

### Menor incidencia de infección por citomegalovirus (CMV) en pacientes tratados con Certican *de novo* y tacrolimus frente MMF y tacrolimus

Luis Bravo González-Blas, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Leticia García-a Gago, Tamara Ferreiro Hermida, Andrés López Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

**Introducción:** CMV es la infección más importante en trasplante renal, no solo por su elevada incidencia, sino por los efectos que ocasiona al paciente. Recientemente se ha comunicado una disminución en la incidencia de infecciones virales con la utilización de i-mTOR *de novo* con dosis bajas de anticalcineuricos.

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de CMV en pacientes tratados con everolimus *de novo* + tacrolimus y comparar los resultados con pacientes inmunosuprimidos con derivados del ácido micofenólico y tacrolimus.

**Material y métodos:** Se estudian 120 pacientes: 40 tratados con everolimus *de novo* (24 hombres, edad media 52,8 ± 11 años) frente a 80 (grupo control) tratados con MMF o micofenolato sódico (51 hombres, edad media 55,2 ± 11 años). Todos recibieron tacrolimus y esteroides. Se realizó inducción con basiliximab excepto en 4 pacientes, en los que se empleó timoglobulina. Había un 34% de pacientes con everolimus que eran donante CMV+/Receptor y un 19% en grupo control que recibieron valganciclovir durante 3 meses. Variables: edad, sexo, tipo de donante, enfermedad de base, tiempo de isquemia fría, complicaciones urológicas, rechazo agudo, función renal, incidencia de la infección (replicación viral).

**Resultados:** Existían más pacientes con enfermedad poliquística y cáncer en el grupo de everolimus frente al grupo control ( $p > 0,001$ ) y más pacientes en asistolia en el grupo control ( $p = 0,04$ ). Tras un seguimiento de 12,8 ± 5,8 meses no existía diferencia en complicaciones, función retrasada del injerto, rechazo agudo, suspensión del tratamiento, función renal y supervivencia. Replicación CMV en 2 pacientes (5%) en grupo everolimus y en 30 (37,5%) en grupo control ( $p < 0,001$ ). Estas diferencias eran mayores cuando se analizaba el grupo de pacientes D+/Receptor: 7,7% vs 66,7% ( $p < 0,001$ ). En el análisis de regresión de Cox el uso de everolimus *de novo* fue un factor de protección de infección CMV: 0,039 (IC 95%: 0,005-0,288);  $p = 0,002$ .

**Conclusiones:** El uso de everolimus *de novo* en nuestra serie se asocia a una baja incidencia de infección por CMV, incluso en pacientes D+/Receptor.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.005>

### Profilaxis con eculizumab en síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) en trasplante renal

Leticia García-a Gago, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Luis Bravo González-Blas, Tamara Ferreiro Hermida, Andrés López Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

El pronóstico del síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) tras el trasplante es inferior al de la población trasplantada, debido a un alto grado de recidiva, asociada o no con alteraciones genéticas en proteínas reguladoras del complemento.

Estudiamos 5 pacientes (2 hombres), edad media 40,5 años. Mutaciones: 3 factor H. Polimorfismos: 1 en factor H y 1 en MCP y factor H. Dosis eculizumab: 1.200 mg pretrasplante o el día-a previo al trasplante (donante vivo) seguido de 4 dosis de 900 mg semanales y posteriormente 1.200 mg cada 2 semanas. Se realizó previamente vacunación antimeningocócica, antineumococo y *Haemophilus* y profilaxis con penicilina oral. Inmunosupresión: tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y prednisona. Inducción con timoglobulina ( $n = 2$ ) y basiliximab ( $n = 3$ ). Monitorización: función renal, C3, CH50, haptoglobina y biopsia a la semana y al sexto mes.

**Seguimiento:** 19,8 ± 4,9 meses. Función retrasada del injerto: 2 (40%). Rechazo borderline: 1 (20%). Creatinina al último seguimiento: 1 ± 0,2 mg/dl; Hb: 13,2 ± 2 g/dl; plaquetas: 166.000 ± 29.000; LDH: 346 ± 57 mg/dl; C3: 92 ± 36 mg/dl; CH50: 10,2 ± 0,5%; haptoglobina 114 ± 64 mg/dl. Biopsia a la primera semana y al sexto mes sin recidiva de SHUa. No se suspendió el tratamiento a ningún paciente. La supervivencia de paciente e injerto fue del 100%.

**Conclusiones:** El pronóstico de los pacientes trasplantados renales con SHUa bajo profilaxis con eculizumab es excelente a corto-medio plazo. Mantenemos tratamiento de forma indefinida y profilaxis antibiótica.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.006>

### Pronóstico del trasplante renal de donante vivo ABO incompatible

Leticia García-a Gago, Constantino Fernández Rivera, María-a Calvo Rodríguez, Luis Bravo González-Blas, Tamara Ferreiro Hermida, Andrés López Muñoz, Ángel Alonso Hernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible se considera desde hace pocos años una opción válida de trasplante renal: ayuda a paliar el déficit de donantes y, realizado bajo un adecuado protocolo de acondicionamiento, permite alcanzar excelentes resultados.

El objetivo del estudio es mostrar los resultados de nuestro hospital desde 2008 bajo acondicionamiento con rituximab, plasmaféresis/inmoadsorción, inmunosupresión e inmunoglobulinas.