

¿Es el diagnóstico morfológico de la biopsia aspiración con aguja fina del injerto un método de vigilancia útil en los centros de trasplante renal?

R. Mañalich, C. Cuéllar, M. Lagarde y P. Jiménez

Instituto de Nefrología. La Habana (Cuba).

Sr. director:

El rechazo del alotrasplante renal sigue siendo la causa más frecuente de la pérdida del injerto y presenta algunos problemas diagnósticos con la necrosis tubular aguda (NTA) y la nefrotoxicidad aguda por ciclosporina A (N. Csa).

Nosotros hemos analizado retrospectivamente 226 biopsias aspiración con aguja fina (BAAF) en 81 pacientes con trasplante renal de donante cadáver durante el primer mes de evolución.

El protocolo de inmunosupresión en 32 casos fue: Csa, 6 mg/kg/día; azatioprina (AZA), 2 mg/kg/día, y prednisona (Pred), 0,5-0,25 mg/kg/día. En 49 pacientes se administró AZA y Pred.

En cuatro pacientes se utilizó el anticuerpo monoclonal OKT₃ (IHORT₃, Habana) de forma profiláctica, 5 mg/día, quince días.

Los casos de rechazo agudo (RA) se diagnosticaron retrospectivamente y se basó en manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, biopsia renal (BR) y respuesta al tratamiento.

La nefrotoxicidad por Csa se diagnosticó por la medición de la concentración de la Csa en sangre (kit monoclonal, Sandoz) y por la mejoría de la función renal al reducir o suprimir la droga.

La BAAF fue realizada por el método de Hayry y Von Willebrand¹. Se consideró que había inmunoadactivación cuando el incremento corregido (IC) fue mayor de 3.

Se diagnosticaron 43 casos de RA (35 rechazos celulares y ocho vasculares). La BAAF demostró inmunoadactivación en 41 (sensibilidad, 95 %), con dos casos falsos negativos. De los 38 pacientes que no hicieron RA, la BAAF fue negativa en 28 (especificidad del 73 %), con 10 casos falsos positivos.

La eficiencia fue del 85 %. El valor predictivo positivo, del 80 %, y el valor predictivo negativo, del 93 %.

El IC de las 155 BAAF en los 43 pacientes con RA fue

de $5,44 \pm 4,72$. El IC de las 71 BAAF en los 38 pacientes que no hicieron RA fue de $1,75 \pm 1,57$.

De los ocho pacientes con rechazo vascular, sólo dos tuvieron patrón inflamatorio de monocitos-monoblastos-macrófagos.

La vacuolización isométrica de las células tubulares se observó en cuatro pacientes con N. Csa y en dos con NTA que no habían recibido Csa.

Creemos que la BAAF es un método de vigilancia muy útil en el seguimiento del paciente trasplantado por su sencillez, inocuidad, rapidez, y al compararse valores sucesivos logra alcanzar lo que es muy codiciado en todo centro de trasplante renal: una alta sensibilidad en el diagnóstico del RA a un nivel de corte para el IC de 3², a costa de reducir, lo que es menos importante en los métodos de vigilancia, la especificidad.

Algunos autores han señalado la buena correlación entre la BAAF y la BR³, utilizando este último método para validar sus resultados; sin embargo, el infiltrado de células mononucleadas está casi universalmente presente en la BR del injerto y puede ser manifiesta en pacientes con función renal normal y con NTA.

Desde el punto de vista morfológico, la BAAF distingue una actividad blástica dentro del infiltrado de células mononucleadas, por lo que la diferenciación de una inmunoadactivación es más exacta y fácilmente reconocible⁴.

La vacuolización isométrica no es específica de la N. Csa.

El rechazo vascular no se puede diagnosticar por la BAAF.

Bibliografía

1. Hayry P y Von Willebrand E: Practical guidelines for fine needle aspiration biopsy of human renal allografts. *Ann Clin Res* 13:288, 1981.
2. Hayry P: Fine-needle aspiration biopsy in renal transplantation. *Kidney Intern* 36:130-141, 1989.
3. Mañalich R, Lagarde M, Cuéllar C y Jiménez P: Intrarenal inflammation during rejection crisis in renal allografts: Comparison between fine-needle aspiration cytology and renal biopsy. *Transplant Proc*, vol. XX (4):601-602, 1988.
4. Moreno RF, Pallardo LM, García Sanchy y Rochera A: Relative value of interstitial infiltrates in acute rejection diagnosis after triple-drug immunosuppression: A retrospective morphologic analysis. *Transplant Proc*, vol. XX (4):599-600, 1988.

Correspondencia: Dr. R. Mañalich.
Instituto de Nefrología.
Calle 26 y R. Boyeros.
La Habana-6 (Cuba).