

Estudiamos 48 pacientes, edad media $50,9 \pm 10,9$ años, 24 en diálisis $27,1 \pm 35,1$ meses. Seguimiento $44,6 \pm 30,9$ meses. Acondicionamiento: rituximab (RTX) 375 mg/m^2 , tacrolimus, MMF o micofenolato sódico, prednisona, plasmaféresis/inmunoadsorción e inmunoglobulinas. Títulos aceptados para trasplante: IgG e IgM inferiores a 1/8.

Los títulos pre-proceso fueron: IgG $1/124 \pm 1/140$ (0-512), IgM $1/77 \pm 155$ (0-1.024). Tras 6 ± 3 sesiones la IgG descendió a $< 1/8$ en 32 pacientes, a $< 1/16$ en uno y la IgM fue $< 1/8$ en todos. La supervivencia de los pacientes fue del 97,1% y la del injerto del 95,7 al año y del 93% al 5 años. Causas de pérdida de injerto: trombosis, rechazo mixto y muerte. Rechazo agudo 5 (8,7% al 5 años), CMV 9 (19,7% al 5 años), viremia BK 5 (12,4% al 5 años). La creatinina al año es $1,4 \pm 0,4 \text{ mg/dl}$ y a los 3 años, y $1,3 \pm 0,5$ al 5 años. La proteinuria al año, 3 años y 5 años fue $0,2 \pm 0,2 \text{ g/24 h}$.

Conclusiones: En nuestra experiencia el trasplante de donante vivo ABO incompatible tras acondicionamiento con RTX, PFS/IA e inmunoglobulina es una opción válida y ofrece excelentes resultados de supervivencia y rechazo agudo, sin aumento de complicaciones infecciosas.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.007>

Denosumab en pacientes con trasplante renal: un estudio retrospectivo sobre práctica clínica

Sonia Cillero Rego¹, Jansen Olavid Quispe González¹, Lourdes González Tabares¹, Carmen Raquel Cobelo Casas¹, Alba María García Enríquez¹, Pablo Otero Alonso¹, Luisa García Merino¹, Secundino Cigarrán Guldris², Jesús Calviño Varela¹

¹ Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

² Hospital da Costa, Burela, Lugo, España

Introducción: El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la enfermedad renal crónica terminal, ya que ofrece el potencial necesario para revertir las alteraciones asociadas a la uremia. No obstante, ciertas alteraciones, como las asociadas a los trastornos del metabolismo mineral, pueden persistir aún con buena función del injerto; además, el propio régimen inmunosupresor puede contribuir a la osteoporosis postrasplante. El bloqueo biológico RANK-L mediante el anticuerpo monoclonal denosumab con un sencillo régimen de administración semestral ha demostrado la reducción de fracturas en mujeres posmenopáusicas, con escasos efectos secundarios, si bien su utilidad en la osteoporosis postrasplante no es bien conocida.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente la evolución de 16 trasplantados renales (14 mujeres y 2 varones) de $61 \pm 11,8$ años y buena función renal (Crp $1,18 \pm 0,30 \text{ mg/dl}$) a los que se les había prescrito denosumab tras un mínimo de 2 años postrasplante (24-324 meses) para el tratamiento de su osteoporosis. Se analizó el efecto de dicho fármaco sobre las variables relacionadas con el metabolismo mineral, la función renal, la evolución densitométrica y los efectos secundarios.

Resultados: En el primer control analítico realizado una vez administrado el fármaco se apreció un aumento no significativo de la PTH ($148 \pm 70,4$ hasta $180 \pm 108,1 \text{ pg/ml}$) acompañado de un descenso significativo del calcio (de $9,46 \pm 0,45$ hasta

$9,18 \pm 0,54 \text{ mg/dl}$, $p=0,01$) y del fósforo (de $3,56 \pm 0,45$ hasta $3,14 \pm 0,64 \text{ mg/dl}$, $p=0,017$). Ni la función renal (Crp $1,18 \pm 0,30$ hasta $1,16 \pm 0,28 \text{ mg/dl}$), ni la proteinuria (de $196 \pm 323,3$ hasta $165 \pm 234,1 \text{ mg/g}$), ni los niveles de inmunosupresión variaron significativamente. Tras un periodo de $33 \pm 9,9$ (18-44) meses, en 6 pacientes con un segundo control densitométrico se apreció un incremento significativo de la masa ósea en columna lumbar (desde $0,81 \pm 0,11$ hasta $0,88 \pm 0,12 \text{ g/cm}^2$; t-score $-3,00 \pm 0,96$ hasta $-2,60 \pm 1,07$; $p < 0,05$).

La densidad ósea en cuello femoral, aunque mejoró, no alcanzó significación estadística (desde $0,74 \pm 0,09$ hasta $0,80 \pm 0,10 \text{ g/cm}^2$; t-score $-2,01 \pm 0,84$ hasta $-1,83 \pm 0,92$). Respecto a los efectos secundarios, un paciente presentó hipocalcemia sintomática y se apreció un aumento de ingresos por ITU (del 7 al 20%). Se suspendió el tratamiento en 6 pacientes, siendo las ITU de repetición el principal motivo de interrupción (3 casos). Una paciente presentó un rechazo agudo con pérdida del injerto a los 3 años de iniciado el tratamiento.

Conclusiones: El denosumab podría ser una alternativa cómoda y eficaz para el tratamiento de la osteoporosis en la población trasplantada, con un incremento aproximado del 8% en la masa ósea, especialmente a nivel lumbar. Las infecciones urinarias con necesidad de ingreso hospitalario fueron el efecto secundario más frecuente y el principal motivo de interrupción del tratamiento. Aunque su uso se acompaña de un descenso de la calcemia y de la fosfatemia, solo un caso presentó hipocalcemia sintomática.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.008>

Embolización de riñones poliquísticos pretrasplante, alternativa segura a nefrectomía

J. Joaquín Bande Fernández, Elena Astudillo Cortés, Alba Rivas Oural, Eduardo Josué Banegas Derís, M. Luisa Suárez Fernández, María I. Gago Fraile, Florentino Vega García-a, Carmen Rodríguez Suárez, Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Introducción: La poliquistosis hepatorenal autosómica dominante (PQHR) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente (1/800 personas) y constituye la nefropatía de base del 15% de pacientes en lista de espera de trasplante renal.

En torno al 40% de estos pacientes deben someterse a una nefrectomía antes de entrar en lista de espera. El alto porcentaje de complicaciones (70% en nefrectomía abierta y 20% en laparoscópica) ha llevado a desarrollar alternativas terapéuticas como la embolización percutánea.

Material y métodos: Presentamos una serie de 12 pacientes consecutivos a los que se les realizó la embolización percutánea de un riñón poliquístico (de cara a inclusión en lista de espera de trasplante renal). Todos fueron valorados previamente por Urología, objetivándose falta de espacio para implantación de un injerto renal en base a la exploración física y la TAC.

El procedimiento se llevó a cabo por Radiología Vascul ar con un protocolo de premedicación consistente en todos los casos en: profilaxis con cefazolina, analgesia con 1.º y 2.º escalón de la OMS (rescates puntuales con morfina) y