

## 549 TRASPLANTE COMBINADO RENAL Y DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS PARA INDUCIR TOLERANCIA

MO. LÓPEZ, E. GONZÁLEZ, M.J. SANTANA, R. DE PAZ, R. MORERA, J.M. ALONSO, M. SAEZ, J.L. VICARIO, A. PEREZ MARTÍNEZ, C. JIMÉNEZ

**NEFROLOGÍA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA), **HEMATOLOGÍA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA), **ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA), **UROLOGÍA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA), **RADIOFÍSICA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA), **UNIDAD DE HISTOCOMPATIBILIDAD.** CENTRO DE TRANSFUSIONES DE MADRID (ESPAÑA), **ONCO-HEMATOLOGÍA INFANTIL.** HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (ESPAÑA)

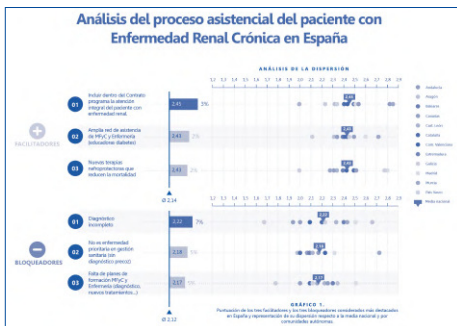
**Introducción:** La inducción de tolerancia se puede lograr mediante la creación de una quimera mixta hematopoyética infundiendo progenitores hematopoyéticos CD34+ y linfocitos T memoria CD45RA-

**Objetivo:** Exponer la experiencia del primer trasplante combinado de riñón y progenitores hematopoyéticos en España a partir de un donante vivo HLA idéntico para inducir tolerancia.

**Resultados:** Mujer, 49 años, IRC secundaria a GNR desde los 13 años. En marzo de 2021 recibe de forma anticipada su cuarto trasplante renal de donante vivo emparentado HLA idéntico combinado con la infusión de progenitores hematopoyéticos del mismo donante. Los dos primeros se perdieron precozmente por rechazo agudo y el tercero se mantuvo funcionando durante 30 años. Protocolo de inducción de tolerancia basado en el modelo de la Universidad de Stanford. Criterios de retirada completa de inmunosupresión: presencia de quimerismo mixto al menos 6 meses, ausencia de rechazo agudo y ausencia de enfermedad injerto contra huésped. Mejoría renal inmediata desde las primeras horas después del implante. Se realizó la infusión de progenitores hematopoyéticos (CD34+ y LTCD3) quince días después del implante, se retiraron los esteroides (15 días), manteniéndose con tacrolimus y ácido micofenólico (este se retiró a los 5 meses). No presentó episodios de infección ni fracaso renal agudo y su función renal al alta fue de 0,6 mg/dl. Posteriormente recibió infusiones quimerales de linfocitos T del donante de abril a septiembre 2021. El día +36 posttrasplante renal presentó fracaso renal agudo (Cr:1,7 mg/dl y ratio de proteína/creatinina en orina de 1 g/g), se realizó biopsia renal y se trató empíricamente con bolus de metilprednisolona (total 1.125 mg). Se observaron mínimas alteraciones histológicas sin lesiones de rechazo agudo. La función renal mejoró progresivamente hasta sus cifras normales al 3er día de realizada la biopsia renal. Durante 12 meses posttrasplante, la función renal se ha mantenido estable (creatinina 0,6-0,8 mg/dl y sin proteinuria). Segunda biopsia renal de seguimiento (mes 7) no reveló alteraciones histológicas. Se demostró quimera mixta hematopoyética transitoria durante los primeros 2 meses del trasplante, manteniéndose en monoterapia con tacrolimus desde el mes +5. Los controles de la reconstitución inmune mostraron una recuperación de las subpoblaciones linfocitarias a partir del 5 mes posttrasplante.

**Conclusión:** Se ha realizado el primer trasplante renal combinado con infusión de progenitores hematopoyéticos en una paciente con alto riesgo inmunológico. El procedimiento ha sido eficaz y seguro. Ha permitido la reducción de la inmunosupresión sin presencia de rechazo agudo ni enfermedad injerto contra huésped.

Figura 1.



## 550 EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN PRECOZ EN TRASPLANTES DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA SEGÚN EL PROTOCOLO INMUNOSUPRESOR

A. APARICIO SIMÓN, I. LORENZO GONZÁLEZ, L. DE LA VARA INIESTA, P. SARDUY CORONADO, S. BLAS GÓMEZ, R. GONZÁLEZ CANO, C. MARTÍNEZ ANTOLINOS, S. PIQUERAS SÁNCHEZ, F. LLAMAS FUENTES

**NEFROLOGÍA.** HOSPITAL GENERAL U. DE ALBACETE (ESPAÑA)

**Introducción:** Dada la gran variabilidad de protocolos inmunosupresores entre centros y Comunidades Autónomas, con los recursos que ello implica y las modificaciones realizadas a lo largo de los últimos años, se quiere ahondar en si realmente los distintos esquemas terapéuticos de inmunosupresión de inducción causan o no una diferencia en cuanto a evolución precoz del injerto.

**Material y métodos:** Se evaluó una cohorte de 101 pacientes trasplantados de donante en asistencia controlada del 2013 al 2021 con una media de edad de 56,6±10,9 años y 66,3% de varones. Se comparó un protocolo de inmunosupresión inicial de inducción: Timoglobulina más esteroides, micofenolato e introducción retardada del anticalcineurino tacrolimus (n=70) frente al protocolo inmunosupresor implantado con la pandemia COVID19: esteroides, micofenolato y tacrolimus desde el día 0, inducción con timoglobulina en hiperinmunizados (n=18) o con basiliximab en el resto (n=13). Se estudió la evolución precoz del trasplante.

**Resultados:** En el grupo de tacrolimus retardado (grupo 1) fue más frecuente el sexo varón en el donante que en el grupo de tacrolimus desde el inicio (grupo 2) (72,9% vs 48,4%, respectivamente, p=0,017), si bien los receptores del grupo 2 llevaban más tiempo en diálisis (mediana 55,3 vs 40,3 meses respectivamente, p=0,004) que los de grupo 1. No hubo más diferencias entre ambos grupos.

En nuestra cohorte cinco pacientes presentaron disfunción primaria del injerto (4,9%) todos del grupo de Tacrolimus introducido tardamente.

En cuanto al desarrollo de función retardada del injerto, definida por la necesidad de diálisis en la primera semana post-trasplante, fue significativamente más frecuente en el grupo 1 que en el 2 (52,3% vs 22,6%, p=0,006), así como la realización de biopsia del injerto posttrasplante (32,3% vs 12,9%, p=0,043) sin diferencias en la tasa de rechazo agudo probada por ésta (16,9% vs 6,5%, p=0,161).

No hubo diferencias significativas en la duración de ingreso hospitalario (21±13 vs 18±9 días, p=0,216), sin embargo, los trasplantes con tacrolimus precoz presentaron mejor función renal al alta (Creatinina sérica 2,8±1,0 vs 2,2±1,2 mg/dl, p=0,025).

**Conclusiones:** En virtud de estos resultados, con las limitaciones del estudio, se concluye que la administración precoz de tacrolimus en los trasplantes de donante en asistencia controlada no sólo no retrasa la función del injerto, sino que disminuyen la necesidad de diálisis posttrasplante y mejoran la función renal al alta.

Por tanto, la diferencia temporal de administración del inmunosupresor principal, sí se debe tener en cuenta a la hora de elaborar los distintos protocolos de inducción post trasplante.

## 551 ¿CÓMO DEBERÍA SER LA INMUNOSUPRESIÓN EN EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE HLA-IDENTICO EMPARENTADO?

P. HERNÁNDEZ VELASCO, C. GONZÁLEZ-GARCÍA, SM. CARRIAZO JULIO, B. FUENTES HUERTA, J. SANDINO PÉREZ, A. COLOMA LOPEZ, A. ANDRÉS BELMONTE, JM. CRUZADO, E. MELLILLÁ, E. MORALES RUIZ

**NEFROLOGÍA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID), **NEFROLOGÍA.** HOSPITAL FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ (MADRID), **NEFROLOGÍA.** HOSPITAL JOAN XXIII (TARRAGONA), **NEFROLOGÍA.** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT)

**Introducción:** Los receptores de trasplante renal de donante vivo HLA-identico tienen mayor supervivencia del injerto y menos riesgo de rechazo agudo debido al papel fundamental del complejo mayor de histocompatibilidad en la respuesta aloinmune. Se desconoce el régimen inmunosupresor idoneo en estos pacientes.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico descriptivo de una cohorte de receptores de trasplante renal de donante vivo HLA-identico emparentado del hospital universitario 12 de Octubre y hospital universitario de Bellvitge entre los años 2009-2021. Se recogieron variables demográficas, clínicas y bioquímicas. El objetivo fue describir la inmunosupresión de esta población, la evolución de su función renal y su incidencia de rechazo.

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes (85,3% varones) con una edad media al trasplante de 50,5 años. La patología glomerular fue la causa más frecuente de enfermedad renal (15 pacientes [44,1%]). Cinco pacientes (14,7%) eran hiperinmunizados. La inducción consistió en esteroides, tacrolimus y micofenolato en la totalidad de pacientes, asociando basiliximab en 14 (43,8%) y timoglobulina en 3 (8,8%). La mediana del seguimiento fue de 65,5 meses. A su finalización, se retiró el anti-metabolito en 13 pacientes (38,2%) y los esteroides en 23 (67,6%). Asimismo, se introdujo un inhibidor de mTOR en 6 pacientes (17,6%). La mediana de filtrado glomerular estimado (FGe) tras el seguimiento fue de 56 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (39,5 - 70,7) y la de proteinuria fue de 0,7 g/24h (0,17 - 1,56). Se produjeron tres rechazos agudos (8,8%), 2 borderline y 1 celular. Únicamente se registró un episodio de pérdida del injerto, atribuida a glomerulopatía del trasplante y rechazo agudo borderline y dos fallecimientos durante el seguimiento.

**Conclusión:** La minimización de la inmunosupresión es segura en los receptores de trasplante renal de donante vivo HLA-identico emparentado.

Tabla 1.

CARACTERÍSTICAS BASEALES Y DE TRASPLANTE RENAL		n=34
<b>Sexo, varón n (%)</b>		29 (85,3)
<b>Causa Enfermedad Renal Crónica</b>		
Glomerular n (%)		15 (44,1)
NTIC n (%)		16 (47,6)
ADPKD n (%)		4 (11,9)
<b>Hiperinmunizados n (%)</b>		5 (14,7)
<b>Número de trasplante</b>		
Primero n (%)		30 (88,2)
Segundo n (%)		3 (8,8)
Tercero n (%)		1 (2,9)
<b>ABO-incompatible, si n (%)</b>		3 (8,8)
<b>Edad del receptor p50 (RIC)</b>		50,5 (39,7-54,2)
<b>Edad del donante p50 (RIC)</b>		49 (47,7-57,2)
<b>Mediana de seguimiento, meses p50 (RIC)</b>		65,5 (34,7-105,5)
<b>Muerte, si n (%)</b>		2 (5,9)
<b>INMUNOSUPRESIÓN</b>		
<b>Inducción: E + ICN + MMF + Basiliximab n (%)</b>		14 (43,8)
<b>ATG n (%)</b>		3 (8,8)
<b>Retirada de corticoides, si n (%)</b>		23 (67,6)
Tiempo hasta retirada E, meses p50 (RIC)		8,5 (0-25)
<b>Retirada ICN, si n (%)</b>		13 (38,2)
Tiempo hasta retirada ICN, meses p50 (RIC)		14 (5,5-33,5)
<b>Retirada MMF, si n (%)</b>		13 (38,2)
Tiempo hasta retirada MMF, meses p50 (RIC)		4 (2-16)
<b>EVOLUCIÓN DE FUNCIÓN RENAL Y PROTEINURIA EN FUNCIÓN DE INMUNOSUPRESIÓN</b>		
<b>Outcome renal fin del seguimiento</b>		
<b>Injerto funcionando, n (%)</b>		33 (96,9)
FGe > 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> , n (%)		14 (41,2)
FGe 30-60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> , n (%)		17 (50)
FGe < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup> , n (%)		3 (8,8)
Mediana de FGe (ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) (RIC)		56 (39,5-70,7)
Mediana de proteinuria (g/24h) y RIC		0,7 (0,17-1,56)
<b>IS de mantenimiento fin del seguimiento</b>		
Triple terapia estándar, n (%)		5 (14,7)
ICN + MMF, n (%)		8 (23,5)
ICN + E, n (%)		4 (11,8)
ICN, n (%)		4 (11,8)
mTOR + E, n (%)		1 (2,9)
mTOR, n (%)		2 (5,9)
mTOR + CNJ, n (%)		1 (2,9)
mTOR + MMF, n (%)		1 (2,9)
MMF, n (%)		5 (14,7)
MMF + E, n (%)		1 (2,9)
Crs: creatinina sérica; E: corticosteroides; FGe: filtrado glomerular estimado; ICN: inhibidor de la calcineurina; MMF: Micofenolato; IS: inmunosupresión.		

## 552 INCREMENTO DE Tfh EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON ABMR QUE RECIBIERON INDUCCIÓN CON TIMOGLOBULINA

MP. PÉREZ, LL. LLINÁS, JY. YÉLAMOS, DR. REDONDO, SS. SANZ, CA. ARIAS, CB. BURBALLA, MP. PÉREZ, MC. CRESPÓ

**NEFROLOGÍA.** HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA, ESPAÑA)

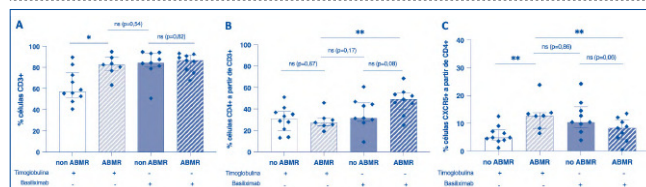
**Introducción:** La timoglobulina es una droga que actúa disminuyendo los linfocitos T de manera global y su efecto puede durar meses. En trasplante renal (TR), se usa como inmunosupresión de inducción en pacientes con alto riesgo inmunológico, o como tratamiento del rechazo agudo vascular. La subpoblación de linfocitos T conocida como T follicular helper (Tfh) es esencial para la producción de anticuerpos por linfocitos B y, por tanto, estas células juegan un papel relevante en el rechazo mediado por anticuerpos (ABMR). El efecto de la timoglobulina sobre las Tfh está menos descrito.

**Métodos:** Se analizaron células mononucleares de 35 TR a los 12 meses postTR en función de la inmunosupresión de inducción recibida y de la presencia/no de ABMR en la biopsia del año. Se establecieron 4 grupos de estudio: TIMO-noABMR (n=10); TIMO-ABMR (n=7); BASI-noABMR (n=9); BASI-ABMR (n=9). Las distintas subpoblaciones linfocitarias se analizaron mediante citometría de flujo.

**Resultados:** No hubo diferencias significativas en las características basales de los pacientes, excepto en el cPRA preTR (más alto en el grupo TIMO 37,2% vs 51,4%, p=0,001). A los 12 meses postTR, los linfocitos T (CD3+) persistían disminuidos en el grupo TIMO-noABMR, pero en los TIMO-ABMR se habían incrementado hasta cifras comparables con el grupo BASI (Figura 1A). El grupo que presentó un mayor porcentaje de CD4+ fue el de BASI-ABMR (Figura 1B). Sin embargo, las Tfh (CD4+CXCR5+) se incrementaron más en el grupo TIMO-ABMR que en el grupo BASI-ABMR (Figura 1C).

**Conclusiones:** A pesar de que el efecto reductor de la timoglobulina sobre los linfocitos T puede persistir incluso 12 meses postTR, el estímulo del rechazo es capaz de reconstituirlas para una respuesta inmune eficiente. En este contexto, la mayor expansión se produce a expensas de las Tfh.

Figura 1.



**553 ALEMTUZUMAB COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**M. FERREIRA BERMEJO<sup>1</sup>, S. JIMÉNEZ ÁLVARO<sup>1</sup>, S. ELÍAS TRIVIÑO<sup>1</sup>, M. ÁLVAREZ NADAL<sup>1</sup>, MC. GALEANO ÁLVAREZ<sup>1</sup>, M. FERNÁNDEZ LUCAS<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** El trasplante renal es el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal. El tratamiento inmunosupresor es esencial para controlar la respuesta inmune del receptor frente al injerto, existiendo múltiples combinaciones que buscan adaptarse a las características clínicas e inmunológicas del paciente. Clásicamente, se emplean como terapia de inducción Basiliximab o Timoglobulina, esta última de elección en casos de alto riesgo inmunológico. Más recientemente, Alemtuzumab, un anticuerpo monoclonal anti-CD52, ha sido empleado en la inducción del trasplante renal, mostrándose como un fármaco seguro, con menor tasa de infecciones sin claro aumento en las tasas de rechazo agudo comparado con los fármacos clásicos, pudiendo plantearse como alternativa en casos seleccionados.

**Material y métodos:** Se presenta el caso clínico de un varón de 40 años, con enfermedad renal de etiología no filiada, hiperinmunitario en el contexto de trasplante previo, y antecedente de reacción adversa infusional tras administración de timoglobulina, habiendo recibido posteriormente tratamiento de desensibilización frente a la misma. Ingresó en enero de 2022 para realización de segundo trasplante renal de donante cadáver en asistolia controlada tipo III, presentando shock anafiláctico intraquirófono tras inducción con timoglobulina. Ante el elevado riesgo inmunológico, se plantea completar tratamiento de inducción con alemtuzumab. Se pauta dosis inicial de 30 mg en el día 0, omitiéndose la administración de una segunda dosis por presencia de fiebre en las primeras 24 horas, y elevación persistente de reactantes de fase aguda con necesidad de inicio de tratamiento antibiótico. Ha recibido triple terapia de mantenimiento con tacrolimus, micofenolato y prednisona.

**Resultados:** El paciente ha presentado buena evolución clínica, con retraso en la función del injerto de siete días. Ante pico febril en las primeras 24 horas, se inició tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico, con remisión de la fiebre, completándose un ciclo de tratamiento de una semana. No se ha conseguido aislamiento microbiológico. No ha presentado otros eventos infecciosos durante el ingreso. Recibe alta hospitalaria en el día +12, con creatinina de 2.29 mg/dl y tasa de filtrado glomerular estimada de 34.18 ml/min (CKD-EPI). Hasta la fecha, no ha presentado complicaciones infecciosas que hayan requerido ingreso, manteniendo una función renal estable con creatinina en torno a 1.5 mg/dl, sin proteinuria significativa.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia sugiere que el uso de Alemtuzumab como terapia de inducción en el trasplante renal, resulta seguro en la prevención del rechazo agudo en pacientes seleccionados que presentan alguna contraindicación para el empleo de timoglobulina.

**554 TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL RECHAZO HUMORAL CRÓNICO ACTIVO (RHCA)**J. MAZÓN RUIZ<sup>1</sup>, C. LÓPEZ DEL MORAL<sup>1</sup>, R. VALERO SAN CECILIO<sup>2</sup>, E. RODRIGO CALABIA<sup>2</sup>, JC. RUIZ SAN MILLÁN<sup>2</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUCA (ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HUMV (ESPAÑA)

**Introducción:** Pese a los continuos avances en la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos, continuamos presentando elevadas tasas de pérdida del injerto a largo plazo. Los cambios en los criterios diagnósticos, incluyendo datos clínicos y moleculares, sumado a la posible incorporación futura de biomarcadores y un fenotipo relativamente diferente del rechazo humoral crónico frente del agudo, pudiera explicar en parte, por qué el empleo de terapias inmunosupresoras eficaces en el rechazo agudo humoral (RAH) pudiera perder eficacia al ser empleadas en el rechazo humoral crónico activo (RHCA). En los últimos años, han sido varias los estudios publicados con el empleo de nuevas terapias (bloqueo de IL6 o IL6-R, inhibidores del proteasoma, anti-CD38 o combinaciones diversas) con resultados controvertidos.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo con pacientes trasplantados renales etiquetados de RHCA (n=4). Se indicó de inicio tratamiento con TCZ como uso compasivo en seis dosis mensuales (8 mg/kg/mes), con posterior mantenimiento del mismo en caso de una adecuada respuesta y buena tolerancia. Durante el seguimiento se monitorizó filtrado glomerular, proteinuria, ADEs y cambios histológicos demostrados por biopsia renal de control.

**Resultados:** Cuatro pacientes, de edad media 41,7 ± 7,7 años, tres del género masculino, con un cPRA medio del 68%. El tratamiento con TCZ se inició de media a los 94 ± 49 meses post-trasplante. Los 4 pacientes completaron al menos los 6 meses iniciales de tratamiento programado, sin experimentar en ese periodo efectos adversos remarcables. Además, se objetivó un importante descenso en la tasa de caída del filtrado glomerular comparando con el año previo al inicio del tratamiento (16% vs 44%), proteinuria estable, negativización de los ADEs en 3 casos y descenso de los mismos en el paciente restante, y mejoría, aunque en grado variable en los datos de inflamación de la microcirculación y glomerulopatía del trasplante.

**Conclusiones:** La terapia con Tocilizumab parece aportar beneficio a la hora de modificar la historia natural del RHCA, reduciendo la intensidad de los ADEs y los datos de inflamación demostrados por biopsia renal. Sin embargo, es necesario de ensayos con mayor tamaño muestral, que incluyan poblaciones homogéneas y donde se evalué la respuesta al tratamiento según el tipo de DSA así como la participación o no del complemento entre otros factores.

**555 FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN EL TRASPLANTE RENAL. ESTUDIO COMPARATIVO**D. CHOLBI VIVES<sup>1</sup>, J. ESPÍ REIG<sup>1</sup>, A. CRUZ SÁNCHEZ<sup>2</sup>, E. MORENO MAESTRE<sup>1</sup>, A. VENTURA GALIANO<sup>1</sup>, D. RAMOS ESCORIHUELA<sup>1</sup>, M. RAMOS CEBRIÁN<sup>1</sup>, P. GONZÁLEZ CALERO<sup>1</sup>, I. BENEYTO CASTELLÓ<sup>1</sup>, J. HERNÁNDEZ JARAS<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA), <sup>2</sup>FARMACIA. HOSPITAL LA FE (VALENCIA), <sup>3</sup>INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL LA FE (VALENCIA)

**Introducción:** Desde la década de los 90, el tacrolimus se ha convertido en el principal pilar de la inmunosupresión en el trasplante renal para prevenir el rechazo. En el momento actual existen diversas formulaciones disponibles, la formulación clásica de liberación inmediata y la formulación de liberación prolongada (LP) que se desarrolló posteriormente con el fin de mejorar la adherencia terapéutica. En los últimos años se han comercializado fármacos genéricos de tacrolimus de LP. La utilización de fármacos inmunosupresores genéricos en trasplante renal ha sido objeto de diferentes revisiones y publicaciones.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, aleatorizado y paralelo en el que participaron 52 pacientes que recibieron un trasplante renal en nuestro hospital entre mayo de 2020 y junio de 2021. Con el objetivo de conocer si existen diferencias en cuanto a la efectividad y seguridad del tacrolimus genérico de liberación prolongada (Conferoport) frente al tacrolimus de liberación prolongada de referencia (Advagraf), los sujetos fueron asignados de forma aleatoria a uno de los siguientes grupos: grupo de estudio (Conferoport, n=31) y grupo control (Advagraf, n=21). Los datos demográficos y clínicos de donantes y receptores fueron homogéneos en ambos grupos (p > 0.05). Las variables de interés fueron observadas y recogidas durante un periodo de hasta 12 meses tras el trasplante.

**Resultados:** Los análisis mostraron la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los valores de creatinina y proteinuria de los pacientes (p>0,05), objetivándose una tendencia a la mejora de la función renal en ambos grupos durante la evolución. Tampoco se observaron diferencias significativas entre ambos tratamientos con respecto a la dosis utilizada y los niveles (p>0,05), que disminuyeron de forma paralela en ambos grupos a lo largo del seguimiento. Se calcularon los coeficientes de variabilidad en los tres primeros meses y a lo largo del primer año de evolución sin evidenciarse tampoco diferencias entre ambas formulaciones. En cuanto a la incidencia de rechazo agudo tras el trasplante, fue similar independientemente del tipo de tacrolimus administrado (p>0,05). El injerto renal se perdió en un total de 5 casos, dos de ellos por la muerte del paciente.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia no encontramos diferencias significativas en los parámetros analizados en relación a la efectividad y perfil de seguridad de ambos fármacos.

**556 TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO DE TACROLIMUS EN TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO, UN PROMETEDOR PREDICTOR DE RECHAZO**DM. RODRIGUEZ ESPINOSA<sup>1</sup>, C. ARANA<sup>1</sup>, JJ. BROSETA<sup>1</sup>, E. CUADRADO<sup>1</sup>, E. MONTAGUD-MARRAHÍ<sup>1</sup>, J. CACHO<sup>1</sup>, D. CUCCHIARI<sup>1</sup>, JV. TORREGROSA<sup>1</sup>, F. DIEKMANN<sup>1</sup>, P. VENTURA<sup>1</sup><sup>1</sup>SERVEI DE NEFROLOGIA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA)

**Introducción:** El esquema de mantenimiento inmunosupresor en el trasplante de órgano sólido con tacrolimus es, actualmente, el gold standard en la práctica clínica. Sin embargo, este fármaco tiene una estrecha ventana terapéutica. Existen múltiples trabajos en los que se ha asociado el tiempo en rango terapéutico del tacrolimus (TRT) con trasplante cardíaco, renal y pulmonar con la incidencia de rechazo. Este trabajo pretende encontrar la asociación entre el TRT y la incidencia de rechazo en el trasplante renopancreático.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo para evaluar la capacidad del TRT para predecir el rechazo agudo del injerto pancreático demostrado por biopsia. Se calcularon curvas ROC a partir de los TRT a los 7, 14 y 90 días posttrasplante y se los relacionó con los resultados de las biopsias por protocolo o indicación realizadas los primeros 180 días posttrasplante.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 28 biopsias, 8 presentaron rechazo. De los tres modos estudiados, el TRT a los 90 días es el que demostró mejor capacidad de predecir rechazo pancreático con un área bajo la curva de 0,714 (ver figura). Un TRT inferior al 40% tiene una sensibilidad del 71,4% y una especificidad del 22%, si bajamos el punto de corte al 25%, la sensibilidad sube al 85,7% y la especificidad al 67%. Un TRT inferior al 15% presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 94,4%.

**Conclusiones:** Este pequeño estudio piloto sugiere que el TRT es una potencial herramienta para la predicción de rechazos de injertos pancreáticos. Se requieren estudios más amplios en tiempo y número de casos para demostrar esta hipótesis. Los nefrólogos dedicados al trasplante deberían conocer el TRT de sus pacientes e individualizar la pauta y la frecuencia del seguimiento para optimizarlo.

Figura 1.

