPLANTE RENAL ESTABLE

S. CEDENO¹, L. TANA¹, M. RENGEL¹, U. VERDALLES¹, S. ABAD¹, A. VEGA¹, E. VERDE¹
¹NEFROLOGÍA. H. GENERAL U. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: Los glucocorticoides son inmunosupresores que disminuyen la interleuquina 2 y bloquean la migración de macrófagos. Se usan para disminuir el riesgo de rechazo agudo, a pesar de los efectos secundarios sobre el metabolismo de la glucosa y los lípidos. Analizamos el impacto de la terapia inmunosupresora de mantenimiento libre de esteroides en la supervivencia del injerto y del paciente a corto y mediano plazo y la prevalencia de eventos cardiovasculares y metabólicos en pacientes con trasplante renal estable.

Material y métodos: De un total de 444 pacientes en seguimiento, a 157 pacientes, 51% varones, con tiempo de trasplante de 62 meses con rango de 1 a 247 meses se les suspendió los esteroides. Tiempo de retirada de esteroides de 36,6 meses con rango de 1-198 meses. La etiología de la insuficiencia renal era: Glomerulonefritis 31%, Diabetes Mellitus 11%, Poliquistosis 11%, Nefropatía túbulointersticial 18%, Vascular 6%, Otras 7%, No filiada 16%. Los pacientes recibían diariamente Prednisona en dosis de 5 a 10 mg, Azatioprina 50 a 75 mg, Ciclosporina 50 a 150 mg, Tacrolimus 0,5 a 6 mg, en asociación con Micofenolato Mofetilo 250 a 2.000 mg, Micofenolato sódico de 360 a 900 mg y Everolimus 1 a 4 mg. Se realizó inducción en el 58% de pacientes: 48% con anticuerpos monoclonales y 10% con anticuerpos policlonales (ATG-Fresenius). Se les suspendió gradualmente los esteroides, quedando algunos con monoterapia. Resultados

La creatinina basal era de 1,5±0,6 mg/dl y a los 5 años de seguimiento 1,4 ±0,5 mg/dl. La glucemia basal 128±50 mg/dl y 120±40 mg a los 60 meses. El porcentaje de diabetes postrasplante fue del 1,3 % en pacientes sin esteroides y 12,8 % en mantenimiento con esteroides. Los lípidos disminuyeron tras la retirada de los esteroides aunque sin diferencia significativa. El peso se mantuvo estable. La tensión arterial disminuyó, sin diferencia significativa. El porcentaje de eventos cardiovasculares fue del 7,1% en pacientes sin esteroides y 20,8% en pacientes que los mantuvieron.

Conclusiones: Los esteroides se pueden retirar en un gran número de pacientes portadores de un trasplante renal estable y permite disminuir la comorbilidad y sus consecuencias adversas en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes.

469 IMPORTANCIA DEL TIPO DE DONANTE EN LA EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE, EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO.

C. MERINO BUENO¹, L. DEL RÍO¹, J. BANDE¹, R. GARCÍA CASTRO¹, E. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹, ML. SUÁREZ FERNÁNDEZ¹, M. RODRÍGUEZ GARCÍA¹, N. RIDAO CANO¹, M. GAGO FRAILE¹, C. DÍAZ CORTE¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO)

Introducción: numerosos estudios han demostrado la importancia de las características del donante en la evolución post-trasplante, condicionando puntos tales como el régimen de inmunosupresión, objetivos funcionales etc.

Objetivo: Valorar la influencia del tipo de donante en el seguimiento posterior del trasplante. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de los trasplantes renales realizados en nuestro centro entre los años 2008 y 2012, con al menos 2 años de seguimiento. Los profesionales implicados y los protocolos seguidos fueron similares para todos los pacientes. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y se registraron las determinaciones analíticas a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.

Resultados: se incluyeron 217 pacientes (65.4 % hombres) siendo la edad media de 53.8 +/- 9.58 años. Del total, el 24.1 % eran diabéticos y el 86.4 % hipertensos. Un 8.8 % de los mismos llegaron al trasplante procedentes de la consulta de ERCA, un 58.1 % de hemodiálisis y un 31.3 % de diálisis peritoneal. De los donantes, un 44.7 % eran de criterios expandidos (DCE) según los criterios internacionales, siendo el 52.5 % "no expandidos" (DCNE). Comparando el grupo de trasplantes con donantes de criterios expandidos con los de criterios no expandidos se ha observado que no existe diferencia estadísticamente significativa en el FGE (p 0.292), Cr sérica (p 0.270) y proteinuria (p 0.506) a los 24 meses de seguimiento. Llama la atención la ausencia de diferencia en ambos grupos de disfunción inicial del injerto (DCE 36 %, DCNE 29.7 % con p 0.2), días de ingreso (DCE 12.67, DCNE 11.93 con p 0.308) y Cr al alta (DCE 3.12 mg/dl, DCNE 2.52 mg/dl con p 0.765). Existe diferencias significativas en la Cr, edad y sexo del donante así como en la isquemia fría (DCE 12.82 horas, DCNE 10.26 horas con una p 0.01). Se observa que el FGE de los 3 a los 18 meses es significativamente mayor en el grupo de DCNE, si bien en el análisis multivariante incluyendo distintos factores (edad, modalidad de diálisis, diuresis residual...), no existe diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La evolución de la función renal a los dos años del trasplante no viene determinada, según nuestra experiencia, porque el donante sea de criterios expandidos, y tampoco existen diferencias en la disfunción inicial del injerto. No obstante, convendría aumentar el tiempo de seguimiento para confirmar nuestros hallazgos.

470 EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL DE LOS DONANTES VIVOS DE RIÑÓN TRAS LA DONACIÓN

L. BALLESTERO MACÍAS¹, N. NAVA PÉREZ¹, M. SUÑER POBLET¹, F. GONZÁLEZ RONCERO¹, G. BERNAL BLANCO¹, M. PÉREZ VALDIVIA¹, A. SUÁREZ BENJUMEA¹, MA. GENTIL¹

¹Nefrología. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El trasplante renal de donante vivo se ha incrementado en los últimos años debido a la escasez de órganos de donantes fallecidos y a sus mejores resultados.

La nefrectomía unilateral no comporta un riesgo inaceptable de nefropatía a largo plazo, supuesta una buena valoración inicial de los candidatos, ya que el incremento funcional compensatorio del riñón remanente suple de forma satisfactoria la disminución de masa renal.

Objetivo: Estudiar los factores que influyen en el grado de recuperación de la función renal tras la donación. Valorando la relación que existe entre la recuperación de dicha función renal con la edad, sexo y función renal previa a la donación.

Material y métodos: Estudiamos la evolución de 41 donantes vivos de riñón. Medida directa del filtrado glomerular por EDTA-CR51 y estimación el filtrado glomerular (FGe) según las fórmulas basadas en creatinina y medido con orina de 24 horas predonación. Tras donación se determina el aclaramiento de Cr y FGe al 1º mes, 6º mes y 1º año. Analizamos la correlación (Pearson) entre el grado de recuperación de función renal postnefrectomía con la edad, el sexo y FG prenefrectomía (empleando el MDRD-4, como más relevante)

Resultados: Tabla 1. Se objetiva una correlación positiva con FGe predonación y una correlación negativa con la edad del donante. Siendo esta última solo significativa en el primer mes postrasplante, probablemente al reducirse el número de paciente en el seguimiento. No se objetiva ninguna correlación con el sexo.(Tabla 2)

Conclusiones:

- 1- Los donantes vivos que presentan un mayor FG previo a la donación tiene mayor capacidad de recuperación de funcional postnefrectomía.
- 2- A mayor edad del donante menor grado de recuperación de función renal.
- 3-No encontramos correlación entre grado de recuperación funcional y el sexo.

Tabla 1.

Sexo	Pre-d (FG)	Donante (FG)	Donante (Cr) (mg/dl)	CC (ml/min)	MDRD-4 (ml/min)	EDTA (ml/min)	Cr (mg/dl)	Cr (mg/dl)	Cr (mg/dl)	CC (ml/min)	MDRD-4 (ml/min)	CC (ml/min)	MDRD-4 (ml/min)	CC (ml/min)	MDRD-4 (ml/min)
Hombres 38 (90.2%)	89.8 ±10.67	102.81 ±20.38	110.21 ±20.48	120.95 ±44.30	101.99 ±20.55	99.66 ±18.32	19.21 ±11.70	19.41 ±10.96	19.28 ±14.21	89.94 ±21.70	72.94 ±19.87	89.28 ±27.2			
Mujeres 13 (31.7%)															

Tabla 2.

	1º mes postdonación	6º mes postdonación	1º año postdonación
EDAD	Pearson = -0.51 (sig 0.001)	Pearson = -0.28 (sig 0.15)	Pearson = -0.31 (sig 0.17)
MDRD-4	Pearson = 0.58 (sig 0.000)	Pearson = 0.71 (sig 0.000)	Pearson = 0.82 (sig 0.000)
SEXO	Z = -1.7 (sig 0.87)	Z = -0.98 (sig 0.32)	Z = -1.16 (sig 0.24)

471 PATOLOGÍA TUMORAL EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

L. DE LA VARA INIESTA¹, F. LLAMAS FUENTES¹, I. LORENZO GONZÁLEZ¹, G. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ¹, M. MARTÍNEZ DÍAZ¹, A. ORTEGA CERRATO¹, ML. ILLESCHAS FERNÁNDEZ-BERMEJO¹, J. PÉREZ MARTÍNEZ¹, E. LÓPEZ RUBIO¹, C. GÓMEZ ROLDÁN¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U.U. (ALBACETE)

Introducción: Paralelo al aumento de la supervivencia del injerto, se ha evidenciado en numerosas series la asociación entre tiempo de inmunosupresión y eventos tumorales. **Objetivos:** Describir y analizar la patología tumoral en nuestros pacientes trasplantados renales, evaluando la seguridad y eficacia de nuestra estrategia.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se analizaron 273 pacientes trasplantados entre Marzo/2003-Abril/2014 en nuestro centro. Se registra frecuencia, diagnóstico anatomopatológico, localización, tiempo transcurrido desde el trasplante y el desarrollo de la neoplasia (tiempo de latencia), tiempo de seguimiento, uso de ac-antifolcitarios, afectación por citomegalovirus, rechazo agudo y esquema inmunosupresor.

Resultados: De 273 pacientes trasplantados renales, 9,52%(26) fueron diagnosticados de una o más neoplasias (32 tumores en total). La mayoría, 93,43%(24) correspondían a una neoplasia de novo, 7,7%(2) eran recidivas de una enfermedad preexistente, y destacaban dos receptores afectados de una neoplasia inadvertida transferida por el donante y que fueron excluidos en el estudio. La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 63,19±7,24 años. El tiempo de latencia fue de 63,65 meses (11-114), si bien, llama la atención una disminución de éste en los últimos cinco años de causa desconocida (33,50 vs 63,65 meses) y no acompañada de un aumento de la incidencia. Registramos un tiempo promedio de seguimiento de 97,54 meses. Destacan como neoplasias más frecuentes los tumores cutáneos no melanocíticos (58,62%), predominantemente basocelulares (52,94%) y epidermoides (35,29%), con una incidencia similar a la población general respecto a otros tumores. Destacan como principales etiologías de insuficiencia renal, la patología glomerular (38,50%) e intersticial (26,8%). El riesgo de padecer una neoplasia maligna en nuestra serie es del 0,36% al año, 4,39% a los cinco, 6,22% a los siete y 9,52% a los 10 años del trasplante renal. No detectamos asociación con uso de Ac-antifolcitarios, afectación por CMV, antecedente de rechazo agudo o diferente esquema inmunosupresor. En el momento del análisis, 84,60%(22) de los pacientes conservaban injerto funcional, 7,70%(2) habían sido transferidos a diálisis y 7,70%(2) habían fallecido, siendo en ambos la neoplasia la causa del éxito.

Conclusiones: Nuestra experiencia es similar a la reportada en la literatura. La incidencia de cáncer es mayor a la esperada en la población general y se incrementa acorde a la duración de la inmunosupresión. Los tumores cutáneos fueron las neoplasias más frecuentes en nuestra casuística. No encontramos asociación en relación al esquema inmunosupresor. La reducción de las neoplasias postrasplante debe ser uno de los objetivos de las futuras terapias inmunosupresoras.