

348 101 TRASPLANTES RENALES DE DONANTE VIVO ABO INCOMPATIBLE: LECCIONES APRENDIDAS EN 15 AÑOS DE PROGRAMA

I. REVUELTA¹, E. MONTAGUD-MARRAHI¹, M. LOZANO², D. CUCCHIARI¹, J. CID², E. PALOU³, M. MUSQUERA⁴, M. BLASCO⁵, F. OPPENHEIMER¹, F. DIEKMANN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ²UNIDAD DE AFÉRESIS Y TERAPIA CELULAR. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ³SERVICIO DE INMUNOLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴SERVICIO DE UROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA)

Justificación: La incompatibilidad ABO (ABOi) es una opción generalizada de trasplante de donante de riñón vivo (TRDV). Sin embargo, se han publicado controversias sobre las tasas de supervivencia del injerto censuradas por muerte y de rechazo, sin una clara ventaja de las diferentes estrategias de acomodación. El objetivo de este estudio es evaluar lo aprendido en estos 15 años sobre el impacto de las isoaglutininas, las dosis óptimas de rituximab y la técnica de aféresis ideal para prevenir el rechazo agudo y mejorar la supervivencia del injerto censurado por muerte.

Método: Estudio retrospectivo de 643 parejas de donantes y receptores (enero/2006-diciembre/2019). Diferentes técnicas de aféresis (RP, IADSe e IADSne) y dosis de rituximab para llegar a títulos de isoaglutininas (IgM / IgG) de 1/8 en el trasplante (<1/1024 para iniciar la acomodación). La terapia inmunosupresora según el riesgo inmunológico. El Comité de Ética Local aprobó el estudio.

Resultados: 101 (15.7%) fueron ABOi, con un seguimiento medio de 71.6 ± 44.7 meses (0-167.16), siendo menor en ABOi (61.1 ± 41.3 vs 73.5 ± 45.1, p=0.010). Edad al trasplante (46.17 ± 14.12 frente a 48.53 ± 13.45 años, p = 0.117), sexo del receptor (p = 0.112), diabetes (p = 0.326), hipertensión (p = 0.358), etiología de la ERC (p = 0.784) o TRS (p = 0.974). Los trasplantes previos (p = 0.847), la sensibilización inmune (p = 0.674) y las pruebas cruzadas positivas virtuales, por CDC ó citometría de flujo (p = 0.247) tampoco fueron diferentes. Se usó más basiliximab (61.4% vs 44.5%) y menos timoglobulina (37.6% vs 42.9%) en ABOi vs ABOc (p = 0.001). En TRDV ABOi, 22 (24.7%) tuvieron pre-acondicionamiento títulos de isoaglutinina altos (> 1/128) y 27 (30.3%) bajos (<1/8), requiriendo una media de 13.5 y 4.1 sesiones de aféresis respectivamente. Más rechazo agudo en ABOi (38.6% vs 28.4%, p = 0.028), sin diferencias (22.8% vs 16.1%, p = 0.069) al excluir el rechazo borderline (14.8% vs 12.7%, p = 0.329). Similares pérdidas del injerto censurada por muerte (10.9% vs 11.4%, p = 0.517) y del paciente (95.1% vs 93.2%, p = 0.328), pero peor función injerto renal al final del seguimiento (1.82 ± 0.68 vs 1.19 ± 0.34, p=0.000). No diferencias en todas las tasas de rechazo ni supervivencias según técnica de aféresis o titulación de isoaglutininas posttrasplante o dosis de rituximab, con mayor mortalidad a mayor dosis de IGIV pre-trasplante (38.4 ± 16.1 vs 19.7 ± 14.4, p=0.005).

Conclusiones: El TRDV ABOi es una opción aceptable para el trasplante renal, con una supervivencia similar del injerto y del paciente, pero con mayor riesgo de rechazo agudo -no borderline. Ni las técnicas de aféresis ni las dosis de rituximab ni la titulación de isoaglutininas posttrasplante, afectan las tasas de rechazo ni supervivencias, aunque con mayor mortalidad según la dosis pretrasplante de IGIV.

349 IMPACTO Y RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL ASISTIDO ROBÓTICO EN EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO. UNA REALIDAD HACIA LA ESTANDARIZACIÓN COMO TÉCNICA ELECTIVA

I. REVUELTA¹, M. MUSQUERA², L. PERI³, D. CUCCHIARI¹, T. AJAMI⁴, C. MONSALVE⁵, JM. CAMPSTOL¹, F. OPPENHEIMER¹, F. DIEKMANN¹, A. ALCARAZ⁶

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ²SERVICIO DE UROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ³SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA)

Justificación: La cirugía en el trasplante renal ha evolucionado hacia técnicas que ofrecen mayor calidad de vida sin comprometer los resultados del trasplante, aunque requiere curva de experiencia de aprendizaje y una cuidadosa selección de los pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar la experiencia en la implantación del trasplante renal asistido por robot (TRAR) como técnica de elección del programa de trasplante renal de donante vivo (TRDV).

Método: Estudio retrospectivo de 203 TRDV (enero/2015-diciembre/2019); seguimiento medio: 59.6±29.2 meses (0.03-59.56). Se consideraron para TRAR todos los TRDV, excluyéndose receptores con excesiva complejidad quirúrgica o que no soportaran posición de trendelenburg durante el tiempo quirúrgico. Las incompatibilidades inmunológicas y el cruzado no fueron contraindicación. El Comité de Ética Local aprobó el estudio.

Resultados: 74(36.5%) TRAR con seguimiento menor que trasplantes renales abiertos (TRA) (21.9±15.8 vs 33.4±18.8;p=0.000). La diabetes (5.4%vs23.25%;p=0.001), etiología de la ERC (p=0.004), los trasplantes previos (p=0.001), la sensibilización inmune (p=0.001) y los "crossmatch" (p=0.003) fueron diferentes, pero la edad al trasplante (47.3±13.1 vs 49.9±13.1 años;p=0.181), el sexo del receptor (p=0.232), y el TRS (p=0.358) no lo fueron. Más basiliximab (55.4%vs38.7%) y menos timoglobulina (36.5%vs58.9%) en TRAR (p=0.004), sin diferencias en inhibidores del calcineurina (p=0.171) ó mTOR (p=0.950). No encontramos diferencias en supervivencia del paciente (100%vs97.7%;p=0.245) ni del injerto-censurado por muerte (93.2%vs96.1%, p=0.102), con similares tasas de rechazo (p=0.258), aunque con menor supervivencia libre de rechazo excluyendo crónico y borderline en TRAR (82.4%vs86.8%;p=0.000). Aunque el tiempo quirúrgico fue mayor en TRAR (213 vs 131 min;p<0.005) no hubo diferencias en el tiempo de isquemia caliente (3.18 vs 2.96 min;p=0.5). Las características del donante tampoco fueron diferentes (edad 55.9 ± 10.1 vs 55.8 ± 10.2;p=0.538, sexo p=0.033, número de arterial dobles 10% vs 12%;p=0.125 ó riñón derecho 18% vs 12%;p=275), excepto con más mujeres TRAR (79.7% vs 66.7%;p=0.033). Hubo menos complicaciones uretero-vesicales (2% vs 12%;p=0.05) y hematuria (2% vs 18%;p=0.008), sin diferencias en herida quirúrgica 2% vs 10%;p=0.080, transfusión 12% vs 22%;p=0.183 o traspantectomía 1,3% vs 0,8%;p=0.090). La función de injerto renal diaria en la primera semana y durante el primer año fueron similares (p=0.8), y se alcanzó la creatinina naive en menos tiempo en TRAR (al 3 vs 4.6 día;p=0.005).

Conclusiones: La cirugía robótica ya es una realidad en el TRDV, pudiendo considerarse de elección en casos seleccionados, sin por ello excluirse los de riesgo inmunológico, aunque necesita una curva de aprendizaje y una optimización de las complejidades donante-receptor.

350 RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA PREIMPLANTE EN PACIENTES CON CRITERIOS EXPANDIDOS Y KDPI < 95%

I. DÍAZ DÍEZ¹, A. SUÁREZ BENJUMEA¹, M. ALMENARA TEJEDERAS², FM. GONZÁLEZ RONCERO³, B. GASCO MARTOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: Una de las principales causas para desestimar un donante con criterios expandidos (TRe) es el resultado de la biopsia preimplante (Bx), sin embargo la bibliografía reciente da más importancia a aspectos clínicos y valoración macroscópica. Para minimizar pérdidas de injertos potencialmente válidos, decidimos emplear biopsias decisorias sólo en donantes límites (KDPI>95%-creatinina incierta). Realizamos análisis inicial de nuestros resultados.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los TRe realizados entre 2015-2018. En todos realizamos Bx sin esperar resultado. Evaluamos funcionamiento al 1^o-6^o-12^o mes, tasa de rechazo e infecciones (CMV/BK) y supervivencia de paciente/injerto. Además comparamos resultados entre aquellos con score, a posteriori, en la Bx desfavorable(>7) frente a favorable(<7).

Resultados: Realizamos 145 TRe, de los cuales sólo 9 presentaron score>7. En Tabla1, vemos la evolución de ambos grupos, evidenciándose una mediana de creatinina ligeramente superior en los score>7, pero sólo diferencia significativa(p<0,05) en 1^o mes. El 15.2% presentó rechazo activo durante el seguimiento(33% grupo SCORE>7). El 64% desarrolló infección por CMV(sólo el 2% enfermedad) Vs 55.6% grupo Bx desfavorable(ningún caso de enfermedad). La infección por virus BK se manifestó en el 16.6%(4.4% nefropatía BK) Vs 11% viremia(11% nefropatía BK) en score>7. Hubo 3 éxitos(2,2%) en el grupo Bx favorables, todas con injerto funcionando, ninguna en desfavorables. El grupo score>7 tuvo un caso de injerto nunca funcionando(11.1%). La supervivencia de injerto y paciente fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestro estudio, las tasas de función y supervivencia son similares al periodo previo que esperábamos resultado de biopsia para decidir la aceptación del donante. Tampoco hubo diferencias en rechazo e infecciones. Nuestros datos apoyan la pobre implicación de la Bx en funcionamiento y supervivencia del TRe, incluso en score>7. Además el bajo número de biopsias desfavorables encontradas justifica que los criterios clínicos, son suficientes para determinar correctamente la viabilidad del riñón en determinados receptores, reduciendo tiempo en lista de espera y la comorbilidad.

Tabla 1. Evolución de parámetros de función renal a 1, 3 y 12 meses.

	Cr 1 ^o m (mg/dl)*	Prot 1 ^o m (gr/24h)**	Cr 3 ^o m (mg/dl)**	Prot 3 ^o m (gr/24h)**	Cr 12 ^o m (mg/dl)**	Prot 12 ^o (gr/24h)**
Global	1.66 (1.35-2.02)	4.14 (2.70-6.54)	1.67 (1.33-2.03)	300 (199-528)	1.60 (1.27-1.95)	313 (178-529)
Score > 7	2.02 (1.63-2.7)	5.17 (2.28-8.92)	2.18 (1.45-2.25)	210 (138-510)	2.11 (1.78-2.14)	374 (160-450)

* p < 0,05 ** PNS

351 GDF-15 Y SU UTILIDAD COMO BIOMARCADOR EN LOS CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

M. DE COS GÓMEZ¹, A. BENITO HERNÁNDEZ², MA. RAMOS BARRÓN¹, J. MAZÓN RUIZ³, C. LÓPEZ DEL MORAL CUESTA¹, JL. PÉREZ CANGA¹, D. SAN SEGUNDO ARRIBAS¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹, E. RODRIGO CALABIA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL (SANTANDER)

Introducción: El trasplante renal supone una mejora en el pronóstico del paciente con ERC avanzada a pesar del aumento de mortalidad relativa que se ha descrito en el posttrasplante inmediato. El GDF-15 es una proteína de la familia TGF-β que se produce en respuesta al estrés y envejecimiento celular. Recientes estudios han demostrado su valor como predictor de riesgo de mortalidad en distintas poblaciones. El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad pronóstica del GDF-15 en los candidatos a trasplante renal.

Material y método: Se incluyeron los trasplantes realizados en nuestro centro entre 2005-2015. La medida del GDF-15 se determinó sobre muestras de suero obtenidas pretrasplante mediante ELISA (Quantikine, R&D Systems).

Resultados: Se estudiaron 395 pacientes cuyas características se resumen en la tabla 1. La mediana de GDF-15 fue de 5331,3 (50,49-16242,3) pg/ml. Tras una media de 90,6±41,5 meses de seguimiento 82 (20,8%) pacientes fallecieron.

Los pacientes con mayores niveles de GDF-15 (tercil intermedio y elevado) se relacionaron con un mayor riesgo de mortalidad en el análisis univariante (figura 1) y tras el ajuste por las características clínicas (p < 0,05). Esta relación también fue significativa tras el ajuste por el EPTS (Estimated Post Transplant Survival score) en los receptores de un primer trasplante renal, mejorando la eficacia pronóstica de dicho score al año (ΔAUC = 0,09, p = 0,039) y a los 3 años del trasplante (ΔAUC = 0,11, p = 0,036) (figura 2).

Conclusión: Nuestro trabajo apoya una relación independiente entre los niveles elevados de GDF-15 pretrasplante y la mortalidad tras el mismo. Este marcador podría añadir valor a herramientas pronósticas utilizadas actualmente en la valoración y estratificación del riesgo pretrasplante, tales como el EPTS. A pesar de ello, se necesitan más estudios para conocer los mecanismos de acción de este marcador así como sus potenciales aplicaciones en los pacientes con ERC, incluyendo en este grupo los candidatos a trasplante.

Tabla 1.

Número de pacientes	395
Edad (años)	52 ± 12,41
Sexo (%)	46,1 varones / 31,9 mujeres
Diabetes (%)	13
Coronariopatía (%)	18,4
Arterioesclerosis aterosclerótica (%)	18,8
Receptores TOS estratificado (%)	7,8
Trasplante prefallido (%)	15,9
Tiempo en TRS (años)	1,79 (1,30-5,06)
Retransplante (%)	23,2
GDF-15 (pg/ml)	5331,29 (4071,82-9219,93)

Figura 1. Gráfica Kaplan-Meier de supervivencia estimada (unimarcante).

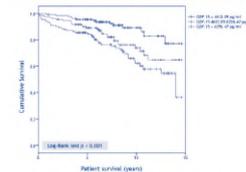
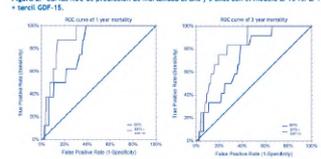


Figura 2. Curvas ROC de predicción de mortalidad al año y 3 años con el modelo EPTS vs EPTS + tercil GDF-15.



Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

356 IMPACTO CLÍNICO DE LA REDUCCIÓN INTENCIONADA DE LA INMUNSUPRESIÓN EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN CON COVID19

MO. LÓPEZ-OLIVA¹, E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, C. VEGA CABRERA¹, B. RIVAS BECERRA¹, RJ. SÁNCHEZ VILLANUEVA¹, L. ÁLVAREZ GARCÍA¹, M. OSSORIO GONZÁLEZ², O. COSTERO FERNÁNDEZ³, T. OLEA TEJERO⁴, C. JIMÉNEZ MARTÍN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

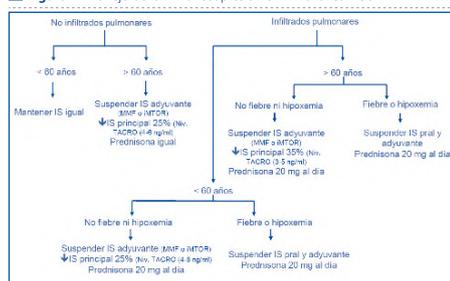
Introducción: En situaciones de infección grave se recomienda disminuir la inmunosupresión (IS) en los pacientes trasplantados de riñón y se asume que se desarrolla una "tolerancia operacional" del injerto. Durante la pandemia por SARS-CoV2 la inmunosupresión se ha modificado de acuerdo a la situación clínica y es una oportunidad el conocer cómo se ha manejado y las posibles repercusiones a medio plazo si las hubiera.

Objetivos: Evaluar los cambios en la función renal y en el estado de riesgo inmunológico a los 2 meses del diagnóstico de COVID19 en los pacientes trasplantados de riñón a los que se les disminuyó intencionadamente la inmunosupresión.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Se recogen datos clínicos y analíticos de los trasplantes renales diagnosticados de infección por SARS-CoV2 en nuestro centro desde el 1/02/20 al 31/05/2020 a los que se les disminuyó la inmunosupresión al diagnóstico de la enfermedad, según el protocolo establecido en nuestro centro (Figura1).

Resultados: Se incluyeron veintiocho pacientes con COVID19 (54% varones) con una edad media de 61.5 años. Veintiséis pacientes (92.8%) presentaron neumonía y sólo 1 ingresó en unidad de críticos. A 21 pacientes (75%) se le suspendió tanto el IS principal como el adyuvante, a 3 pacientes se le suspendió sólo el IS adyuvante, a otros 3 se les redujo el IS principal y a 1 paciente no se le modificó el IS. La creatinina media antes del diagnóstico de COVID19, en el momento del diagnóstico y a los 2 meses fue de: 1,56±0,62, 1,83 ± 0,7 y 1,6 ± 0,88 mg/dl respectivamente. El perfil de anticuerpos anti HLA antes y después del diagnóstico de COVID19 se mantuvo sin cambios.

Figura 1. Manejo de la inmunosupresión en Tx renal con COVID19.



Conclusiones: La disminución intencionada de la IS no parece tener efectos a corto plazo ni en la función renal del injerto ni en la situación inmunológica.

357 INFECCIÓN POR SARSCOV2 EN POBLACIÓN TRASPLANTADA RENAL: CURSO CLÍNICO Y FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

A. FAVÁ¹, E. MELILLI¹, D. CUCCHIARI², P. JVENTURA-AGUILAR³, J. CENTELLAS³, N. MONTERO¹, N. TOAPANTA⁴, F. MORESO¹, A. VILA⁵, R. GELPI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. COMPLEJO UNIVERSITARIO ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRÓN (BARCELONA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: El SARS-CoV-2 es el virus responsable de la pandemia mundial originada en China a finales del 2019. La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID19) es el cuadro clínico derivado de dicha infección, que afecta predominantemente al sistema respiratorio. Se postula que la población trasplantada renal podría representar un grupo de riesgo por su estado de inmunosupresión. Sin embargo, el curso clínico y los factores de mal pronóstico en dicha población no se han establecido en detalle, pues los trabajos publicados se limitan a series de casos. El objetivo de este trabajo fue investigar los factores de riesgo para el desarrollo de SDR y mortalidad, así como detallar el curso clínico y el perfil biológico de esta enfermedad en una población trasplantada renal.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio multicéntrico, observacional, que incluye pacientes trasplantados renales afectados por la COVID19, hospitalizados entre Mar 4 y Abr 17, 2020. Sólo aquellos con un "outcome" completo (alta hospitalaria o fallecido) al final del seguimiento fueron incluidos.

Resultados: Ochenta y nueve pacientes fueron incluidos, con una edad media de 60 años y una mediana de tiempo post trasplante de 4.7 años.

Cuarenta y siete (53%) pacientes desarrollaron SDR en algún momento. La obesidad se asoció al desarrollo de SDR (OR 3.72; p = 0.014). No se objetaron diferencias significativas de edad entre los pacientes que desarrollaron SDR y los que no (61.4 años versus 57.6 años, p = 0.17). Sesenta y cuatro (72%) pacientes recibieron el alta médica, mientras que 25 (28%) fallecieron. La mortalidad fue más elevada entre los ancianos (55 años y 71,5 años, p <0,001) y en aquellos que mostraron mayores valores de lactato deshidrogenasa al ingreso (258 UI / ml frente a 373 UI / ml, p = 0,006). El SDR al ingreso confirió un mayor riesgo de muerte (OR 3.02, p = 0.049). Aunque no alcanzó significación estadística, los pacientes recientemente trasplantados (<6 meses) mostraron tasas de mortalidad más altas (24% vs 7.8% p = 0.07).

En el 91% de los pacientes se redujo la inmunosupresión. Los esteroides en monoterapia fueron empleados en el 41,6% de los casos.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el SDR presentó una incidencia similar entre los distintos grupos de edad. Sin embargo, los pacientes de edad avanzada presentaron una mayor mortalidad, junto con los receptores recientemente trasplantados y aquellos con una LDH basal más alta al ingreso.

358 MARCADORES INFLAMATORIOS EN TRASPLANTADOS RENALES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA COVID POSITIVA Y NEGATIVA, ¿SON REALMENTE DIFERENTES?

E. BURGOS GARCÍA¹, J. CACHO ALONSO¹, M. MOLINA¹, L. CAÑAS¹, J. JUEGA¹, O. TACO¹, M. PEREZ², R. LAUZURICA¹

¹NEFROLOGÍA. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

Introducción: En nuestro país se han notificado más de 500 casos de infección por SARS-CoV-2 en trasplantados renales (TR). Como en la población general, se han utilizado diferentes marcadores inflamatorios como guía del tratamiento y marcador pronóstico. El comportamiento de estos biomarcadores en el contexto de una infección respiratoria en los TR es desconocido.

Materiales y métodos: Analizamos de forma retrospectiva todos los TR que ingresaron por infección respiratoria en los que se realizó PCR para COVID-19. Se recogieron variables clínicas, radiológicas y de laboratorio. Se compararon los biomarcadores de infección en los TR con PCR positiva para COVID-19 con los que presentaron neumonía por otros gérmenes. Se realizó un segundo análisis en el grupo COVID-19 positivo comparando aquellos que fallecieron vs los supervivientes.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, 16(59.3%) tuvieron PCR positiva para COVID-19. Las características de todos los grupos se muestran en la tabla adjunta. En el grupo COVID-19 positivo la mortalidad fue 43.8%(7) vs 9.1%(1), p=0.09. No había diferencias en las variables demográficas, excepto que en el grupo COVID-19 había más pacientes en tratamiento con bloqueantes de RAS. Los COVID-19 positivos presentaron mayor neutropenia, sin embargo el D-dímero, ferritina y CK fue mayor en el grupo con neumonía no COVID-19 sin encontrar diferencias en PCR e IL-6. Los COVID-19 fallecidos presentaban al momento del diagnóstico más linfopenia y anemia, LDH, PCR, IL-6 y procalcitonina más elevadas y una tendencia a un mayor valor de ferritina y CK. No hubo diferencias en la presentación clínica en ningún análisis.

Tabla 1.

Característica	COVID-19 POSITIVO	COVID-19 NEGATIVO	P	COVID-19 POSITIVO (FALLECIDO)	COVID-19 POSITIVO (VIVIENTE)
Demografía					
Sexo	16(59.3%)	11(40.7%)	0.32	7(43.8%)	9(56.2%)
Edad	61.5 ± 12.5	60.5 ± 13.5	0.85	61.5 ± 12.5	60.5 ± 13.5
IMC	24.5 ± 4.5	24.5 ± 4.5	0.95	24.5 ± 4.5	24.5 ± 4.5
Tratamiento con bloqueantes de RAS	12(75%)	8(28%)	0.001	7(43.8%)	5(31.2%)
Clínica					
Neumonía	16(59.3%)	11(40.7%)	0.32	7(43.8%)	9(56.2%)
Urgencia	1(3.7%)	1(3.7%)	0.95	1(6.3%)	1(6.3%)
ICU	1(3.7%)	1(3.7%)	0.95	1(6.3%)	1(6.3%)
Mortalidad	7(43.8%)	1(3.7%)	0.009	7(43.8%)	1(6.3%)
Parámetros de laboratorio					
LDH	1200 ± 400	1000 ± 300	0.001	1500 ± 500	1100 ± 400
PCR	100 ± 50	50 ± 20	0.001	150 ± 70	70 ± 30
IL-6	10 ± 5	5 ± 2	0.001	15 ± 7	7 ± 3
Procalcitonina	0.5 ± 0.2	0.3 ± 0.1	0.001	0.7 ± 0.3	0.4 ± 0.1
Ferritina	100 ± 50	50 ± 20	0.001	150 ± 70	70 ± 30
CK	100 ± 50	50 ± 20	0.001	150 ± 70	70 ± 30
Neutropenia	10(37%)	5(18%)	0.001	7(43.8%)	3(18.8%)
Neutrofilia	10(37%)	5(18%)	0.001	7(43.8%)	3(18.8%)
Leucopenia	10(37%)	5(18%)	0.001	7(43.8%)	3(18.8%)
Leucocitosis	10(37%)	5(18%)	0.001	7(43.8%)	3(18.8%)
Tratamiento					
Reducción de inmunosupresión	16(59.3%)	11(40.7%)	0.32	7(43.8%)	9(56.2%)
Monoterapia con esteroides	10(37%)	5(18%)	0.001	7(43.8%)	3(18.8%)
Terapia con antibióticos	16(59.3%)	11(40.7%)	0.32	7(43.8%)	9(56.2%)
Terapia con antivirales	16(59.3%)	11(40.7%)	0.32	7(43.8%)	9(56.2%)

En el grupo COVID-19 positivo la mortalidad fue 43.8%(7) vs 9.1%(1), p=0.09. No había diferencias en las variables demográficas, excepto que en el grupo COVID-19 había más pacientes en tratamiento con bloqueantes de RAS. Los COVID-19 positivos presentaron mayor neutropenia, sin embargo el D-dímero, ferritina y CK fue mayor en el grupo con neumonía no COVID-19 sin encontrar diferencias en PCR e IL-6. Los COVID-19 fallecidos presentaban al momento del diagnóstico más linfopenia y anemia, LDH, PCR, IL-6 y procalcitonina más elevadas y una tendencia a un mayor valor de ferritina y CK. No hubo diferencias en la presentación clínica en ningún análisis.

Conclusiones: Los marcadores inflamatorios fueron inespecíficos a la hora de diferenciar pacientes con infección por COVID-19 vs otros gérmenes. En los pacientes con infección por SARS-CoV-2, los pacientes que fallecieron estaban más inflamados al diagnóstico. Se necesitan más estudios para comprender el comportamiento de biomarcadores en TR.

359 ESTUDIO DEL DAÑO TUBULAR EN EL POSTRASPLANTE RENAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

P. ARANGO SANCHO¹, E. CODINA SAMPERA¹, Y. CALZADA BAÑOS¹, A. VINUESA JACA¹, LC. HERNÁNDEZ ZUÑIGA¹, VA. LÓPEZ BÁEZ¹, L. MARTÍ MAS², VN. GARCÍA NIETO³, F. ANAGUA⁴, A. MADRID ARIS¹

¹NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. CONSORCI HOSPITALARI MANRESA-FUNDACIÓ ALTHAIA (MANRESA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SC DE TENERIFE), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Analizar la función tubular en los primeros 3 meses postrasplante renal (TR) en un grupo de pacientes en edad pediátrica, teniendo en cuenta todas las posibles causas que puedan determinar dichas alteraciones.

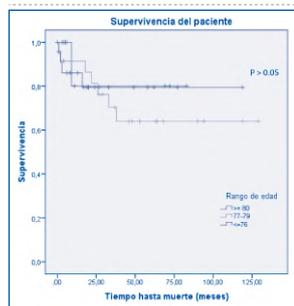
Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo donde incluimos una cohorte inicial de 17 pacientes trasplantados renales (52,9% mujeres) con una mediana de edad de 13 años (rango 3-18 años) a los que evaluamos la función tubular a la semana, mes y tres meses postrasplante, excluyendo aquellos pacientes con GFR IDMS (0,413) < 60 ml/min/1,73 m2 al mes de trasplante, evitando el factor de confusión que pueda ejercer la enfermedad renal crónica. Se evaluó la excreción de diferentes parámetros en primera orina de la mañana, como el volumen urinario por 100 ml de GFR (V/GFR) o los niveles de B2-microglobulina (B2M) como marcador de daño tubular.

Resultados: El tipo de trasplante más frecuente en la cohorte fue el de cadáver (76,5%) y la modalidad más frecuente (52,9%) el trasplante anticipado. Durante su evolución en los primeros 3 meses, hasta el 35,3% de los pacientes (6/17) presentaron episodios de necrosis tubular aguda (NTA), 2 de ellos (11,8% del total) en contexto de infección por virus BK (BKV). La dosis de corticoides y anticalcineúricos, así como los niveles de éstos en la cohorte fueron estables. Las alteraciones tubulares más frecuentemente observadas fueron el aumento del V/GFR (100% a la semana, 94,12% al mes y 88,24% a los 3 meses), seguido de la elevación de la B2M (88,2%, 35,3% y 41,4%), la eFNα (94,1%, 55,6% y 71,4%) y el aumento de la calciuria (82,4%, 29,4% y 23,5%). Por otra parte, la alteración sanguínea más frecuente observada fue la hipomagnesemia (12%) seguida de hipouricemia (8,5%), sin alteración del equilibrio ácido-base en ningún paciente a los 3 meses de tratamiento.

Conclusiones: Hay múltiples factores que pueden generar daños en el injerto renal (NTA, infecciones, fármacos, rechazo). Estudios previos determinan la frecuencia del daño tubular postrasplante en niños y adultos, determinándose alteraciones tipo "Dent-like" en estudios en adultos. En nuestro trabajo parece observarse el mismo patrón, que podría explicarse por defectos en la endocitosis a nivel de las células tubulares proximales tras la exposición a los múltiples factores de daño, como el uso de anticalcineúricos.

360 RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE RENAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOSE. MONTAGUD MARRAHI¹, J. CASALS URQUIZA¹, J. DEL RISCO ZEVALLOS¹, D. CUCCHIARI¹, I. REVUELTA VICENTE¹, P. VENTURA-AGUIAR¹, F. COFÁN PUJOL¹, N. ESFORZADO ARMENGOL¹, F. DIEKMANN¹, J.V. TORREGROSA PRATS¹¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA)**Introducción:** a pesar del aumento de la edad de los candidatos a un TR, en ocasiones los pacientes añosos son excluidos como receptores por el potencial impacto deletéreo que la edad puede tener en la supervivencia del paciente e injerto renal.**Material y Métodos:** estudio retrospectivo con receptores de un TR entre los años 2000 y 2019 con edad ≥ 75 años. Se establecieron tres grupos según edad: 75-76 (grupo 1), 77-79 (grupo 2) y ≥ 80 años (grupo 3), comparándose la supervivencia del paciente y del injerto a 1 y 5 años y analizando el impacto de la edad. Los datos se expresaron como media \pm DE, mediana [rango intercuartílico] o porcentaje. Se escogieron estos rangos de edad con la finalidad de maximizar la diferencia de edad entre los grupos estudiados.**Resultados:** se incluyeron 58 pacientes (41% hombres): 24 (grupo 1), 24 (grupo 2) y 10 (grupo 3). La prevalencia pretrasplante de diabetes, cardiopatía isquémica, ictus, tabaquismo, dislipemia y el tiempo en diálisis fueron del 16%, 22%, 7%, 7%, 43% y 27 [16-51] meses, respectivamente. La edad del donante, isquemia fría, asistolia tipo III y de donantes de criterios expandidos fue de 75 ± 9.84 años, 14 ± 6.27 horas, 31% y 93%, respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a las características basales analizadas. La supervivencia del receptor fue de 86%, 91.5% y 80% (al año) y 79.5%, 64% y 80% (a 5 años) para los grupos 1 a 3, respectivamente ($P > 0.05$). La supervivencia del injerto censurada por muerte fue de 89%, 95% y 90% (al año) y 89%, 88.7% y 90% (a 5 años) para los grupos 1 a 3, respectivamente ($P > 0.05$, Fig. 1). El filtrado glomerular estimado a 5 años fue de 43 ± 24 , 32 ± 15 y 34 ± 11 mL/min, respectivamente ($P > 0.05$). En el análisis uni- y multivariable, la edad no se asoció de forma independiente a muerte del receptor (HR 0.98, IC95% 0.73-1.35) ni a pérdida del injerto renal (HR 1.03, IC95% 0.66-1.63) ($P > 0.05$).**Conclusiones:** la supervivencia del receptor ≥ 80 años y del injerto renal es comparable a la de los pacientes más jóvenes. La edad no es, per se, un factor que aumente el riesgo de mortalidad y pérdida del injerto renal.

Figura 1.

**361 FACTORES DE IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER EN ASISTOLIA MAASTRICHT III: EL VALOR DEL SCORE KDPI (KIDNEY DONOR PROFILE INDEX)**V. LÓPEZ¹, C. CASAS¹, C. POLO¹, J. ALONSO¹, D. HERNÁNDEZ¹¹NEFROLOGÍA. HRU MÁLAGA. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, IBIMA, REDINREN (RD16⁰⁰⁰⁰⁹/00009) (MÁLAGA)**Objetivo:** Analizar los factores de riesgo de pérdida de injerto en pacientes con TR de donante cadáver en asistolia tipo III.**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte, longitudinal, retrospectivo, con seguimiento y monitorización prospectiva de la información clínica. El análisis incluye 202 TR de donantes en asistolia III realizados en nuestro centro desde Septiembre del 2010 hasta Diciembre del 2018. Se analizaron las variables con impacto en la supervivencia del injerto tanto del donante como del receptor: Score KDPI, rechazo agudo, score histológico, isquemia fría, NTA, edad y sexo del donante y del receptor.**Resultados:** La edad media de los receptores fue de 55 ± 13 años y la de los donantes de 55 ± 10 años. El tiempo isquemia fría (TIF) fue de $10,9\pm 4$ horas. La inmunosupresión utilizada en todos los casos fue inducción con Timoglobulina (91%) o basiliximab (9%), esteroides, MMF y tacrolimus. 43 pacientes (21%) perdieron el injerto durante el seguimiento (37 meses; RIC 22-52). La supervivencia del injerto al año y 3 años fue significativamente inferior en los pacientes con un KDPI > 90 (80%, 67% vs 97%, 94%; $p = 0.001$).En el análisis multivariante de Cox, el único factor predictor de la supervivencia global y censurada del injerto ajustada para factores confundentes (edad del receptor, isquemia fría, NTA y rechazo agudo) fue el score KDPI > 90 (HR 2,1, IC 1,04-4,5; $p = 0.03$) y (HR 3,5, IC 1,3-9,7; $p = 0.01$) respectivamente. La edad del donante, el ser donante Expandido según la clasificación de la UNOS, el TIF y el rechazo agudo no se relacionaron con la supervivencia del injerto.**Conclusión:** El Score KDPI predice la supervivencia del injerto en trasplante renal de donante en asistolia Maastricht III por lo que debe tenerse en cuenta en la valoración de este tipo de donantes.**362 TRATAMIENTO DEL VHC EN TRASPLANTE RENAL. IMPACTO CLÍNICO DESPUÉS DE 6 AÑOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA**D. TICONA¹, G. PIÑEIRO¹, V. TORREGROSA¹, C. LONDOÑO¹, F. DIEKMANN¹, N. ESFORZADO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA), ²HEPATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA),³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA)**Introducción.** La disponibilidad de los nuevos antivirales de acción directa (AADs), está permitiendo erradicar el VHC en los pacientes con enfermedad renal, y con ello la progresión de la enfermedad hepática después del TR en los pacientes con infección activa por VHC.

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto clínico del tratamiento del VHC en los pacientes con TR funcionante que han sido tratados desde el año 2014 con AADs.

Métodos. En nuestro hospital en enero del 2014, de los 1470 pacientes con TR funcionante, 184 pacientes tenían anticuerpos anti-VHC (12,5%). Ciento diez pacientes (59,7%) eran RNA VHC+ y 74 pacientes eran RNA negativos (40,2%). Un 80% eran genotipo G1b y el 32% de pacientes VHC RNA+ presentaban fibrosis hepática avanzada (F3-F4), medida por elastografía.

De los 110 pacientes TR RNA VHC+, 73 recibieron tratamiento con AADs, 15 rechazaron ser tratados, y el resto reiniciaron diálisis o fallecieron antes de poder tratarse. Los esquemas terapéuticos más utilizados fueron Sofosbuvir/Ledipasvir durante 12 semanas (Harvoni®) en un 57% y Grazoprevir/Elbasvir durante 12 semanas (Zepatier®) en un 15%.

Resultados: De los 73 pacientes tratados, 70 consiguieron una respuesta viral sostenida (RVS12). De los 3 pacientes que no aclararon el VHC ninguno de ellos habían completado el tratamiento, el primero por presentar una sepsis que le condujo a la muerte, el segundo por presentar deterioro de la función renal y el tercero por mala adherencia al tratamiento. La RVS12 en aquellos que completaron el tratamiento fue del 100%.

La tolerancia fue buena en la mayoría de pacientes, sin embargo seis pacientes (8%) presentaron efectos adversos graves: rechazo humoral agudo (1), síndrome nefrótico (1), sepsis y exitus (1), insuficiencia renal aguda (1), reactivación VHB con hepatitis fulminante y exitus (1) y reactivación VHB sin repercusión en la función hepática (1). De los 14 pacientes HBSAg negativos con anti-core positivo (7 anti-s negativo y 7 anti-s positivo), dos pacientes (anti-s negativos) presentaron reactivación VHB (28,7%).

Diez de 15 (66%) pacientes con fibrosis avanzada previa al tratamiento (F3-F4) se constató mejora de la fibrosis en el seguimiento a corto-medio plazo (3-50 meses) después de la curación del VHC.

Conclusión: La eficacia de los AADs ha permitido erradicar el VHC en la mayoría de nuestros pacientes VHC RNA+ con TR funcionante, pero a pesar de la buena tolerancia y excelente perfil de seguridad no está exento de efectos secundarios.

Es importante conocer tanto las importantes ventajas terapéuticas como los potenciales efectos adversos tanto a nivel de la viabilidad del injerto renal como a nivel de la potencial activación de una hepatitis B oculta.

363 EFECTO DE LA HIPERURICEMIA EN EL ENDOTELIO Y EN LA FUNCIÓN RENAL DE PACIENTES CON TRASPLANTE RENALL. ROCA ARGENTE¹, J. HERNÁNDEZ JARAS¹, I. BENEYTO CASTELLÓ²¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA (VALENCIA (ESPAÑA)), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE (VALENCIA (ESPAÑA))**Introducción:** A lo largo de la historia de la medicina, al ácido úrico se ha postulado, por un lado, como una molécula con propiedades beneficiosas como factor evolutivo en el homo sapiens y, por otro lado, como molécula patogénica implicada en la fisiopatología de algunas enfermedades. Sin embargo, hasta el día de hoy, no existe una explicación plausible con la suficiente evidencia que justifique el papel causal del ácido úrico sérico en ciertas enfermedades cardiovasculares como en la hipertensión arterial en el adulto, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo II o síndrome metabólico. Uno de los mecanismos fisiopatológicos propuestos en las enfermedades cardiovasculares es la disfunción endotelial.**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo con seguimiento de 38 sujetos con injerto renal funcionante durante el primer año del trasplante renal y hemos analizado el efecto del ácido úrico sérico y su relación con marcadores de disfunción endotelial e inflamación (VCA, ICAM, IL10, TNF α , E-selectina, P-selectina, PCR). La obtención de las muestras para el análisis se realizó a los tres y doce meses del trasplante renal. El análisis estadístico fue llevado a cabo con el software SPSS en su versión 22 para Windows. Tanto para las pruebas paramétricas como no paramétricas utilizadas en el análisis de los datos se consideraron significativos los valores de p inferiores a 0,05.**Resultados:** Hemos observado una mejoría de los marcadores endoteliales VCAM e ICAM durante el primer año del trasplante, independientemente de la función renal y niveles de ácido úrico. Los sujetos diabéticos presentaron niveles más elevados de urato y TNF alta al año del trasplante renal. Los sujetos con infección de CMV durante el primer semestre presentaron niveles más elevados de TNF α a los tres meses del seguimiento y de ácido úrico a los doce meses del trasplante renal. En el análisis de correlación no hemos observado relación positiva entre niveles de ácido úrico con marcadores de disfunción endotelial y de inflamación a los tres y doce meses del trasplante. No hemos podido demostrar que el tiempo en diálisis previo al trasplante, el uso de diuréticos, la edad del donante o la presencia de síndrome metabólico influyan en los niveles de uricemia.**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran la relación existente entre el ácido úrico y los marcadores de disfunción endotelial e inflamación en el paciente trasplantado renal, aunque no permiten inferir si el ácido úrico es el causante de estas.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

364 SCORE DE RIESGO PARA LA DIABETES MELLITUS POST-TRASPLANTE (PTDM)

I. VIEJO BOYANO¹, G. GIRÓN CERRATO², FH. POMA SAAVEDRA¹, E. VERA TUÑO¹, JF. MERINO-TORRES¹, I. BENEYTO CASTELLO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (VALENCIA),²ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (VALENCIA)

Introducción: La PTDM presenta una incidencia del 10-40% y aumenta el riesgo de mortalidad, eventos cardiovasculares, infecciones y peores resultados del injerto renal. Por ello es importante identificar a aquellos pacientes más susceptibles de desarrollarla. En 2011, Chakera HA et al, propusieron el Summary Score Model como herramienta para determinar el riesgo de desarrollarla usando: Edad > 50 años, Historia familiar de DM, Glucemia >100 mg/dl; corticoterapia de mantenimiento; Triglicéridos > 200 mg/dl, IMC > 30 y medicación hipouricemiante. Debido a las nuevas guías de dislipemia y a las diferencias poblacionales respecto a EEUU (corticoterapia de mantenimiento en todos los pacientes y menor obesidad), consideramos apropiado ajustar y evaluar dicho score con IMC >25, Triglicéridos >150 mg/dl y sustituyendo el ítem de corticoterapia por Colesterol LDL >55 ó Colesterol total > 150.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de 70 pacientes trasplantados renales en 2018. Se estudió la relación entre los FR incluidos en el score y el desarrollo de PTDM o pre-DM según los criterios de la ADA 2020. El seguimiento se realizó de forma estrecha durante el primer año. El estudio se realizó con SPSS Statistics.

Resultados: La edad media fue de 50.91 años, el 18.60% tenían historia familiar de DM, el 41.40% presentaron Glucemia > 100 mg/dl, la media de IMC fue 24.38, un 4.3% presentaba obesidad y un 54.3% tenía sobrepeso, la media de triglicéridos fue de 125.81 mg/dl, la de colesterol total de 151.83 mg/dl, la de LDL de 122 mg/dl y el 30% tenían tratamiento hipouricemiante.

9 pacientes desarrollaron PTDM (12.9%) y 14 desarrollaron pre-DM (20%).

Las variables continuas edad, IMC y glucemia y las variables categóricas edad >50 e IMC > 25 se relacionaron con mayor riesgo de PTDM y pre-DM de forma estadísticamente significativa. El IMC fue la más influyente cuando se ajustó por el resto de factores.

El Summary Score Model se relacionó con un aumento de riesgo de 3.266 para PTDM por cada aumento de un punto en el score (p 0.05). En nuestra adaptación, por cada aumento de un punto hubo un riesgo aumentado de 8.071 para PTDM (p<0.001) y de 2.065 para pre-DM (p 0.039).

Conclusiones: El nuevo Score se ajusta más a las características de la población española y predice mejor el riesgo de PTDM y pre-DM. Es importante identificar los pacientes con mayor riesgo para un manejo precoz y así evitar las complicaciones que produce la PTDM.

365 BIOPSIA PREIMPLANTE CON SCORE > 7 EN RECEPTORES DEL GRUPO O

I. DÍAZ DÍEZ¹, A. SUÁREZ BENJUMEA², M. ALMENARA TEJEDERAS¹, FM. GONZÁLEZ RONCERO¹, B. GASCÓ MARTOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: En gran parte de los centros Trasplantadores, la aceptación de un riñón procedente de un donante con criterios expandidos viene dada principalmente por la biopsia preimplante. Actualmente existe gran controversia sobre la utilidad real de la misma por la variabilidad según: formación del patólogo, obtención de la muestra (cuña o cilindro) y procesamiento, por lo que cada vez se da mayor relevancia a aspectos clínicos del donante y a la valoración macroscópica del órgano. Actualmente y a pesar de los esfuerzos realizados para intentar disminuir las diferencias existentes, el grupo O sigue suponiendo un porcentaje muy importante de los pacientes en lista de espera debido a su menor tasa de trasplante.

Material y método: Debido a la mayor espera de los pacientes grupo O, en 2015 revisamos en nuestro hospital el protocolo de aceptación de órganos y aumentamos la puntuación admisible para estos injertos aceptando scores en la biopsia hasta 10, teniendo además de una valoración macroscópica óptima y una función renal > 60 ml/min. Presentamos la serie de pacientes grupo O que se han trasplantado de 2015-2019 con estos criterios, así como su evolución (Tabla 1).

Conclusiones: Dada la escasez de órganos de la que disponemos, necesitamos herramientas que nos ayuden a no desechar órganos que podrían ser beneficiosos en receptores adecuados. Nuestra serie de casos nos demuestra cómo donantes válidos con una biopsia desfavorable (score > 7) presentan una evolución favorable permitiendo reducir el tiempo en lista de espera

■ **Tabla 1.** Evolución de parámetros de función renal de los pacientes incluidos en el estudio.

Fecha	Edad Donante	Score Donante	Edad Receptor	Función renal inicial	Creatinina nadir	Creatinina estable	Rechazo	BK/CMV
11/08/2015	64-Asistolia III	8	54 V	FRR (2HD)	1,47	1,6	No	No
08/09/2015	73-ME	8	67 M	SI	1,2	1,6	No	No
08/09/2015	73-ME	9	60 V	SI	1,7	2,0	SI Celular IA Périda Injerto	Enfermedad CMV
02/04/2016	73-ME	8	71 V	SI	1,7	1,1	No	No
05/02/2017	71-ME	8	75 M	FRR (5 HD)	3,7	2,3	No	No
08/04/2018	68-ME	10	58 V	SI	1,4	1,37	No	Viruria BK
20/05/2018	69-ME	10	58 M	FRR (1 HD)	2,15	1,92	SI Celular IA	Baja carga CMV
02/08/2018	70-ME	8	55 V	SI	0,72	1,3	No	Viruria BK /Baja carga CMV
02/08/2018	70-ME	8	67 V	SI	1,32	1,63	No	Viruria BK /Baja carga CMV

ME: muerte encefálica; V: varón; M: mujer; FRR: función renal retrasada; HD: hemodilisis.

del grupo O y su comorbilidad asociada. Por tanto, corroboramos que la biopsia preimplante no debería ser el único criterio para descartar un órgano. La determinación de función renal y un aspecto macroscópico satisfactorio podrían ser suficientes para predecir un buen resultado del trasplante.

366 HYPERTENSION AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS - BLOOD PRESSURE RESULTS OF CASTOR (CARDIOVASCULAR STATUS IN A GROUP OF TURKISH ORGAN RECIPIENTS) STUDY

T. UZAR¹, S. EKSI¹, Z. ISIKLI¹, E. CIGDEM ALTUNOK¹, E. ARI¹, F. FICI¹, NR. ROBLES²

¹NEFROLOGÍA. BAĞCESEHIR UNIVERSITY MEDICAL FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY),²NEFROLOGIA. ISTINYE UNIVERSITY, NURSING FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY),³BIOSTATISTICS. YEDITEPE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY (ISTANBUL, TURKEY),⁴CATEDRA DE RIESGO VASCULAR. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA),⁵NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: Hypertension is an independent risk factor for cardiovascular morbidity and allograft loss and affects 70-90% of kidney transplant recipients (KTR). Data on the prevalence of hypertension (HT) in adult KTRs are scarce. This study analysed the prevalence of HT, the pattern of and the effects of antihypertensive treatment on blood pressure control, graft function and proteinuria.

Methods: The prevalence of HT and the class and daily dosage load of antihypertensive medications were analysed in 330 KTRs before kidney transplantation and 3, 6, and 12 months after transplantation. Graft functional tests and 24-hour proteinuria were assessed at post-transplant 1, 3, 6 and 12 months. Office blood pressure measurements were recorded on the day of transplantation and at every follow-up visit; it was considered "uncontrolled" at values > 130/80 mmHg.

Results: The prevalence of uncontrolled HT was significantly reduced after kidney transplantation (68.3% before transplantation, 62.4, 47.5, and 29.0% at the 3-, 6-, and 12-month follow-up, p<0.005, respectively). The average number of antihypertensive drugs per patients was reduced at the end of the study (1.9 ± 0.8 before transplantation vs 1.4 ± 0.6 after 12 months post-transplantation, p=0.036). Levels of systolic blood pressure were positively correlated with 24-hour proteinuria levels (r = 0.246, p=0.026) and negatively correlated with 24-hour creatinine clearance (r = -0.328, p=0.004) at the end of the study. Most commonly used antihypertensive agents were calcium channel blockers (CCB)(59.3%), followed by beta blockers (BB)(38.0%) in the first 6 months of transplantation. A significant upward tendency of RAS inhibitors (17.6% vs 40.4%, for RAS inhibitors and 0.6% vs 22.2%, for RAS inhibitors/CCB) was observed after 6 months of transplantation when compared to first 6 months of transplantation.

Conclusion: Data demonstrated that kidney transplantation reduced the rate of uncontrolled HT and the average number of antihypertensive drug after 1 year. RAS inhibitors and RAS inhibitors/CCB were used more frequently 6 months after kidney transplantation.

367 SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO POST-TRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

R. BERZAL RICO¹, AM. SEVILLANO PRIETO¹, A. FRÍAS GONZÁLEZ¹, C. YUSTE LOZANO¹, JC. SANDINO PÉREZ¹, L. AUBERT GILBERT¹, L. CORDERO GARCÍA-GALÁN¹, M. RIVERO MARTÍNEZ¹, A. ANDRÉS BELMONTE¹, M. PRAGA TEREENTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: El síndrome linfoproliferativo postrasplante (SLPT) es la segunda neoplasia más prevalente en población trasplantada renal. Los principales factores relacionados con su aparición son la inmunosupresión y el virus de Epstein Barr (VEB).

Método: Estudio descriptivo en el que analizamos las características, evolución y tratamientos recibidos de los 31 pacientes trasplantados renales de nuestro centro que desarrollaron un SLPT entre los años 1986 y 2020.

Resultados: El 64,5% de los pacientes de nuestra serie fueron varones, siendo la poliquistosis renal la causa más frecuente de enfermedad renal crónica terminal. Antes del trasplante un 10% de los enfermos presentaban serología negativa para VEB, un 6,5% tenían antecedentes de neoplasias y un único paciente había recibido inmunosupresión.

La edad media al trasplante fue de 43.1±11.8 años, procediendo el 68% de donante en muerte encefálica. En un 61,3% la inmunosupresión inicial se realizó con tacrólimus, micofenolato y prednisona. La inducción se realizó en un 22,6% con Basiliximab y en un 22,6% con timoglobulina. Antes de la aparición del SLPT se redujo la inmunosupresión en el 54,8% de estos trasplantados. El 13% de los enfermos había sufrido episodios de rechazo. Todos los pacientes con serología negativa de VEB antes del trasplante la positivizaron.

La mediana de tiempo para la aparición de SLPT fue de 13 años, teniendo una localización extranodal en el 54,8% y siendo la carga viral de VEB negativa en el 60% de los casos. El 61,3% de los pacientes fueron diagnosticados entre 2016 y 2020. La estrategia principal de tratamiento fue el descenso de la inmunosupresión, manteniéndose un 28,6% en monoterapia con inhibidores de la calcineurina y un 21,5% con un inhibidor de mTOR. En un 16,7% se realizó terapia 5/5 tacrólimus-mTOR. Ningún enfermo de nuestra serie desarrolló episodios de rechazo. Cuatro enfermos fallecieron por su SLPT, presentado el resto una respuesta completa y/o enfermedad estable. Todos los pacientes presentaron función del injerto conservada al final del seguimiento.

Conclusión: La mayor parte de pacientes de nuestra serie fueron diagnosticados del SLPT entre los años 2016 y 2020. El tiempo desde el trasplante hasta la aparición del SLPT fue prolongado, siendo la carga viral de VEB negativa en la mayoría. La supervivencia del injerto tras la quimioterapia y reducción de inmunosupresión fue excelente, con bajo riesgo de rechazo y buen pronóstico de la enfermedad hematológica. Es posible que una reducción de la inmunosupresión en pacientes seleccionados pueda prevenir la aparición de SLPT.

368 EXPERIENCIA CON PATIROMER CÁLCICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL TRASPLANTE RENAL

J.C. QUEVEDO REINA¹, R. SANTANA ESTUPIÑÁN¹, R. GALLEGO SAMPER¹, A. SANTANA QUINTANA¹, E.F. VALGA AMADO¹, E.J. BAAMONDE LABORDA¹, S. MARRERO ROBAYNA¹, M.S. RINCÓN TIRADO¹, N.J. VEGA DÍAZ¹, J.C. RODRÍGUEZ PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: La hipertensión crónica constituye un problema común en el trasplante renal (TR) debido a una alteración de la secreción tubular de potasio provocada por disfunción renal y/o fármacos. El Patiromer cálcico (Pc) tiene una experiencia limitada en TR.

Materiales y métodos: Estudio observacional que analiza la calemia antes y después del Pc. Se recogieron datos demográficos, función renal, proteinuria, calemia y sodio urinario, así como, eventos inmunológicos y modificaciones en los niveles de inmunosupresión (IS) o en el bloqueo del SRAA a los 0 y 3 meses del tratamiento.

Resultados (ver Tabla) Resultaron 21 trasplantados, con una media de edad de 60 años y tiempo medio de trasplante de 11,75 años. El 57% eran diabéticos.

Del total, 17 pacientes tomaban poliestireno sulfonato cálcico 15g (PSC), 11 de ellos con más de 30 g/día. El 100% refería mala tolerancia al PSC con alguna toma irregular. En 4 pacientes se decidió iniciar Pc de novo.

La dosis de 8,4 gr/día (administrada a las 18:00 horas) fue suficiente para controlar los niveles de potasio en el 90% de los pacientes. En dos pacientes fue necesario emplear 16,4 gr/día. En 16 pacientes (76%) se pudo optimizar el tratamiento antihipertensivo y en 6 reducir la dosis de bicarbonato sódico.

Del total, 17 pacientes (80%) tomaban tacrolimus-micofenolato de mofetilo-prednisona, 3 everolimus-tacrolimus-prednisona y uno ciclosporina. No observamos cambios en los niveles de IS ni eventos inmunológicos. La función renal permaneció estable (ver tabla).

El 100% refería mejor tolerancia con Pc, un paciente presentó estreñimiento y ninguno suspendió el tratamiento.

Conclusiones: El Pc parece ser una alternativa eficaz, segura y bien tolerada; permitiendo optimizar el tratamiento del bloqueo del eje para el control de la proteinuria. Son necesarios, para confirmar estos resultados, estudios prospectivos.

Tabla 1. media y desviación típica con IC al 95% (basal y a los 3 meses del Pc).

Parámetros	Basal	3 meses
Potasio sérico (mEq/L)	5,60 ± 0,23	4,85 ± 0,23
Creatinina sérica (mg/dl)	2,16 ± 0,31	2,04 ± 0,32
Proteinuria (gramos/día)	1,58 ± 0,93	0,99 ± 0,53
Sodio urinario (mEq) en orina de 24h	207,90 ± 32,78	145,38 ± 29,22

370 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN LA ANEMIA POSTRASPLANTE RENAL

S. NÚÑEZ DELGADO¹, E. SOLÀ PORTA¹, C. ARIAS CABRALES¹, D. REDONDO PACHON¹, A. BUXEDA I PORRAS¹, C. BURBALLA TARREGA¹, M. CRESPO BARRIO¹, M. MIR FONTANA¹, J. PASCUAL SANTOS¹, M.J. PÉREZ SÁEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

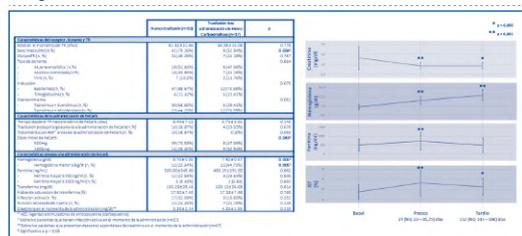
Introducción: La eficacia y seguridad del hierro carboximaltosa (FeCarb) está demostrada en pacientes con enfermedad renal crónica y diálisis, pero sus efectos no han sido evaluados en receptores de trasplante renal (TR).

Métodos: Estudio retrospectivo (2016-2018) de receptores de TR que recibieron FeCarb durante los primeros 30 días postTR. Se analizó la eficacia -respuesta precoz (1ª ferrocínética tras administración) y respuesta tardía (>90 días post-administración) al tratamiento-, así como parámetros de seguridad.

Resultados: De 283 TR realizados, 77 receptores recibieron FeCarb (52, 1 dosis/500mg y 25, 1 dosis/1000mg) tras una mediana de 6 días postTR (RIQ 3,5-9; 70 en el ingreso del TR). 24 pacientes precisaron transfusión tras FeCarb por no mejoría de la anemia, pero 7 de ellos fue en contexto de otro evento concomitante. Entre los pacientes transfundidos (n=17) había un porcentaje mayor de mujeres, partían de una hemoglobina más baja y recibieron una dosis mayor de FeCarb (Tabla). Los pacientes que respondieron (n=53) mejoraron parámetros de ferrocínética y anemia precozmente y a los 3 meses (Figura). En el análisis multivariante ajustado por sexo, infección activa en el momento de administración de FeCarb, dosis de FeCarb, inmunosupresión y tratamiento previo con eritropoyetina, tener una hemoglobina inferior a 8g/dl se relacionó con mayor riesgo de transfusión tras la administración (HR 11.30 [3.03-42.2]). No hubo reacciones adversas a la administración de FeCarb. 17/53 pacientes no transfundidos tenían una infección activa controlada en momento de la administración de FeCarb (mediana de días bajo antibiótico: 3 RIQ 1-5). La infección no condicionó peor respuesta a FeCarb ni hubo un empeoramiento clínico tras su administración.

Conclusiones: La administración de FeCarb en la anemia posttrasplante inmediato es eficaz en pacientes con hemoglobina mayor a 8g/dl, bien tolerada y no se asocia a un empeoramiento de infecciones.

Figura 1.



369 LA CONVERSIÓN A BELATACEPT MEJORA LA FUNCIÓN RENAL DE PACIENTES CON AFECTACIÓN HISTOLÓGICA Y FUNCIONAL SEVERA. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA A LARGO PLAZO

M.O. LÓPEZ-OLIVA¹, L. ÁLVAREZ GARCÍA¹, E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, T. PEREZ ROBLES¹, M. VACA GALLARDO¹, J.C. SANCICRUZ¹, M.L. TESTILANO¹, A. HERRERO AMBROSIO¹, R. SELGAS GUTIÉRREZ¹, C. JIMÉNEZ MARTÍN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA), ²FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Belatacept bloquea selectivamente la señal de coestimulación de las células T. Su empleo, tanto de novo como en conversión, se asocia con una mejor función renal del injerto comparado con los regímenes que incluyen un inhibidor de calcineurina (ICN).

Objetivo: Exponer nuestra experiencia con belatacept como tratamiento de rescate en pacientes que presentan disfunción moderada-severa tras el trasplante renal y comparar la función renal con aquellos pacientes que recibieron el injerto renal contralateral sin cambio a belatacept.

Pacientes y métodos: Trasplantados renales, con disfunción del injerto y biopsia renal con toxicidad por ICN o lesiones crónicas vasculares a los que se les cambió el ICN por belatacept (Figura1). Se recogieron variables de eficacia antes y después del cambio y de seguridad después del cambio.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes. El cambio a belatacept se hizo a los 13 meses de media desde el trasplante y la duración del tratamiento osciló entre 5 y 80 meses. La función renal mejoró de 3,04±1,34 mg/dl antes del cambio a 1,9±0,3 mg/dl a los 6 y 12 meses post-conversión (p=0,016), siendo la última creatinina media de 1,8±0,4 mg/dl. Se retiró el belatacept en un caso, al año, por desarrollo de anticuerpos donante específicos sin evidencia de rechazo agudo. No hubo ningún caso de síndrome linfoproliferativo posttrasplante ni de rechazo agudo tras la conversión. En 6 casos se implantó el injerto contralateral en otro receptor al que no se le cambió a belatacept. La última creatinina media de los pacientes sin belatacept fue de 3,5±1,7 mg/dl vs. 1,7±0,2 mg/dl en los pacientes con belatacept (p=0,03).

Conclusiones: El cambio a belatacept mejora la función renal de todos los pacientes, incluso en aquellos con una afectación histológica y funcional severa. La mejoría de la función renal se mantiene estable a medio/largo plazo y es significativamente mejor que la función renal de los pacientes que se mantienen con ICN.

Tabla 1. Características demográficas y de función renal, lesiones histológicas e inmunosupresión antes del cambio a belatacept.

Pa- cie- nte	Edad	Cr / GFR	IS	Meses tras el Tx	Indicación	Biopsia	DSA pre /post
1	63	4,9 / 12,2	TAC/MMF/Pred	2	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 1, t 1, ti 1, v 0, ptc 1, aah 0, mm 0, c4d 1, cg 0, ci 0, ct 0, cv 3	no / no
2	54	2,8 / 30	TAC/MMF/Pred	2	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 1, v 0, ptc 0, aah 0, mm 1, c4d 1, cg 0, ci 2, ct 2, cv 3	no / no
3	67	2,1 / 31,3	TAC/MMF/Pred	8	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 0, v 0, ptc 0, aah 3, mm 0, c4d 2, cg 0, ci 0, ct 0, cv 2	no / no
4	30	3,3 / 32	TAC/MMF/Pred	5	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 0, v 0, ptc 0, aah 0, mm 0, c4d 1, cg 0, ci 0, ct 0, cv 0	no / no
5	60	3,3 / 28	TAC/MMF/Pred	7	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 0, v 0, ptc 0, aah 1, mm 0, c4d 1, cg 0, ci 2, ct 1, cv 0	no / no
6	65	2,1 / 31	TAC/MMF/Pred	12	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 0, v 0, ptc 0, aah 1, mm 0, c4d 0, cg 0, ci 1, ct 1, cv 0	no / no
7	58	6,4 / HD	TAC/MMF/Pred	1	Disf. Renal/ N. Diabet. D	g 0, i 0, t 0, ti 0, v 0, ptc 0, aah 3, mm 0, c4d 0, cg 0, ci 0, ct 0, cv 1	no / no
8	25	1,6 / 43	CyA/MMF/Pred	37	Disf. Renal/ Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 1, v 0, ptc 0, aah 2, mm 0, c4d 2, cg 0, ci 1, ct 2, cv 1	no / si
9	72	3,4 / 12	TAC/MMF/Pred	1	Disf. Renal	g 0, i 0, t 0, ti 1, v 0, ptc 0, aah 0, mm 0, c4d 0, cg 0, ci 1, ct 1, cv 0	no / no
10	72	3,1 / 19	TAC/MMF/Pred	5	Disf. Renal	g 0, i 0, t 0, ti 0, v 0, ptc 0, aah 0, mm 0, c4d 0, cg 0, ci 1, ct 0, cv 0	no / no
11	37	1,8 / 36	TAC/MMF/Pred	62	Tox. ICN	g 0, i 0, t 0, ti 1, v 0, ptc 0, aah 2, mm 0, c4d 0, cg 3, ci 2, ct 1, cv 0	no / no

371 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD TRAS EL TRASPLANTE RENAL EN POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA, ¿UNA ALTERNATIVA SEGURA?

A. RODRÍGUEZ-CAMPÓN¹, SA. TAMAYO-ARROYO¹, L.C. CORREA-MARCANO¹, P. FRAILE-GÓMEZ¹, AM. GONZÁLEZ-PÉREZ¹, O. SEGURADO-TOSTÓN¹, G.C. DELGADO-LAPEIRA¹, K. RIVERO-GARCÍA¹, G. GONZÁLEZ-ZHINDÓN¹, G. TABERNEIRO-FERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), ²DERMATOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

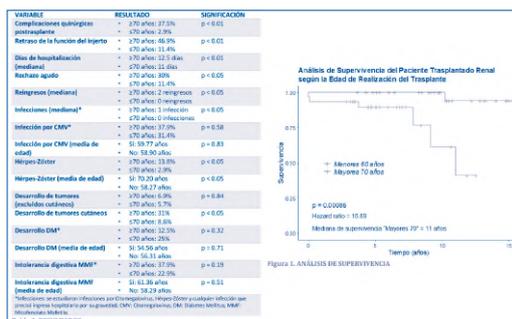
Introducción: El trasplante renal (TR) es una alternativa terapéutica en la Enfermedad Renal Crónica, que cada vez incluye pacientes de edad más avanzada. El objetivo de este estudio es analizar las complicaciones en una población receptora de TR por encima de los 70 años.

Pacientes y métodos: Se analizaron 67 pacientes que fueron trasplantados entre 2007 y 2017 en nuestro centro hospitalario, con seguimiento hasta Junio de 2020. Se clasificaron en función de la edad en que recibieron el trasplante: 32 pacientes mayores de 70 años ("ancianos"), y 35 pacientes menores de 60 años ("jóvenes").

El análisis estadístico se fundamenta en un contraste de hipótesis entre ambos grupos de edad, mediante: "test-T", "test de Chi-Cuadrado" y "test de Wilcoxon". Además de un análisis de supervivencia en función del evento mortalidad, representado gráficamente en la curva de Kaplan-Meier y con la correspondiente regresión de Cox.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla 1 y la Figura 1.

Conclusiones: A pesar de la mayor mortalidad en mayores de 70 años, el trasplante renal ofrece una mediana de supervivencia de 11 años. Según diferentes estudios, la diálisis en pacientes de edad avanzada asocia una elevada mortalidad durante el primer año, con una supervivencia muchas veces menor del 50% a los 5 años de inicio de la técnica. Por tanto, el TR es una buena opción para la población mayor de 70 años. Aun así el riesgo de complicaciones asociados a la edad es elevado, por ello habría que considerar factores de fragilidad previo a la realización del trasplante (por ejemplo mediante escalas de valoración de calidad de vida o funcionalidad) para ser tenidos en cuenta y tratar de mitigarlos tras la realización del mismo.



Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

372 DAÑO VASCULAR EN EL TRASPLANTE: TIPOS DE ENDARTERITIS E IMPACTO EN SUPERVIVENCIA

A. BUXEDA¹, B. CHAMOUN², A. COCA³, J. GIMENO⁴, L. LLINÁS-MALLOL⁵, D. REDONDO-PACHÓN¹, M. CRESPO¹, J. PASCUAL¹, D. SERÓN¹, M.J. PÉREZ-SÁEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HERBÓN (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID), ⁴ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ⁵NEFROLOGÍA. INSTITUT HOSPITAL DEL MAR D'INVESTIGACIONS MÈDIQUES (BARCELONA)

Introducción: La endarteritis (v>0) en biopsias (BR) de trasplante renal (TR) puede aparecer en contexto de rechazo (celular y/o mediado por anticuerpos- v-RA) o de forma aislada (v- aislada). En un estudio preliminar la v-aislada temprana (Ev-aislada,

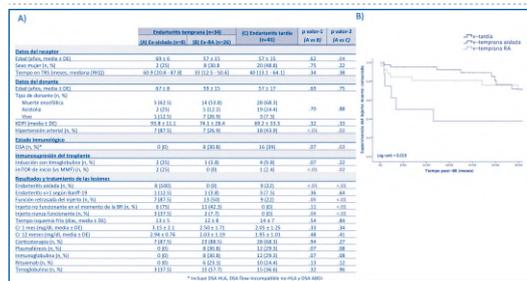
Métodos: Estudio retrospectivo observacional multicéntrico de 75 TR con lesiones de endarteritis en BR realizadas por indicación o seguimiento (2009-2019). Los diagnósticos histológicos corresponden a la clasificación de Banff-2019. Mediana de seguimiento desde la BR de 29.5 meses [RIQ 14.7-53.2].

Resultados: La Ev-aislada representa el 10.7% (n=8) de todas las lesiones de endarteritis de la cohorte y confiere una supervivencia del injerto muerte-censurada a 3 años claramente peor comparada con el grupo de Ev-RA y la v-tardía (38% vs 71% vs 71%, log rank=0.019). Los TR con Ev-aislada presentaron más función retrasada del injerto (FRI, 87.5% vs 50% vs 22%, p=0.05 y <0.01, respectivamente), mayor número de injertos no-funcionantes en el momento de la BR (INF-BR, 75% vs 42.3% vs 0%, p=0.11 y <0.01, respectivamente) y más injertos nunca funcionantes (37.5% vs 7.7% vs 0%, p=0.04 y <0.01, respectivamente). El tiempo de isquemia fría fue similar. La inducción con timoglobulina, FRI y la Ev-aislada fueron los únicos determinantes de pérdida de injerto muerte-censurada según el modelo univariante Cox-regression (HR 2.25, 5.06 y 3.76, respectivamente, p<0.05), pero dichos hallazgos no se confirmaron en el modelo multivariante. La actitud terapéutica mediante el uso de fármacos inmunosupresores fue similar entre los tres grupos.

Conclusiones: La Ev-aislada post-TR es poco frecuente, se asocia a factores sugestivos de

isquemia (FRI, INF-BR) y condiciona una mala supervivencia muerte-censurada del injerto. Una mejor caracterización fenotípica de estos pacientes podría modificar la actitud terapéutica y evitar efectos secundarios relacionados.

Figura 1.



374 LA INMUNOSUPRESIÓN CON EVEROLIMUS PUEDE DETERMINAR PEOR CURSO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO EN LOS TRASPLANTADOS RENALES CON COVID-19

N. MACÍAS¹, ML. RODRÍGUEZ FERRERO¹, J. CARBAYO¹, A. ACOSTA¹, A. GONZÁLEZ ROJAS¹, A. MUÑOZ DE MORALES¹, M. RENGLÉ¹, F. ANAYA¹, A. GARCÍA PRIETO¹, M. GOICOECHEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: El manejo de la infección por SARS-CoV-2 en receptores de trasplante renal (TxR) puede ser complejo por las interacciones farmacológicas y la necesidad de ajustes individualizados en la inmunosupresión que pueden afectar a la función del injerto, al riesgo de rechazo y la supervivencia del injerto. El objetivo del estudio fue evaluar el curso clínico, tratamiento y factores pronósticos en los TxR ingresados por COVID-19 en nuestro centro durante el brote de Marzo-Abril 2020.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que se analizaron características basales, inmunosupresión, curso clínico, hallazgos radiológicos y de laboratorio, manejo terapéutico y cambios en 24 TxR con el objetivo de identificar los factores relacionados con una peor evolución.

Resultados: La edad fue 60.3 ± 12 años, el 79% eran varones, 64.5 (30-135.8) meses post-trasplante. Los principales síntomas iniciales fueron disnea, tos y diarrea (42% cada uno). Más del 90% desarrollaron bronconeumonía bilateral, generalmente en las primeras 48 horas de ingreso. El 92% necesitaron oxigenoterapia y 8% ventilación mecánica invasiva. Se observó deterioro agudo de función renal del injerto en el 79%, generalmente reversible, y el 58% presentaron niveles tóxicos de tacrolimus y/o everolimus. El tratamiento incluyó hidroxiquina (100%), azitromicina (62.5%), antibióticos (92%), enoxaparina (82%), metilprednisolona (46%) y tocilizumab (17%).

Dos pacientes murieron (8.3%) y 21 fueron dados de alta. Los factores asociados con mala evolución clínica (aumento de necesidades de oxígeno) en la primera semana (25%) fueron la elevación de LDH [OR: 1.01 (1.00-1.02), p=0.025] y la inmunosupresión con prednisona-everolimus-tacrolimus [OR: 10.0 (1.2-81.8), p=0.032]. El empeoramiento radiológico durante la primera semana (37.5%) se asoció con cualquier esquema de inmunosupresión con everolimus [OR: 8.0 (1.2-52.3), p=0.008]. El deterioro agudo de función renal durante el ingreso (37%) se asoció con los niveles pico de tacrolimus, el tratamiento previo con ARA2 y con los esquemas de inmunosupresión con everolimus. En el análisis de regresión multivariante la inmunosupresión con everolimus se mantuvo como predictor independiente del daño renal agudo [OR: 38.4 (1.1-1312.3), p=0.043].

Conclusiones: La infección por SARS-CoV-2 en TxR puede presentarse de forma atípica, frecuentemente se acompaña de disfunción aguda del injerto y niveles elevados de inmunosupresores, y puede progresar rápidamente. Los esquemas de inmunosupresión con everolimus podrían determinar peor curso clínico y radiológico en los TxR con COVID-19.

373 ESTUDIO PILOTO DE LA RESISTENCIA ÓSEA MEDIDA IN VIVO POR MICROINDENTACIÓN POR IMPACTO EN EL POST-TRASPLANTE RENAL

M.J. LLORET¹, C. CANAL¹, C. FACUNDÓ¹, A. VILA¹, N. SERRA¹, R. GELPI¹, S. DI GREGORIO², B. BARDAJÍ¹, LL. GUIRADO¹, J. BOVER¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA), ²DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN. CETIR ASCIRES (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La microindentación por impacto es una nueva técnica que mide la resistencia ósea. Los resultados se expresan como BMSI (Bone Material Strength index) que representa la relación entre la penetración de la aguja-sonda en el hueso y un estándar de referencia.

Material y métodos: estudio observacional, prospectivo, unicéntrico donde se realizó un procedimiento de microindentación (Osteoprobe®; Active Life Scientific, USA) según protocolo y densitometría ósea basal, en el periodo peritrasplante a los pacientes trasplantados desde mayo/2019 hasta mayo/2020. Siguiendo la práctica clínica habitual basada en el riesgo individual de fractura, se inició o no tratamiento antiresortivo. Se realizó una microindentación de control a los 6 meses.

Resultados: En 45 pacientes se practicó una microindentación basal, 62% varones con una edad media de 56±14 años. El 55.6% estaban en hemodiálisis (HD) previo al trasplante renal, 20% eran diabéticos con un IMC medio de 24.9±3.5 kg/m² y un 33.3% de las mujeres habían presentado menopausia precoz. El 15.9% tenían antecedentes de fractura previa por fragilidad y 13.2% tenían antecedentes familiares de fractura de cadera. El 14.3% habían sufrido más de 2 caídas durante el último año. El FRAX® medio para fractura mayor osteoporótica fue de 4.3% y 2.3% para cadera. El T-score lumbar, cuello femoral, cadera y radioulnar distal basal fue de -0.9, -1.7, -1.5, -2.0, respectivamente. El índice de resistencia ósea (BMSI) basal medio fue de 78.5±7.6. Los pacientes osteopélicos u osteoporóticos presentaron un BMSI significativamente menor que los que no lo eran (76.3 vs 83; t=0.37; p = 0.012). Se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre el BMSI y el TBS (Tribucular Bone Score) (r = 0.346; p = 0.036). En una escala analógico-visual el dolor durante la realización de la técnica fue calificado de media en 1.1±1.6 sobre 10. El 44% de los pacientes inició tratamiento antiresortivo (9.3% denosumab; 37.2% bisfosfonatos) a un promedio de 57±38 días del trasplante renal. Se realizó microindentación de control a los 6 meses a 24 pacientes, siendo el valor medio de BMSI de 76.9±10.5. La diferencia promedio entre el BMSI basal y a los 6 meses en este subgrupo fue de 1.18 (DE 11.5). El grupo de pacientes tratados con antiresortivos mostró un aumento de BMSI a los 6 meses, frente a la disminución promedio en el grupo de pacientes no tratados (+5.2 vs -5.3; p = 0.054).

Conclusiones: La microindentación por impacto es una técnica con una tolerancia excelente que ofrece una información complementaria sobre calidad ósea en la valoración global de la resistencia ósea. La microindentación podría permitir la detección de cambios en la resistencia ósea de forma precoz en los pacientes trasplantados tratados con antiresortivos.

375 ¿RECHAZO HUMORAL CON ANTICUERPOS HLA NEGATIVOS?

A. VINUESA JACA¹, E. CODINA SAMPERA¹, Y. CALZADA BAÑOS¹, P. ARANGO SANCHO¹, LC. HERNÁNDEZ ZUÑIGA¹, VA. LÓPEZ BÁEZ¹, L. MARTÍ MAS¹, N. MAGRO BENITO¹, R. LUCENA VALVERDE¹, A. MADRID ARIS¹

¹NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. CONSORCI HOSPITALARI MANRESA-FUNDACIÓ ALTHAIA (MANRESA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. CONSORCI SANITARI TERRASA (TERRASA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLO (MADRID/ESPAÑA)

Introducción. El rechazo mediado por anticuerpos es una de las causas más frecuentes de pérdida del injerto renal. A pesar de que los anticuerpos HLA donante específicos son los responsables de la gran mayoría de rechazos humorales, pueden ocurrir también en ausencia de los mismos. En los últimos años se ha demostrado mayor evidencia acerca del papel de autoanticuerpos no HLA en el rechazo humoral hiperagudo/agudo/crónico. Describimos a continuación un caso de rechazo humoral agudo no HLA mediado.

Material y métodos. Paciente de 17 años, afecto de síndrome de Down, con enfermedad renal terminal secundaria a válvulas de uretra posterior, receptor de trasplante renal de donante cadáver. Grupo ABO compatible. PRA 0%, comparte 2 identidades con donante en B y DR. Riesgo infeccioso intermedio (donante/receptor CMV -/+). Tiempo de isquemia fría 16 horas. Se realiza protocolo de inmunosupresión con basiliximab, cellcept, tacrolimus y prednisona. Post-trasplante presenta una función renal subóptima con descenso lento de cifras de creatinina sin precisar terapia sustitutiva. Inicialmente, y tras valorar posibles causas de disfunción precoz del injerto, se realiza ecografía-doppler, observándose trombosis parcial de la vena renal, presentando el injerto renal un aspecto desdiferenciado, con aumento de resistencia intraparenquimatosa y flujo doppler con diástole invertida. Ante el hallazgo de disfunción renal de causa vascular versus rechazo, se decide inicio de tratamiento con heparina y corticoides en bolus junto a timoglobulina. Del mismo modo, se lleva a cabo una biopsia renal donde se observan signos de rechazo celular con inflamación microvascular (C4d negativo).

A pesar de la negatividad de anticuerpos HLA en el estudio realizado y la escasa respuesta al tratamiento, debido al empeoramiento mantenido de la función renal, se inician sesiones de inmunoadsorción y Rituximab y se solicitan anticuerpos no-HLA que resultan positivos (anti-receptor tipo 1 de angiotensina-II (AT1R) y anti-receptor tipo A endotelina (ETAR)), completándose el tratamiento con 10 sesiones de inmunoadsorción y Rituximab, con franca mejoría posterior.

Resultados y conclusiones. El rechazo por anticuerpos no HLA mediado es una entidad probablemente infradiagnosticada. En nuestro caso, ante disfunción aguda del injerto, sospecha iniciamos estudio descartando causas vasculares y obstructivas inicialmente, así como inmunológicas tras mala evolución inicial. Podríamos atribuirla al tiempo de isquemia, resultó llamativa la negatividad del C4d en biopsia renal, haciendo difícil su sospecha diagnóstica, siendo en este caso fundamental la experiencia del patólogo a la hora de dirigir el diagnóstico.

376 CRISTALES DE RESINCALCIO COMO CAUSA DE PANCOLITIS EN TRASPLANTADO RENAL. A PROPOSITO DE UN CASO

AN. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ¹, I. SAURA LUJÁN¹, MT. VALDA DE MIGUEL¹, A. ALONSO GARCÍA¹, PP. ORTUÑO LÓPEZ¹, V. MARTÍNEZ JIMÉNEZ¹, F. MORALES CARAVACA¹, CC. JIMENO GRINÓ¹, G. RUIZ GARCÍA², JB. CABEZUELO ROMERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

Introducción: El Resincalcio es un fármaco utilizado frecuentemente para el manejo de la hiperpotasemia. Su mecanismo de acción consiste en el intercambio de calcio por potasio a nivel colónico, pudiendo provocar estreñimiento, úlceras, necrosis transmural, perforación intestinal e incluso muerte. El objetivo de este caso clínico es destacar la importancia de que el médico y, en especial, el nefrólogo, reconozca precozmente este fármaco entre las posibles causas de colitis, de cara a la posible retirada del mismo y sustitución por otro tratamiento alternativo.

Caso clínico: Varón de 57 años, portador de trasplante renal desde el año 2000 y con nefropatía crónica del injerto, que ingresa por deposiciones líquidas abundantes y frecuentes de una semana de evolución (sin dolor abdominal ni fiebre). Al ingreso, exploración abdominal anodina, y deterioro del nivel de consciencia, en el contexto de empeoramiento de función renal de causa prerrenal y oligoanuria, precisando 4 sesiones de hemodiálisis. TC cerebral y eco-doppler del injerto renal: normales. Por otro lado, anemiaización severa sin ferropenia y CEA elevado, solicitándose TAC abdominal y colonoscopia. Rectorragia coincidiendo con preparación intestinal, realizando shock hipovolémico y precisando varias transfusiones. PCR CMV y coprocultivo/toxina de Clostridium difficile: negativos. TAC abdominal evidenció pncolitis inespecífica. Colonoscopia: colon transverso y ciego con múltiples úlceras. Se toma muestra para biopsia y cultivo de CMV, y se inicia tratamiento empírico con Ganciclovir i.v., que se mantiene hasta obtener resultados de anatomía patológica, con cultivo de CMV a nivel intestinal finalmente negativo. Biopsia de colon: mucosa de intestino grueso con cambios reactivos epiteliales y cristales de kayxalato en superficie. No evidencia de malignidad ni microorganismos. El paciente evolucionó favorablemente tras reposo intestinal y tratamiento médico. Durante el ingreso, no recibió tratamiento con resincalcio, pero a la reanemiasis, refería consumo crónico de 1 sobre diario. Al alta, recuperación de su función renal basal y normopotasemia, suspendiendo resincalcio definitivamente.

Discusión y conclusiones: El Resincalcio es un fármaco ampliamente utilizado para el manejo de la hiperpotasemia, aunque puede tener consecuencias clínicas potencialmente graves. En este caso, la clínica más frecuente es la rectorragia, teniendo que hacer diagnóstico diferencial con otras entidades como colitis isquémica, colitis por microorganismos oportunistas y pseudomembranosa. El daño intestinal se debe a la lesión mucosa directa por parte de los cristales, propiciado a su vez por estados de hipovolemia con vasoconstricción esplácnica. Como nefrólogos, hemos de reforzar el consejo higiénico-dietético en nuestros pacientes con hiperpotasemia, y utilizar otros tratamientos alternativos a ser posible.

377 ASOCIACIÓN ENTRE INCIDENCIA DE CRISIS QUÍSTICAS Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CON INHIBIDORES DE MTOR EN TRASPLANTADOS RENALES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

DM. RODRIGUEZ ESPINOSA¹, E. HERMIDA¹, E. CUADRADO¹, E. GUILLEN¹, E. MONTAGUD¹, F. DIEKMAN¹, F. OPPENHEIMER¹, M. BLASCO¹

¹SERVEI DE NEFROLOGIA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC, UNIVERSITAT DE BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La poliquistosis renal autonómica dominante (PQRAD) es la enfermedad hereditaria renal más común. Se caracteriza por el crecimiento descontrolado del epitelio tubular con generación de quistes. La mayoría de los pacientes que requieren terapia renal sustitutiva, llegan a recibir un trasplante renal (TR) y si bien el injerto consigue liberarlos de la dependencia de la técnica de diálisis, sus órganos nativos continúan dentro, y aunque no produzcan orina, si continúan produciendo crisis quísticas. Estas crisis pueden deberse a infecciones o hemorragias, son dolorosas y generan una disminución en la calidad de vida de los pacientes. Uno de los sistemas implicados en la proliferación de las células tubulares renales es el mTOR. Se ha demostrado que los inhibidores de mTOR (imTOR) tienden a disminuir de manera no significativa el volumen renal, pero los efectos adversos son muy importantes y no se ha asociado con entencimiento en la pérdida de función renal. En el caso del trasplantado renal, el filtrado ya está perdido, y lo que interesa es reducir las complicaciones quísticas de los riñones nativos. Este último parámetro clínico no ha sido estudiado hasta la actualidad.

Objetivo. Analizar si existe menor incidencia de crisis quísticas en TR bajo tratamiento con imTOR.

Metodología. Análisis retrospectivo de TR con PQRAD con injerto funcionante hasta febrero, 2019. Se identificaron las crisis mediante historia clínica electrónica, informes de altas hospitalarias y entradas en cursos clínicos durante las valoraciones en consultas externas. Se analizó la frecuencia de crisis en TR sin tratamiento con imTOR y se la comparó con la frecuencia de crisis en tratamiento con imTOR. Se dividió el número total de crisis para los meses en tratamiento, y se compararon ambos grupos mediante t de student.

Resultados. Cincuenta y cinco pacientes se encontraban bajo inmunosupresión sin imTOR y 16 estaban en tratamiento con un imTOR. Del grupo imTOR, sólo un paciente tuvo 3 crisis quísticas reportadas. De los 55 pacientes sin imTOR, hubo 18 pacientes afectados, sumando un total de 29 crisis. La incidencia ajustada por meses de tratamiento fue de 0.0067 (0.0025, 0.01) en el grupo sin imTOR y de 0.0032 (-0.0036, 0.01) en el grupo con imTOR. Sin embargo, ésta diferencia no fue estadísticamente significativa (P 0.18).

Conclusión. Estos resultados son tentadores, y sugieren que podría existir una relación entre el uso de imTOR y una menor incidencia de crisis quísticas. Para concluir si esta relación existe o no, se debería ampliarse el estudio a una mayor población para aumentar la potencia estadística.

378 RETRASO INICIAL DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO: FACTORES ASOCIADOS Y MODELO PREDICTIVO PARA SU DESARROLLO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

EJ. BANEAS DERAS¹, C. DIÁZ CORTE¹, N. RIDAO CANO¹, ML. SUÁREZ FERNÁNDEZ¹, A. RIVAS OURLAL¹, P. BARRERA BAENA¹, OR. DURÓN VARGAS¹, JJ. BANDE FERNÁNDEZ¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, M. GAGO FRAILLE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO/ESPAÑA)

Introducción: El retraso inicial de la función del injerto (RFI), definida como el requerimiento de diálisis durante la primera semana post trasplante, dificulta el manejo post operatorio, ensombrece el diagnóstico de rechazo agudo y afecta de manera negativa la supervivencia a largo plazo del injerto. Su frecuencia se estima entre el 24-70% y la detección es importante para programar la necesidad de diálisis y valorar la realización de biopsia. Todo ello finalmente prolonga la estancia hospitalaria y aumenta los costes de salud. Actualmente la principal causa de RFI tiene su sustrato patológico en la necrosis tubular aguda secundaria al proceso de isquemia reperfusión.

Estudios previos han desarrollado modelos predictivos que pronostican el desarrollo de RFI utilizando variables preoperatorias. Sin embargo estos modelos no tienen en cuenta factores postoperatorios que podrían contribuir al deterioro del injerto. Con el objetivo de realizar un sistema de puntuación que evalúe el riesgo de desarrollo de RFI realizamos el siguiente estudio observacional en los trasplantados renales de nuestra unidad examinando sus características basales y factores post trasplante que podrían ser predictores de RFI.

Material y método: Se realizó una cohorte retrospectiva de todos los trasplantes renales de donante cadáver en el periodo comprendido entre enero 2018 y diciembre 2019. Se realizó un análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS. Se creó un modelo de regresión logística con las variables predictoras para el RFI. Una curva ROC fue construida a partir de los resultados de la regresión logística.

Resultados: Se analizaron un total de 147 trasplantados renales. El RFI ocurrió en 41 casos (28%). El motivo de diálisis en el grupo de RFI fue: 25 (17%) sobrecarga de volumen, 13 (8,8%) hiperpotasemia, 15 (10,2%) uremia. Se creó un modelo de regresión logística con las variables que mostraron una asociación significativa (p<0,05) en el análisis univariante. El modelo creado permite pronosticar el desarrollo de RFI en un 92% como lo muestra la curva ROC.



379 CÁNCER DE PRÓSTATA EN RECEPTORES DE INJERTO RENAL: MANEJO MÉDICO Y SUPERVIVENCIA DEL INJERTO TRAS EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

J. CARMONA GONZÁLEZ¹, C. INIESTA CAVERO¹, P. ABAD LOPEZ¹, AM. SEVILLANO PRIETO³, S. ESTÉVEZ ALONSO¹, JM. LÓPEZ CANDEIRA¹, L. AUBERT GIRBARD¹, NI. POLANCO FERNÁNDEZ¹, A. ANDRES BELMONTE¹, A. RODRIGUEZ ANTOLIN²

¹FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID/ESPAÑA), ²UROLOGÍA. HU 12 DE OCTUBRE (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HU 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: Pese a ser unos de los tumores más frecuentes en la población general, el cáncer de próstata (CP) en pacientes receptores de trasplante renal (RTxR) es un tema poco tratado en la literatura. En este estudio revisamos nuestros pacientes RTxR para evaluar si la terapia inmunosupresora (IS) recibida modifica sus características al debut, además de describir el manejo realizado (incluidos cambios en la IS) y las complicaciones y supervivencia del injerto derivadas del mismo.

Material y métodos: Análisis retrospectivo en un solo centro de los pacientes 31 RTxR que desarrollaron CP entre junio de 2001 y diciembre de 2018. Los enfermos se subdividieron en función del tratamiento oncológico e inmunosupresor recibido. Se consideraron complicaciones del injerto el sufrir rechazo agudo, rechazo crónico, toxicidad por inhibidores de la calcineurina (ICN) y pérdidas del injerto de cualquier otra causa.

Resultados: La mediana de edad al diagnóstico oncológico fue 66 años. Atendiendo a la inmunosupresión recibida y comparando entre fármacos del mismo grupo, la edad al diagnóstico fue similar, salvo en los tratados con ICN: Ciclosporina 70 (67 – 74) años vs. Tacrolimus 62 (59 – 70) años (p=0,018). En 4 pacientes se modificó la IS tras el diagnóstico de CP, iniciándose imTOR en 3 casos y suspendiéndose los ICN en 2 casos, los esteroides en un caso y los antimetabolitos en otro caso. En los enfermos en los que se cambió la IS no existieron pérdidas del injerto, evento que ocurrió en 4 de los que se mantuvieron sin cambios (22,22%) (p=0,50). Las complicaciones del injerto en función de la IS recibida y por grupos fueron: Ciclosporina 83,33% vs. Tacrolimus 25% (p=0,04); Azatioprina 75% vs. MMF 27,27% (p=0,23); Everolimus 66,67% vs. Sirolimus 100% (p=0,82). La relación entre el tratamiento oncológico y la pérdida del injerto fue: Braquiterapia 25% (n=4), Cirugía 0% (n=6), Terapia deprivadora de andrógenos 16,67% (n=6), radioterapia externa en monoterapia o combinada 4% (n=9) (p=0,21). En ningún paciente la enfermedad oncológica progresó.

Conclusión: Los pacientes tratados con ciclosporina desarrollaron CP de manera más precoz que los que recibieron tacrolimus, mientras que estos presentaron menos complicaciones del injerto. La modificación de la IS no se asoció a pérdidas del injerto, pero tampoco con una mejor evolución de CP. Tampoco se han encontrado diferencias entre las modalidades del tratamiento oncológico y la pérdida de función del injerto.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

380 CÁNCER DE PRÓSTATA EN RECEPTORES DE INJERTO RENAL: MANEJO ONCOLÓGICO Y DIFERENCIAS ENTRE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

JM. LÓPEZ CANDEIRA¹, S. ESTÉVEZ ALONSO¹, P. ABAD LOPEZ², AM. SEVILLANO PRIETO³, C. INIESTA CAVERO¹, J. CARMONA GONZALEZ¹, DA. GONZÁLEZ PADILLA⁴, M. RODRÍGUEZ-IZQUIERDO JIMÉNEZ⁵, A. ANDRÉS BELMONTE⁶, A. RODRÍGUEZ ANTOLÍN⁷

¹FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID/ESPAÑA), ²UROLOGÍA, HU 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA, HU 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad oncológica es en una de las principales causas de muerte en la población de receptores de un trasplante, siendo el cáncer de próstata (CaP) de especial relevancia. El tratamiento de estos pacientes constituye un desafío al tratarse de enfermos inmunosuprimidos y con el injerto en la cavidad pélvica. EL objetivo de este trabajo es identificar a los pacientes de nuestro centro con CaP y trasplante renal, para describir las características de la neoplasia, el tratamiento oncológico recibido, así como comparar la supervivencia asociados a dichas alternativas terapéuticas.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes de nuestro centro con trasplante renal y CaP registrados entre diciembre de 1987 y abril de 2018. Se analizaron datos de supervivencia global (SG) y libre de recidiva bioquímica en función de estadio y tratamiento recibido, representándose mediante curvas de Kaplan-Meier y evaluando diferencias entre curvas mediante el test de Mantel-Cox (Log-Rank).

Resultados: 31 pacientes se incluyeron en el estudio. En 27 casos el desarrollo del CaP sucedió posteriormente al trasplante renal y previamente en 4. La mediana de SG fue de 8 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la SG en función de la estadiación del CaP al diagnóstico, siendo la mediada de supervivencia de 11 años para el CaP localizado y de 2 para el metastásico (p=0.0038). En cuanto al tratamiento recibido, solo existieron diferencias de la SG en los pacientes con estadio localizado, con una mediana de 9,5 años para la radioterapia y de 3 años para la terapia de privación androgénica (p=0.0049). En este grupo sólo 1 de 6 pacientes con prostatectomía radical falleció tras 4.5 años de seguimiento y ninguno de los pacientes con braquiterapia lo hizo. No se encontraron diferencias estadísticas en el subanálisis por grupos de riesgo.

Conclusión: El empleo de braquiterapia en los pacientes con CaP de bajo riesgo ofrece resultados oncológicos satisfactorios. En el subgrupo de riesgo intermedio, la PR parece ser superior con respecto a la TDA y las distintas combinaciones de radioterapia. Globalmente, en los pacientes con CaP localizado, la braquiterapia y la PR muestran resultados superiores con respecto a las combinaciones de radioterapia y a la TDA. Dados los resultados desfavorables obtenidos al emplear TDA en monoterapia, ésta debería reservarse para pacientes con estadios metastásicos o con pronóstico vital limitado.

381 ¿EXISTEN OTROS FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR BK EN PACIENTES POLIQUÍSTICOS CON TRASPLANTE RENAL?

MJ. REGUERA CARMONA¹, C. RODRÍGUEZ ALVAREZ¹, AM. JARQUE LÓPEZ¹, D. LUIS¹, PM. GARCÍA GARCÍA¹, A. RIVERO GONZÁLEZ¹, O. SIVERIO MORALES¹, E. GALLEGO DE MORA-ESPERANZA¹, V. DOMÍNGUEZ PIMENTEL¹, M. MACÍAS HERAS¹

¹NEFROLOGÍA, HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: El virus BK es un poliomavirus que permanece de forma latente en el epitelio del tracto urinario de la población sana. En el trasplante renal, la reactivación del virus es común, con un espectro de presentación principalmente subclínico pero pudiendo llegar a provocar la pérdida del injerto renal. Entre los factores de riesgo que predisponen a la infección por BK se han descrito la inmunosupresión, factores relacionados con el donante y con el receptor, entre otros.

Al tratarse de un virus con tropismo por el epitelio urinario, nuestro objetivo es analizar si la manipulación quirúrgica de la vía urinaria pretrasplante puede ser un factor de riesgo que condicione la reactivación del virus BK en pacientes trasplantados renales.

Materiales y métodos: Revisamos las historias clínicas de 212 pacientes trasplantados renales en seguimiento actual en consulta. Seleccionamos a los pacientes con enfermedad poliquística renal y analizamos la presencia de infección por BK (considerándola como viruria, viremia o nefropatía por BK) y la manipulación quirúrgica de la vía urinaria.

Resultados: Se analizaron 30 pacientes con poliquistosis (14,15%), 18 hombres y 12 mujeres con una media de edad 59.6 años (39-76). El esquema inmunosupresor fue similar en todos los pacientes al igual que la tasa de rechazo. Sólo un paciente había presentado un trasplante previo.

De ellos, el 50% (n 15) presentó viruria en el primer año posttrasplante, de los cuales viremia solo el 16,6% de la muestra (n 5). No se diagnosticó histológicamente de nefropatía por BK a ningún paciente.

En el grupo que desarrolló viruria, el 61,5% (n 8) habían presentado manipulación quirúrgica de la vía urinaria pretrasplante mientras que el 41,2% (n 7) no la presentó (ns). Al analizar la viremia (n 5), observamos que en el 30,8% se había manipulado quirúrgicamente la vía urinaria mientras que en el 5,9% (n 1) no se manipuló (ns).

La nefrectomía pretrasplante fue el procedimiento quirúrgico más prevalente en nuestra muestra, salvo en un paciente portador de un segundo trasplante en el que se realizó en el postoperatorio del primer trasplante una transplantectomía por sangrado masivo.

Conclusiones: Observamos que en los pacientes poliquísticos con trasplante renal, la cirugía renal puede ser un factor de riesgo para presentar infección por BK (viruria-viremia) en el trasplante renal. Esto nos permitirá llevar a cabo estrategias preventivas precoces en este perfil de pacientes con el objetivo de disminuir la incidencia de BK y las complicaciones añadidas a esta infección.

382 HYPERTENSION AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS - BASELINE CHARACTERISTIC OF CASTOR SAMPLE (CARDIOVASCULAR STATUS IN A GROUP OF TURKISH ORGAN RECIPIENTS) STUDY

T. UZAR¹, S. EKSI¹, Z. ISIKLI², E. CIGDEM ALTUNOK³, E. ARI¹, F. FICI⁴, NR. ROBLES⁵

¹NEFROLOGIA, BAHCESHIR UNIVERSITY MEDICAL FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY), ²NEFROLOGIA, ISTINYE UNIVERSITY, NURSING FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY), ³BIOSTATISTICS, YEDITEPE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY (ISTANBUL, TURKEY), ⁴CATEDRA DE RIESGO VASCULAR, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA), ⁵NEFROLOGIA, H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Aims: The Cardiovascular Status in Turkish Kidney Transplant Recipients (CASTOR) is a clinical study designed to define the current prevalence of cardiovascular risk factors and its effects on the prognosis of a group of kidney transplant recipients in Turkey.

Design: Multicenter, cross-sectional observational study of clinical and biochemical characteristics of kidney transplant patients in Turkey. The sample recruited 329 (68,3% male), mean age 43.7±13.4 years, that had received a kidney graft. Clinical data, blood pressure, body mass index (BMI) and cardiovascular risk factor were individually recorded. Creatinine, total cholesterol and fractions, triglycerides and proteinuria were analyzed. Demographic, clinical and biochemical results of donors were also recorded.

Results: At baseline 67.8% of subjects were hypertensives and 54.1% have dyslipemia. In all, 58 patients were diabetics ones (16,7%). Mean BMI was 27.8±4.9 kg/m², 38,3% of patients have a BMI higher than 27 kg/m², and 26.4% of them have a BMI above 30 kg/m². Systolic blood pressure was 132±18 mmHg and diastolic blood pressure was 79±9 mmHg. Only 17.3% of patients have a BP< 130/80 mmHg, 64.1% of subjects have a SBP > 130 mmHg and 73.9% have a DBP > 80 mmHg. Previous cardiovascular disease prevalence was 7.9%. Only 4.3% of patients were older than 65 years.

Conclusions: The sample showed a high prevalence of hypertension and dyslipemia. Contrariwise, the prevalence of diabetes mellitus, previous cardiovascular disease, older age and obesity were low compared with transplanted people in other countries. The low mean age of the sample could explain this cardiovascular risk profile.

383 HYPERTENSION AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS - INFLUENCE OF DONOR HYPERTENSIVE STATUS.

T. UZAR¹, S. EKSI¹, Z. ISIKLI², E. CIGDEM ALTUNOK³, E. ARI¹, F. FICI⁴, NR. ROBLES⁵

¹NEFROLOGIA, BAHCESHIR UNIVERSITY MEDICAL FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY), ²NEFROLOGIA, ISTINYE UNIVERSITY, NURSING FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY), ³BIOSTATISTICS, YEDITEPE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY (ISTANBUL, TURKEY), ⁴CATEDRA DE RIESGO VASCULAR, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA), ⁵NEFROLOGIA, H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Aims: The Cardiovascular Status in Turkish Kidney Transplant Recipients (CASTOR) is a clinical study designed to define the current prevalence of cardiovascular risk factors and its effects on the prognosis of a group of kidney transplant recipients in Turkey. It has been suggested that the presence or absence of hypertension in the donor could influence the recipient blood pressure

Design: Multicenter, cross-sectional observational study of clinical and biochemical characteristics of kidney transplant patients in Turkey. The sample recruited 329 (68,3% male), mean age 43.7±13.4 years, that had received a kidney graft. Clinic and demographic data from donors were recorded. Donors mean age was 48.5±11.7 age, 55.6% were male.

Results: At baseline 67.8% of receptors were hypertensives. Only 21.6% of donors were hypertensives; therefore, 76.2% of hypertensive patients received non-hypertensive kidneys. The figure of hypertensive receptors with controlled HBP at 12 months was not different from those who received a normotensive donor kidney (67.6%) than those who received a hypertensive kidney (69.8%). For those normotensive receptors, no differences were found in HBP control at 12 months between those who received a hypertensive donor kidney (94.4%) and those that received a normotensive donor graft (87.5%). HBP control was worse at 12 months in hypertensive receptors (68.2 vs. 88.7%, p <0.001, chi square test).

Conclusions: Blood pressure status in the kidney recipient was not related to the hypertensive donor status. Contrariwise, the presence of previously diagnosed hypertension in the graft receptor is associated to impaired blood pressure control at 12 months.

384 HYPERTENSION AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS - INFLUENCE OF IMMUNOSUPPRESSIVE TREATMENT

T. UZAR¹, S. EKSI¹, Z. ISIKLI², E. CIGDEM ALTUNOK³, E. ARI¹, F. FICI⁴, NR. ROBLES⁵

¹NEFROLOGIA. BAHCESEHIR UNIVERSITY MEDICAL FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY),²NEFROLOGIA. ISTINYE UNIVERSITY, NURSING FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY),³BIostatistics. YEDITEPE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY (ISTANBUL, TURKEY),⁴CATEDRA DE RIESGO VASCULAR. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA),⁵NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Aims: The Cardiovascular Status in Turkish Kidney Transplant Recipients (CASTOR) is a clinical study designed to define the current prevalence of cardiovascular risk factors and its effects on the prognosis of a group of kidney transplant recipients in Turkey. It has been suggested that some kinds of immunosuppressive drugs could influence the recipient blood pressure

Design: Multicenter, cross-sectional observational study of clinical and biochemical characteristics of kidney transplant patients in Turkey. The sample recruited 329 (68,3% male), mean age 43.7±13.4 years, that had received a kidney graft. Clinic and demographic data from donors were recorded as well as the immunosuppressive therapy received. In all, 276 patients were treated with tacrolimus and 53 did not receive this drug.

Results: At baseline SBP was not different from those that received tacrolimus (132±17) and those without this drug (132±18 mmHg), nor was DBP (79±9 vs. 80±8 mmHg). At the end of follow-up SBP was not different between groups (128±11 vs. 129±10 mmHg) but DBP was in the limit of statistical significance (76±7 vs 79±7 mmHg, p = 0.05). At baseline, there were no differences in BP control (56,6 vs. 51,4%), nor were at 12 months (69,8 vs. 75,7%). The use of mTOR inhibitors did not show any influence on BP control. The pharmaceutical form of tacrolimus did not influence the results.

Conclusions: Blood pressure status in the kidney recipient might be influenced by the immunosuppressive therapy used; nevertheless, this effect seems to be very mild with the dosage currently used.

385 HYPERTENSION AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS - INFLUENCE OF ANTI-HYPERTENSIVE THERAPY ON RENAL FUNCTION

T. UZAR¹, S. EKSI¹, Z. ISIKLI², E. CIGDEM ALTUNOK³, E. ARI¹, F. FICI⁴, NR. ROBLES⁵

¹NEFROLOGIA. BAHCESEHIR UNIVERSITY MEDICAL FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY),²NEFROLOGIA. ISTINYE UNIVERSITY, NURSING FACULTY, (ISTANBUL, TURKEY),³BIostatistics. YEDITEPE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY (ISTANBUL, TURKEY),⁴CATEDRA DE RIESGO VASCULAR. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA),⁵NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Aims: The Cardiovascular Status in Turkish Kidney Transplant Recipients (CASTOR) is a clinical study designed to define the current prevalence of cardiovascular risk factors and its effects on the prognosis of a group of kidney transplant recipients in Turkey. It has been evaluated the influence of different kinds on antihypertensive therapy on graft function.

Design: Multicenter, cross-sectional observational study of clinical and biochemical characteristics of kidney transplant patients in Turkey. The sample recruited 329 (68,3% male), mean age 43.7±13.4 years, that had received a kidney graft. Clinic, biochemical and demographic data from donors were recorded. Glomerular filtration rate (GFR) was calculated using CKD-EPI equation. Calcium channel blockers (CCB) were taken by 132 patients, 54 subjects were treated with betablockers and 42 ones with alfablockers. In all, 226 patients were treated with ACE inhibitors or Angiotensin receptor blockers (ACEi/ARB) and only 18 were taken diuretics.

Results: At the end of follow-up median creatinine was 1.3 (IR 1.0-1.7) mg/dl and median GFR was 57 (IR 38-97.1) ml/min for those patients treated with ACEi/ARB. In the group of patients that did not receive this kind of group median creatinine was 1.1 (IR 0.9-1.4) mg/dl (p <0.001, Mann-Whitney test) and median GFR was 69.2 (IR 50.1-95.1) ml/min (p <0.001). The simultaneous use of CCBs did not produce any difference in creatinine or GFR. Median proteinuria at 12 months was 248 (IR 133-466) mg/day in patients treated with ACEi/ARB and 155 (87-241 mg/day) in those that not received these kinds of drugs (p <0.001). BP was not different between groups. At baseline proteinuria was also increased in the group treated with ACEi/ARB (296, IR 164-652 vs 175, IR 90-268 mg/day, p < 0.001).

Conclusions: Treatment with ACEi or ARBs mildly decreased GFR in kidney graft recipients at 12 months. Proteinuria was higher in this group patients in spite of treatment but the baseline proteinuria was also increased in this group.

386 REDUCCIÓN DE BROTES DE VASCLITIS ANCA POSTRASPLANTE Y SU RELACION CON EL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR ACTUAL

M. DE COS GÓMEZ¹, L. SÁNCHEZ BILBAO², J. MAZÓN RUIZ¹, A. AGUILERA FERNÁNDEZ¹, M. PÉREZ ARNEDO¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, E. RODRIGO CALABIA¹, MA. GONZÁLEZ-GAY MANTECÓN², R. BLANCO ALONSO², JC. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER),²REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: A pesar de los avances en el tratamiento de las vasculitis tipo ANCA, su pronóstico renal continúa siendo subóptimo, con un porcentaje alto (25-40% según las series) de pacientes que alcanzan la ERC-5 tras el diagnóstico. Siempre que este sea posible, el trasplante renal supone la TRS de elección. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la evolución de los pacientes diagnosticados de ANCA vasculitis sometidos a trasplante renal en nuestro centro.

Material y método: Estudio descriptivo que incluye los receptores de un primer trasplante renal con diagnóstico ANCA vasculitis realizados en nuestro centro (1990-2019). Se recogieron datos sobre diagnóstico, supervivencia del injerto y receptor y complicaciones post-trasplante.

Resultados: Estudiamos 29 pacientes cuyas características basales se describen en la tabla 1. La mediana de supervivencia del paciente fue de 13,2 IC95% (10,6-15,8) años, con una supervivencia acumulada del paciente a los 15 años del 39,1%. La mediana de supervivencia del injerto fue 13,1 años IC95% (6,3-20,1) años. La evolución de la función renal y proteinuria se describe en la tabla 2. Durante el tiempo de seguimiento, 3 pacientes (2 anti-PR3 + y 1 anti-MPO) presentaron un nuevo brote de vasculitis post-trasplante. En los tres casos el cuadro incluyó manifestaciones sistémicas, pulmonares y renales. Los tres casos se correspondían con pacientes trasplantados al inicio del periodo de estudio (antes del año 2000) que recibían esquemas de tratamiento inmunosupresor diferentes de los utilizados en la actualidad (prednisona y ciclosporina en 2 pacientes y prednisona + azatioprina en el tercero).

Conclusión: El trasplante renal es una alternativa segura y eficaz para el paciente con ANCA vasculitis. La recidiva post-trasplante es un fenómeno infrecuente que se ha visto disminuido con el uso de los tratamientos inmunosupresores actuales y las estrategias de seguimiento de la enfermedad (clínica, serológica) pre y post-trasplante.

Tabla 1.

Características basales	
Sexo, n (%)	17 varones / 12 mujeres (58,6/41,4)
Edad al trasplante (años)	58,6 (OR 44,6-72,8)
Hipertensión	75,9% (22)
Diabetes	6,8% (2)
TRS pretrasplante	72,4% HD / 6,9% DP / 17,2% HD + DP / 3,4% predialisis
Tipo de donante (muerte encefálica)	100%
Datos enfermedad de base (ANCA-vasculitis)	
Edad al diagnóstico (años)	52,5 (OR 37,9-67,1)
Manifestaciones extrarrenales	34,5% (10)
Positividad ANCA	58,6% (17) anti-MPO / 17,2% (5) anti-PR3
ANCA + Anti-MPO +	10,3% (3)
Admisión clínica pretrasplante (min 1 año)	100% (29)

Tabla 2.

	1 mes	6 meses	1 año	3 años	5 años
Cr sérica (mg/dl)					
n	26	22	22	20	18
m ± ds	1,64±0,67	1,99±1,31	1,77±1,10	1,85±1,34	1,72±0,82
Proteinuria (mg/24 h)					
n	26	21	20	18	11
m ± ds	408,2±249,0	362,9±123,3	282,5±172,4	340,6±244,2	579,3±1114,5

387 UTILIDAD DE LA IMAGEN PLANAR TARDÍA Y EL SPECT/TC PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS FUGAS URINARIAS EN EL TRASPLANTE RENAL

J. GOMEZ HIDALGO¹, J. NARANJO MUÑOZ², MA. RUIZ GOMEZ¹, C. GAMAZO LAHERRAN¹, R. RUANO PEREZ¹

¹MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID),²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO HUERTA DEL MAR (CADIZ)

La fuga urinaria en los pacientes trasplantados renales (TR) es una complicación quirúrgica relativamente frecuente que requiere una actuación precoz. El renograma isotópico es una prueba no invasiva y efectiva para evaluar la perfusión y función del trasplante renal, así como su eliminación urinaria. La realización de imagen planar tardía y SPECT/TC tardío en el renograma isotópico, permite en pacientes trasplantados renales detectar precozmente la existencia de fuga urinaria y hacer el diagnóstico diferencial de forma más fiable.

Objetivo: Evaluar la contribución las imágenes planares precoz y tardía del renograma isotópico, así como el SPECT/TC tardía para el diagnóstico de fuga urinaria en pacientes con TR.

Material y métodos: Se recogieron los pacientes que se sometieron a TR de donante cadáver desde enero de 2011 hasta diciembre de 2016. A todos se les realizó un renograma de 30 minutos de abdomen en proyección anterior tras la administración de 370 MBq de 99mTc-DTPA de forma rutinaria a las 24 horas del TR, seguido por imágenes planas a los 30 y 180 minutos. A los pacientes con sospecha de fuga urinaria se les realizó un SPECT/TC abdominal tardío (estudio de fusión que integra imagen gammagráfica y anatómica en la misma prueba).

Resultados: 394 pacientes recibieron TR de los cuales 275 eran hombres (69%). Edad media de 59±13 años. En 46 pacientes se sospechaba fuga urinaria. Se realizó un renograma isotópico con imágenes planas tempranas y tardías y SPECT/TC retrasadas en todas ellas, confirmando la fuga urinaria en 17 (36,9%). 6 fueron diagnosticados en el estudio gammagráfico rutinario a las 24 horas del TR y 11 casos en un controles posterior realizado a los 14,72±6,2 días de media. De los 17 pacientes con fuga urinaria, en 15 casos la imagen plana tardía y SPECT/TC fue imprescindible para realizar el diagnóstico. En los otros 2 pacientes, el SPECT/TC confirmó la sospecha diagnóstica y mejoró la determinación de la localización y la extensión.

Conclusiones: El SPECT/TC es especialmente útil en TR con sospecha de fuga urinaria. A parte de mejorar la sensibilidad y especificidad del renograma, aporta precozmente más información sobre la localización y extensión de la fuga, pudiendo realizar un diagnóstico diferencial con otras colecciones líquidas visibles en este estudio de fusión.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

388 REACTIVACIÓN DE LES: ENTIDAD INFRECUENTE, PERO QUE SIEMPRE DEBE SOPRECHARSE

M. DE CÓS GÓMEZ¹, L. SÁNCHEZ BILBAO², J. MAZÓN RUIZ¹, A. AGUILERA FERNÁNDEZ¹, M. PÉREZ ARNEÑO¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, E. RODRIGO CALABIA¹, MA. GONZÁLEZ-GAY MANTECÓN², R. BLANCO ALONSO¹, J.C. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER); ²REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La nefritis lúpica es una de las complicaciones más severas del paciente con lupus eritematoso sistémico. Entre el 10-20% de los pacientes que padecen esta enfermedad alcanza la ERC estadio 5, siendo el trasplante renal el tratamiento renal sustitutivo más indicado siempre que sea posible. El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución de estos pacientes tras el trasplante renal en nuestro centro.

Materiales y método: Estudio descriptivo que incluye los receptores de un primer trasplante renal con diagnóstico de LES (criterios ACR/SLICC 2012) realizados en nuestro centro entre 1990 y 2019. Se recogieron datos sobre el diagnóstico, supervivencia, evolución del injerto y complicaciones derivadas de su enfermedad de base.

Resultados: Estudiamos 23 pacientes (12 mujeres / 7 varones) con una edad media al trasplante de 39,8±11,3 años. La media de seguimiento posttrasplante fue 12,2±6,1 años. Las características basales y manifestaciones clínicas al diagnóstico se describen en la tabla 1. La evolución de la función renal y proteinuria se describe en la tabla 2. La supervivencia acumulada a 20 años del injerto fue del 46,2% (mediana de supervivencia 8,2 años) y del paciente fue del 64,8%. 3 pacientes (13,04%) presentaron nuevos brotes de LES post-trasplante; 2 presentaron manifestaciones extrarrenales (un brote articular y cutáneo, y un brote de neuritis) y un paciente desarrolló brote renal confirmado por biopsia (nefritis lúpica tipo III) 13,1 años post-trasplante con pérdida del injerto renal por este motivo (14,4 años post-trasplante).

Conclusión: El trasplante renal es una alternativa segura y eficaz para el paciente con LES. La aparición de brotes posttrasplante es un fenómeno relativamente infrecuente, pero que siempre debe tenerse en cuenta dada la amplia variedad de formas de expresión que presenta, incluyendo la disfunción del injerto renal entre ellas. La detección precoz e instauración de un tratamiento específico puede resultar fundamental para mejorar el pronóstico renal y general de estos pacientes tras el trasplante.

Tabla 1.

Parámetros demográficos	
Sexo, n (%)	7 varones / 16 mujeres (30,4/69,6)
Edad al diagnóstico de LES (años)	26,37 ± 12,7
Edad al trasplante (años)	39,8 ± 11,3
Enfermedad renal	
ERC al diagnóstico de LES (%)	69,4
Tipo de nefritis lúpica al diagnóstico (%)	II (9,1%), III (36,4%), IV (40,9%), V (9,1%)
Manifestaciones extrarrenales pretrasplante	
Sistémicas (%)	12 (52,17%)
Articulares (%)	12 (52,17%)
Cutáneas (%)	13 (56,52%)
Hematológicas (%)	13 (56,52%)
Serositis (%)	2 (8,7%)
Neurológicas (%)	6 (26,1%)

Tabla 2.

Cr sérica (mg/dl)	1 mes	6 meses	1 año	3 años	5 años
n	17	15	17	14	13
m ± ds	1,92 ± 0,8	1,47 ± 0,59	2,03 ± 0,9	2,26 ± 1,6	2,64 ± 1,8
Proteinuria (g/24 h)					
n	15	12	17	14	11
m ± ds	0,58 ± 0,32	0,65 ± 0,46	1,42 ± 2,1	0,41 ± 0,33	0,48 ± 0,47

389 HIPERTRANSAMINASEMIA PRECOZ EN EL RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL: INFLUENCIA DEL TIPO DE DONANTE Y SIGNIFICADO CLÍNICO

E. SOLÀ-PORTA¹, MD. REDONDO-PACHÓN¹, S. NÚÑEZ-DELGADO¹, CE. ARIAS-CABRALES¹, M. MIR¹, A. BUXEDA¹, C. CURBALLA¹, M. CRESPO¹, J. PASCUAL¹, M.J. PÉREZ-SÁEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: El aumento de transaminasas tras el trasplante renal (TR) es frecuente. Aunque se desconoce la causa, se ha asociado con factores como inmunosupresión, infecciones o el cross-talk que se produce entre hígado y riñón en situaciones de isquemia-reperfusion. Sin embargo, la influencia del tipo de donante renal no ha sido evaluada. Analizamos la incidencia, relevancia y significado de la hipertransaminasemia posttrasplante renal.

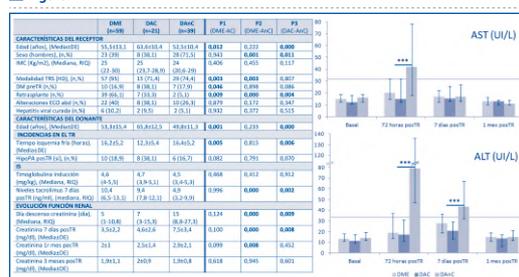
Métodos: Estudio retrospectivo (2004-2018) en el que se analizó el aumento de AST/ALT sérico durante los 3 primeros meses postTR en 119 receptores consecutivos de donante fallecido en muerte encefálica (DME), asistolia controlada (DAC) y asistolia no controlada (DAnC) que recibieron inducción con timoglobulina y mantenimiento con tacrolimus y micofenolato.

Resultados: En el grupo de DAnC, donantes y receptores eran más jóvenes, hubo más primeros trasplantes y función retrasada del injerto más prolongada, aunque a los 3 meses la creatinina fue similar. No hubo diferencias entre grupos en antecedentes de enfermedad hepática, tiempo de isquemia fría o hipotensión arterial postTR. Los receptores de DAnC presentaron niveles más bajos de tacrolimus a la semana postTR (Tabla).

A las 72 horas postTR, un 69,2/82,1% de receptores de DAnC presentaron elevación de AST/ALT sobre el límite normal (vs 22/29,3% DME y 21,1/21,1% DAC, p<0.001) y un 30,8/56,4% presentaron elevación de AST/ALT x2 del valor normal (vs 6,8/12,1% DME y 5/5% DAC, p=0,024/<0.001). El ascenso de AST/ALT se resolvió precozmente (Figura). En el análisis multivariante, la hipertransaminasemia a las 72 horas postTR no se asoció a una función retrasada prolongada del injerto (descenso de creatinina >15 días postTR) en receptores de DAnC.

Conclusiones: La hipertransaminasemia post-TR es frecuente y se asocia al tipo de donante renal. Este hallazgo es transitorio y no se relaciona con una función retrasada más prolongada del injerto renal.

Figura 1.



390 EFECTO SELECTIVO EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE LAS SEÑALES GWAS EN EL RECHAZO MEDIADO POR LINFOCITOS T DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE BANFF

JL. SANTIAGO¹, L. SÁNCHEZ PÉREZ¹, I. PÉREZ FLORES¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, N. CLAVO ROMERO¹, J. QUEROL GARCÍA², E. URCELAY³, AI. SÁNCHEZ FRUCTUOSO³

¹INMUNOLOGÍA. FJD (MADRID/ESPAÑA), ²DISSC. HCSC (MADRID/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HCSC (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: En 2017 un estudio de asociación de genoma completo (GWAS) identificó dos polimorfismos en receptores de trasplante renal localizados en los genes PTPRO y CCDC67 (DEUP1), asociados con el riesgo de rechazo mediado por células T (TCMR). Nuestro objetivo fue replicar las mencionadas asociaciones, considerando además la influencia de los tratamientos inmunosupresores.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohortes que incluyó a un total de 641 pacientes caucásicos reclutados consecutivamente entre los años 2005 y 2016. Todos los episodios de rechazo fueron confirmados por biopsia y se categorizaron según la clasificación de Banff. El genotipado de los polimorfismos PTPRO-rs7976329 (chr11, T/C) y CCDC67-rs10765602 (chr12, T/G) se llevó a cabo mediante PCR a tiempo real con sondas TaqMan® y analizados en un equipo 7900HT (Applied Biosystem, Foster City, CA, USA).

Resultados: En la cohorte total (n=641), encontramos asociación con el TCMR Banff < 2 de los genotipos CC del polimorfismo PTPRO-rs7976329 [OR=3,78 (CI: 1,78-8,06); p=0.001]. En el subgrupo de pacientes que no recibieron tratamiento de inducción con Timoglobulina (n=283) se mantiene esta asociación con TCMR Banff < 2 para el genotipo CC del polimorfismo PTPRO-rs7976329 [OR=3,24 (CI: 1,30-8,08); p=0.015] y además fue también significativa para el genotipo CC del polimorfismo CCDC67-rs10765602 [OR=5,46 (CI: 1,28-23,26); p=0.040]. En el subgrupo de pacientes que recibieron tratamiento de inducción con Timoglobulina (n=358), solo encontramos una tendencia a la asociación con TCMR Banff < 2 para el genotipo CC del polimorfismo PTPRO-rs7976329. Por último, no se encontraron asociaciones de estos dos polimorfismos con TCMR Banff ≥ 2, ni en la cohorte total ni en los subgrupos estratificados por la terapia con Timoglobulina.

Conclusiones: Las asociaciones de los polimorfismos PTPRO-rs7976329 y CCDC67-rs10765602 con TCMR, previamente publicadas por Ghisdal et al. se replican en nuestro trabajo. Estas asociaciones son exclusivas del TCMR Banff tratamiento de inducción con Timoglobulina para el polimorfismo PTPRO-rs7976329.

391 INFECCIÓN POR SARS-COV2 EN TRASPLANTE RENAL

C. CASAS GONZÁLEZ¹, V. LÓPEZ JIMENEZ¹, T. VÁZQUEZ SÁNCHEZ¹, J. ALONSO TITOS¹, M. CABELLO¹, D. HERNÁNDEZ MARRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, IBIMA, REDINREN (RD16/0009/0006), MÁLAGA (ESPAÑA). (MÁLAGA)

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado de manera especial a receptores de trasplante renal (TR), más vulnerables que la población general por su situación de inmunosupresión y comorbilidades añadidas.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo relacionados con la infección y la mortalidad por COVID-19 en TR.

Materiales y métodos: El análisis incluye 10 pacientes con TR que contrajeron la infección por COVID-19 confirmada por PCR entre el 21 de Marzo y el 18 de Abril del 2020, de un total de 1.600 TR. Se analizaron las variables relacionadas con la supervivencia del injerto y del paciente.

Resultados: Todos los pacientes eran varones, con una edad media de 66±9 años. La mediana del tiempo posttrasplante que tuvo lugar la infección fue de 147 meses (RIC: 87-181). Un paciente adquirió la infección a los 40 días posttrasplante. Todos los pacientes recibían tratamiento con tacrolimus y el 70% con MMF.

El 90% de los pacientes eran hipertensos, el 23,7% diabéticos y el 30% tenían cardiopatía isquémica. El 70% recibían tratamiento con ARA II.

La clínica consistió en neumonía (80%), fiebre (70%), tos (70%), disnea (70%), linfopenia (70%), y clínica digestiva (40%). El 20% requirieron intubación e ingreso en UCI.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con hidroxiquina, 90% con azitromicina, 30% con Toziluzumab, 40% con ritonavir-lopinavir y 80% con corticoides. En todos los casos se bajó la inmunosupresión.

Fallecieron 4 pacientes (40%). En la tabla adjunta se comparan las características de estos pacientes con los que sobrevivieron.

Tabla 1.

	Curados (n=6)	Éxito (n=4)	P
Edad (años)	66 ± 11	67 ± 4	NS
HTA (%)	83	100	NS
DM (%)	33	25	NS
IECA/ARAII (%)	83	50	NS
Tacrolimus (%)	100	100	NS
MMF (%)	66	75	NS
Neumonía (%)	66	100	NS
Digestivo (%)	33	50	NS
Fiebre (%)	83	50	NS
Creatinina (mg/dl)	2,5 ± 1,1	2,2 ± 0,9	NS
Ferritina (ng/ml)	1099 ± 418	1379 ± 919	NS
Linfocitos	538x10 ⁹	357x10 ⁹	NS
PCR (mg/l)	80 ± 35	124 ± 69	NS
Dímero D (ng/ml)	2585 ± 2746	11195 ± 15734	NS

	Curados (n=6)	Éxito (n=4)	P
Toziluzumab (%)	0	75	NS
Ritonavir/Lopinavir (%)	16	75	NS
Corticoides (%)	66	100	NS
Hidroxiquina (%)	100	100	NS
Azitromicina (%)	83	100	NS

Conclusiones: La mortalidad en TR es muy alta, superior a la reportada en la población general. Los factores que se relacionan con esta mortalidad son la presencia de neumonía, así como niveles más elevados de PCR, ferritina y dímero D, y niveles más bajos de linfocitos. Se necesita acumular más experiencia para optimizar el protocolo de actuación y tratamiento de infección por COVID-19 en TR.

392 COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y REINGRESO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

ND. VALENCIA MORALES¹, B. RODRIGUEZ-CUBILLO¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, I. PÉREZ-FLORES¹, M. CALVO AREVALO¹, N. CALVO ROMERO¹, S. HUERTAS¹, A. SOFIA¹, AC. CARO², AI. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID (ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes trasplantados renales que precisan ingreso presentan complicaciones infecciosas (CI) durante su hospitalización frecuentemente y una alta tasa de reingresos. Estas complicaciones podrían suponer un pronóstico vital desfavorable.

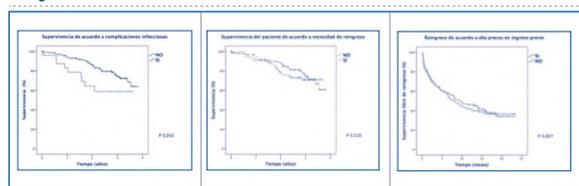
Objetivos: Evaluar los factores de riesgo de (CI) durante el ingreso y de reingreso de los pacientes trasplantados renales crónicos. Evaluar el impacto en la supervivencia de los pacientes de estas complicaciones.

Metodología: Se recogieron datos demográficos y analíticos de los pacientes trasplantados renales que requirieron ingreso en el año 2015 en el servicio de Nefrología. Se recogieron antecedentes personales de interés (ICC, patología pulmonar, infecciones de repetición, DM, enfermedad cardio-cerebrovascular, tumorales) datos analíticos básicos, de nutrición y asociados al sistema inmune (poblaciones linfocitarias, inmunoglobulinas), así como tratamiento inmunosupresor de inducción y de mantenimiento previo al ingreso.

Resultados: De un total de 308 pacientes, el 18.6% sufrieron una complicación infecciosa durante su ingreso, siendo el origen urinario el más frecuente (59.6%). El tiempo mediano de CI fue de 6 días (RIC 3-9). La edad >65 años, albúmina 7 días fueron factores predictores de CI. La supervivencia a 2 años de los pacientes con CI fue menor que aquéllos sin CI (59.8% vs 82%, p=0.053). Un 38.6% de pacientes precisó un reingreso en el siguiente año (tiempo mediano 8.37 meses, RIQ 1.65-16.02). La hipogammaglobulinemia y linfopenia

Conclusiones: Los pacientes trasplantados renales crónicos tienen alto riesgo de complicaciones infecciosas durante su ingreso y de reingreso. Las complicaciones infecciosas intrahospitalarias asocian mayor mortalidad a medio plazo en los pacientes trasplantados renales. La linfopenia e hipogammaglobulinemia podrían predecir estas complicaciones. El alta precoz no asoció mayor riesgo de reingreso.

Figura 1.



394 MORBILIDAD VASCULAR ASOCIADA A CATÉTERES TUNELIZADOS DE HEMODIÁLISIS EN EL PERIODO POST-TRASPLANTE RENAL

A. ALONSO BETHENCOURT¹, MJ. REGUERA CARMONA², C. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ¹, D. LUIS RODRÍGUEZ¹, A. JARQUE LÓPEZ¹, P. GARCÍA GARCÍA¹, A. RIVERO GONZÁLEZ¹, E. GALLEGO MORA-ESPERANZA¹, ML. MACÍJA HERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓN SANTA CRUZ (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: El trasplante renal es la terapia de elección para la mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La hemodiálisis (HD) es una de las técnicas dialíticas más empleadas como terapia puente. Un factor determinante de la morbimortalidad de los pacientes con ERC es el acceso vascular (AV), por sus complicaciones.

Con la intención de establecer estrategias de detección precoz y minimizar las complicaciones vasculares de los trasplantados renales, analizamos el perfil vascular de los trasplantados con complicaciones asociadas al AV.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, de 196 pacientes trasplantados en seguimiento en nuestro Centro en los últimos 10 años, analizando la presencia de complicaciones relacionadas con el AV durante el trasplante.

Resultados: Se estudiaron 6 trasplantados con complicaciones del AV. 5 eran hombres (83%). La media de edad fue 69,17±8,68 años. Las causas de ERC: diabetes (66,66%), nefroangioesclerosis (16,67%) y GMN-IgA (16,67%). El 66,66% padecía diabetes; el 100%, hipertensión; y el 50%, vasculopatía. El AV inicial fue el catéter tunelizado yugular (CTY).

Durante el periodo en HD, 4 pacientes (66,6%) presentaron complicaciones relacionadas con el CTY. La disfunción apareció en 3 casos (75%) y la estenosis del tronco innominado derecho (ETID) y subclavia (ES) en 1 (25%), presentándose en los primeros 3 meses tras el implante del CTY en el 75%, y al año en el 25%. El tratamiento endovascular fue: recambio del CTY (75%) y la angioplastia con balón (25%).

Todos los pacientes presentaban FAVI previamente al trasplante. En el post-trasplante, el 100% presentó complicaciones vasculares del AV: ETID (33,3%), ES (16,6%), insuficiencia cardiaca secundaria (16,6%), oclusión parcial de FAVI (16,6%) y oclusión completa yugulo-subclavia (16,6%). El 50% de las complicaciones aparecieron a los 3 meses post-trasplante y el resto a partir del año. El tratamiento inicial en todos los casos fue la angioplastia con balón ± stent y la antiagregación; las recidivas fueron del 66,66% en un periodo menor a 3 meses, decidiéndose el cierre de la FAVI.

Conclusiones: La presencia de complicaciones vasculares asociadas al CTY durante la HD se relacionó con la aparición de complicaciones en el post-trasplante en pacientes con FAVI, probablemente, por un endotelio vascular dañado por el uso de dispositivos externos.

Consideramos que es importante identificar precozmente, en el post-trasplante, a aquellos pacientes que hayan tenido complicaciones relacionadas con accesos vasculares permanentes durante el periodo de HD, para realizar un seguimiento ante posibles complicaciones vasculares a largo plazo, valorando los riesgos/beneficios de un cierre precoz de la FAVI en lugar del uso reiterado de técnicas percutáneas endovasculares.

393 INFECCIÓN POR COVID-19 EN TRASPLANTE RENAL. CASOS CONFIRMADOS EN UN ÚNICO CENTRO

P. GALINDO SACRISTÁN¹, E. PEREIRA PÉREZ¹, A. PÉREZ MARFIL¹, MJ. TORRES SÁNCHEZ¹, JM. OSORIO MORATALLA¹, C. DE GRACIA GUINDO¹, MC. RUIZ FUENTES¹, A. OSUNA ORTEGA¹

¹NEFROLOGÍA. H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción y objetivos: El interés en conocer la repercusión de la infección por COVID-19 en pacientes trasplantados renales, ha propiciado múltiples estudios que nos acercan a la patogenia de la enfermedad y su relación con la inmunidad innata y específica. Con las limitaciones de una serie de casos de un solo centro y el corto seguimiento hasta este momento, presentamos nuestra experiencia en 6 pacientes trasplantados renales diagnosticados de infección por Coronavirus 19.

Resultados: La incidencia en nuestra área es mayor en este subgrupo respecto a población general, con ambiente epidemiológico y clínica muy similares. Un paciente falleció (16,6%) infectado en etapa de postrasplante precoz y el resto tuvieron buena evolución, con distintos tratamientos instaurados. Presentaron linfopenia significativa y elevación marcada de parámetros inflamatorios todos, excepto el caso asintomático y empeoramiento de la función renal 2 pacientes (33,3%). En uno de ellos se mantiene un leve deterioro del filtrado y proteinuria en el momento actual. La PCR sólo fue positiva en dos pacientes y la IgM e IgG se mantienen positivas en los 5 supervivientes. Todos recibían corticoides, cuatro redujeron inmunosupresión y dos que no modificaron tratamiento, estaban con un Inhibidor de la m-Tor.

Conclusiones: La incidencia de la Infección por Covid-19 en trasplantados renales parece más elevada que en la población general de nuestro medio, con evolución clínica similar a pesar del tratamiento inmunosupresor. Es probable una mayor mortalidad en trasplantados recientes. La Linfopenia, relacionada con mayor severidad de la enfermedad, mejora con la suspensión de antimetabólicos. Son necesarios estudios en tratados con Inhibidores de la m-Tor. Una aproximación a la cuantificación de cargas virales e el nivel de Inmunoglobulina IgG específica podrían ayudar al manejo de pacientes infectivos e inmunes. Los Registros son imprescindibles para analizar y procesar los datos poblacionales y contribuir así a la prevención y tratamiento más adecuados en cualquier proceso.

395 EXPERIENCIA CON INMUNOGLOBULINAS Y LEFLUNOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL VIRUS BK EN EL TRASPLANTADO RENAL

S. PIQUERAS SÁNCHEZ¹, I. LORENZO GONZÁLEZ¹, F. LLAMAS FUENTES¹, L. DE LA VARA INIESTA¹, FJ. CENTELLAS PÉREZ¹, PA. SARDUY CORONADO¹, C. MARTÍNEZ ANTOLINOS¹, A. APARICIO SIMÓN¹, A. PÉREZ RODRÍGUEZ¹, C. CAMPAYO ESCOLANO²

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA), ²M.INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

Introducción: La nefropatía por virus BK es una causa de fallo temprano del injerto renal. El deterioro puede frenarse disminuyendo inmunosupresión. Sin embargo, el difícil ajuste y la falta de respuesta de algunos casos, ha desencadenado la búsqueda de fármacos con propiedades antivirales.

Material y Métodos: Revisión de la evolución de los pacientes con viremia significativa (mayor 104 copias/mL) tratados con Inmunoglobulinas (100mg/kg/mes) y Leflunomida (100mg 3 días, mantenimiento 20mg). Recogiendo variables epidemiológicas, evolución de carga viral y función renal.

Resultados: Presentamos 6 pacientes trasplantados renales seguidos durante 3.24±0.97 años. El 83.3% eran hombres, edad media 56.66±5.84 años, 33% diabéticos y 83.33% hipertensos. Una asociaba trasplante reno-pancreático y en otro caso un trasplante hepático previo. Todos presentaban más de 6 variables predisponentes para desarrollar nefropatía BK de las 9 descritas en la literatura (triple terapia de mantenimiento, Micofenolato, Timoglobulina, discordancia inmunológica, injerto de cadáver, tiempo de isquemia, rechazo o lesiones isquémicas, varón >50 años, negatividad HLA-C7). El 50% presentó carga viral CMV significativa.

Usando la información de 5 pacientes, la primera viremia significativa fue a los 109.6±23.77 días post-trasplante. El 60% desarrolló viremia significativa 67±17.2 días después. En cuatro se realizó biopsia confirmatoria.

Inicialmente, se bajó inmunosupresión, cambiando Micofenolato por mTOR ajustando niveles (<6ng/mL). Persistiendo viremia y progresivo empeoramiento de función renal en los 6 casos (80.92±64.67% sobre nadir). Decidiendo inicio de inmunoglobulinas. Retiradas en un caso tras 4 dosis por astenia. Posteriormente se asoció Leflunomida. Como complicaciones: hipertransaminasemia en dos casos a los 10.98±3.4 meses, 1 leucopenia moderada a los 9.58 meses y 1 trombopenia a los 24.67 meses. Mejorando todo tras retirarla. Los demás mantenían Leflunomida hasta la recogida de datos, habiendo completado 12.88±5.66 meses sin complicaciones. No ocurrieron rechazos. El 66.66% (4) descendió a niveles no significativos a los 184±92.02 días. Mejorando función renal en dos casos (creatinina -30% (-1.2mg/dL) y -20.2% (-0.33mg/dL) comparando previo al inicio de Leflunomida). Aún así, dos comenzaron hemodiálisis 3.29±0.17 años post-trasplante, correspondiendo con los diagnosticados al inicio del protocolo y tratados tardamente (245.5±26.16 vs 144.5±75.21 días). Se realizó hemodiálisis temporal en un paciente por otros factores asociados. El 33.33% (2) descendió hasta valores límite (sobre 104 copias/mL), con función renal estable en uno y empeoramiento de creatinina 0.9 mg/dL (+60% respecto al inicio de Leflunomida) en otro.

Conclusiones: En nuestra serie apreciamos la utilidad de Leflunomida, con toxicidad leve reversible producida tras un periodo largo de tratamiento. Sugerimos que el inicio aún más temprano de este fármaco podría disminuir precozmente la viremia y consecuentemente mejorar la evolución de la función renal.

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

396 CÁNCER DE PIEL INCIDENTAL Y TRASPLANTE RENAL

T. VILLAGRASA¹, D. RAMOS², M. SARGSYAN¹, C. EGEA¹, J.L. GARCÍA¹, N. ALLENDE¹, SC. JIMÉNEZ¹, JM. GASCO¹, AC. TUGORES¹, S. CABELLO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SON ESPASES (ESPAÑA), ²DERMATOLOGÍA. HOSPITAL SON ESPASES (ESPAÑA)

Introducción: la inmunosupresión a largo plazo en receptores de trasplante de órganos sólido podría estar asociada con un alto riesgo de desarrollar neoplasias cutáneas. En particular, los carcinomas cutáneos de células escamosas (SCC) y los carcinomas de células basales (BCC) se detectan con frecuencia en las biopsias efectuadas. Este análisis podría contribuir a identificar factores relacionados en receptores de injerto renal.

Material y método: estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico que evalúa la prevalencia de lesiones cutáneas en 303 receptores de trasplante renal entre Enero de 2015 y Julio de 2019, con al menos 6 meses de seguimiento post trasplante.

Resultados: identificamos 48 receptores que desarrollaron enfermedades cutáneas durante su seguimiento. Predominaron en varones (62%), con edad media de 63 años, caucásicos, con fototipo claro (I-II 95%). El seguimiento medio para su diagnóstico fue de 16 meses: 41% durante el primer año; 22% durante el segundo año y un 35% durante 3 o más años. Un 70% de los pacientes tenían más de 60 años, entre los cuales se observó un desarrollo precoz de las lesiones. De entre los 25 pacientes a los que se practicó una biopsia cutánea (52%), un 60% mostraron lesiones malignas (SCC:60%, BCC:53% y melanoma 4%). El tratamiento inmunosupresor de mantenimiento más frecuente en estos pacientes fue la combinación tacrolimus (Tac) + micofenolato (MMF; 40%) frente al esquema Tac+ everolimus (EVE; 35%).

Hasta un 20% de los pacientes biopsiados con patología maligna presentaron carcinomas múltiples y mixtos, estando 4 de estos 5 pacientes bajo tratamiento con MMF. Dicho tratamiento también fue más frecuente entre pacientes con SCC (33%).

Conclusiones:

- El carcinoma de células escamosas (SCC) es el cáncer de piel más común en receptores de órganos sólidos en contraste con la población general. La prevalencia en nuestro centro fue similar (4.9%) a la descrita en la literatura.
- La edad avanzada de los receptores puede aumentar la probabilidad de cáncer cutáneo (SCC y BCC), pudiendo estar asociado con el desarrollo de lesiones más tempranas en el periodo posterior al trasplante.
- Se encontró mayor prevalencia entre pacientes bajo régimen inmunosupresor con MMF + Tac en comparación con Tac + EVE, siendo datos paralelos a los descritos en la literatura.
- El tratamiento con MMF podría estar asociado con un mayor riesgo de desarrollar SCC y/o lesiones múltiples y mixtas

397 EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE CALCIFILAXIS TRAS EL TRASPLANTE RENAL

E. GUILLÉN¹, JV. TORREGROSA¹, AP. GARCÍA-HERRERA², F. DIEKMANN¹, D. CUCCHIARI¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA (BARCELONA), ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: la calcifilaxis es una entidad infrecuente, clásicamente asociada con la enfermedad renal crónica (ERC) avanzada. Aunque habitualmente presenta relación directa con la duración de esta, existen casos descritos de calcifilaxis en pacientes con trasplante renal (TR) funcionando, constituyendo un escenario único cuyos factores subyacentes continúan siendo motivo de estudio.

Objetivos y método: revisión de los casos de calcifilaxis post-TR publicados en la literatura y los diagnosticados en el Hospital Clínic de Barcelona, desde 1969 hasta 2019. Los datos estudiados han sido analizados de forma global y según el momento en el que se realizó el diagnóstico (antes o después de 1990). Para el análisis estadístico se han empleado la prueba t-Student y el test de Fisher.

Resultados: la población total fue de 37 pacientes (31 publicados y 6 diagnosticados en nuestro centro). La calcifilaxis post-TR se asoció con una duración global de la ERC de 22,8 [12,9-75,9] meses, y el 51,8% de los pacientes la desarrollaron durante el primer año post-TR. 36,4% de los pacientes estaban tratados con antagonistas de la vitamina K.

La presentación clínica más frecuente fue la purpura, con distribución distal. Los valores de PTH fueron superiores a 500pg/ml e inferiores a 100pg/ml en el 45,8% y el 33,3% de los casos, respectivamente. Las características clínicas, la inmunosupresión y el manejo de la calcifilaxis variaron dependiendo del periodo de tiempo estudiado; los pacientes diagnosticados después de 1990 fueron más mayores, presentaron un tiempo de ERC más prolongado y el manejo fue multimodal, mientras que el tratamiento de elección antes de 1990 fue la paratiroideotomía (76.9%). La mortalidad global fue del 51,4%.

Conclusión: la calcifilaxis no es una entidad específica del paciente urémico ya que también se ha evidenciado en pacientes portadores de TR funcionando, presentando características diferenciales dependiendo del periodo de tiempo estudiado.

398 INICIO DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL EN NUESTRA COMUNIDAD. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TRANSPLANTADOR SIN NEUROCIRUGÍA

M. LANAU MARTÍNEZ¹, C. GARIJO PACHECO¹, I. GASTÓN NAJARRO¹, JM. DÍAZ PERERA¹, M. ARTAMENDI LARRAÑAGA¹, F. GIL CATALINAS¹, AM. GIL PARAISO¹, ME. HUARTE LOZA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

Introducción: El trasplante renal (TR) se considera la mejor opción de terapia renal sustitutiva frente a las técnicas de diálisis para los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Son muchos los factores implicados en la funcionalidad del injerto y en la presentación de complicaciones, dependientes del donante, del receptor, de la inmunosupresión o del propio procedimiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los primeros 100 pacientes que reciben un TR de donante cadáver desde el comienzo del programa, abril de 2011, hasta septiembre de 2018. Analizamos el tipo de donante y de receptor, datos inmunológicos y relacionados con la cirugía, las complicaciones en el post-operatorio inmediato y la infección por CMV (<6m). Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cualitativas en medias \pm DE. Para el análisis se utilizó el programa SPSS.

Resultados: Los receptores, con edad media 58 (\pm 1,63) años y 73% varones, el 56% procedía de hemodiálisis, siendo la patología glomerular la principal causa de ERCA. En el 85% era un primer TR, y únicamente el 8% tenía riesgo inmunológico elevado, PRA>70%. Presentaban HTA 92%, dislipemia 74%, DM 15%, cardiopatía isquémica 8%, 67% sobrepeso/obesidad y 38% eran fumadores. El 6% tenía antecedentes de neoplasia.

Los donantes fueron 57% varones, de edad media 58,7 (\pm 12,69) años, y el 83% de muerte encefálica. Sólo el 35% tenía \geq 65 años.

El 85% de los receptores presentaba 3 ó más disidencias HLA, y el 61% recibió inducción con Timoglobulina. En el 80% de los casos el tiempo isquemia fría (TIF) fue \geq 17h. Complicaciones inmediatas, 5% trombosis arteria renal, 8% uropatía obstructiva (el 37,5% requirió nefrostomía), infección tracto urinario 33%, bacteriemia 14%, trasplantectomía 7%.

No encontramos diferencias en infección por CMV entre los pacientes de riesgo alto (serología D+R-, inducción Timoglobulina), y los de riesgo bajo-intermedio. El 93,5% del grupo con Timoglobulina recibió profilaxis para CMV, frente al 21,1% en el grupo con Basiliximab (p<0,001). En este grupo la infección por CMV fue significativamente mayor respecto al grupo de inducción con Timoglobulina (47,4% vs 25,8%, p<0,027).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la mayoría de los donantes son de muerte encefálica, con TIF prolongados.

El receptor tiene elevado riesgo cardiovascular y las complicaciones inmediatas no difieren de lo presentado por otros grupos. Se encontraron diferencias en la infección por CMV según el tipo de inducción.

399 USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL POSTRASPLANTE RENAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS ECOGRÁFICOS E HISTOLÓGICOS

C. COUCEIRO MONTEAGUDO¹, F. GÓMEZ PRECIADO¹, M. QUERO RAMOS¹, I. RAMA ARIAS¹, M. HUESO VAL¹, DA. SANDOVAL RODRÍGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT)

Introducción: La ecografía en nefrología cada vez tiene mayores aplicaciones; y resulta más accesible para el médico clínico. Una de ellas es el seguimiento del trasplante renal, donde la ecografía nos permite estudiar tanto la morfología como la vascularización renal. Dentro de los parámetros ecográficos que utilizamos, se encuentra el índice de resistencia (IR) definido como $IR = [1 - (V_{max}/V_{min})]$. Este índice depende en gran medida de la hemodinamia del paciente, pero se ha mostrado como un factor predictivo de disfunción renal.

En el caso de los injertos renales este marcador se ha relacionado con parámetros histológicos alterados (necrosis tubular aguda y rechazo mediado por anticuerpos) sobre todo cuando existe disfunción del injerto. No obstante, actualmente no existen estudios que demuestren asociación entre evolución del injerto renal y el IR en el momento de una disfunción aguda o subaguda de manera clara.

Materiales y métodos: Estudio unicéntrico prospectivo que recoge los datos de 115 pacientes receptores de trasplante renal procedente de donante vivo (n=21) y cadáver (n=94) entre 2018 y 2019. Se midieron los IR (n=113) por un único operador, previamente a la realización de las biopsias renales de protocolo (n=59) y por disfunción (n=56).

Resultados: Existe una correlación positiva entre la edad de los receptores y el IR en el momento de la biopsia (r= 0.4238, p<0.001). El IR de los injertos provenientes de un donante cadáver es ligeramente mayor que los que provienen de un donante vivo (0.06; [IC95% 0.005 - 0.113], p= 0.0155). El IR es mayor cuando la indicación de la biopsia es disfunción renal (0.75; IC95 [0.72 - 0.78]) respecto a las de protocolo (0.68; IC95 [0.65 - 0.70]). No existen correlaciones significativas entre el IR y el grado de IFTA en la biopsia.

Conclusiones: Existe una relación entre las características del receptor o del donante, con el IR del injerto renal. Sin embargo, nuestros datos no sugieren que exista correlación entre el IR y los signos de IFTA de la biopsia.

400 SERIE DE CASOS: IMPACTO DEL COVID-19 EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍAB. HIDALGO MARTÍN¹, S. BLAZQUEZ ROSELLÓ¹, J. BORRERO HINOJOSA¹, E. MERINO GARCÍA¹, F.J. BORRERO UTIEL¹, M.J. GARCÍA CORTES¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAEN (JAEN/ESPAÑA)

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 se denomina COVID-19 (coronavirus disease 2019). España está entre los países más afectados por esta pandemia en número de casos diagnosticados y fallecimientos relacionados. Existe escasa información sobre el curso evolutivo y factores pronósticos de dicha infección en receptores de trasplante renal.

Objetivo: Analizar el impacto clínico y terapéutico de la infección por COVID-19 en pacientes trasplantados renales.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una serie de trasplantados renales que padecieron infección por SARS-CoV-2 en una unidad de Nefrología, durante la pandemia. Registramos parámetros básicos analíticos de función renal, Dímero-D, IL-6, hemograma. Analizamos respuesta inmune mediante Serología SARS-CoV-2, medidas terapéuticas realizadas y curso clínico.

Resultados: Población de 320 trasplantados renales. Siete infectados por Covid-19: todos con infección documentada mediante PCR, cinco con estudio serológico. Todos presentaron neumonía por Covid-19, cuatro con criterios de gravedad. 85.7% varones. Edad media: 64. 71,4% >10 años de evolución del injerto. 71% hipertensos. 57% diabetes mellitus. 43% obesos. 57% hábito tabáquico. 14% broncopatía previa. Función renal: Todos tenían injerto funcionante (creatinina basal media 1.65). Dicha función empeoró durante la infección. En todos los supervivientes (4/7), la función renal mejoró hasta cifras próximas a las basales. Han precisado TRS mediante HDFVVC 3/7 pacientes, coincidiendo con la estancia en UCI. Tratamiento inmunosupresor: el 57% recibía Tacrolimus+Micofenolato+Prednisona. el 14% Ciclosporina+Azatiopina+Prednisona, el 29% Sirolimus+Prednisona. Durante la infección el 100% precisó cambios. En todos se suspendió MMF/azatiopina. Anticolicinúricos: reducción inicial del 20% de dosis, ajustando después según niveles diarios, precisando suspender Tacrolimus durante el tratamiento con Hidroxicloroquina/Lopinavir/Ritonavir. Sirolimus: se redujo un 20% inicialmente para después suspenderse. Corticoides: en el 71,43% se sustituyó prednisona por Metilprednisolona intravenosa, a mayores dosis. El 100% presentaron niveles pico inmunosupresor supra-óptimos, pese a los cambios descritos. Tres pacientes presentaron niveles Tacrolimus >25ng/ml y uno niveles Sirolimus >50ng/ml. El paciente que tomaba Ciclosporina presentó menos interacciones y no precisó suspenderla. Tratamiento Covid-19: El 100% recibieron Lopinavir/Ritonavir/Hidroxicloroquina; añadiendo Azitromicina en el 71.4%, Tocilizumab en 14.2%, INF- β 14.2%, Cefalosporina 28.57%. Precisaron ingreso en UCI tres pacientes, dos con larga estancia (>30días). Fueron exitus 3 pacientes (42.85%).

Conclusiones:

- Los fármacos usados frente al SARS-COV-2 presentan una elevada tasa de interacciones con los inmunosupresores, fundamentalmente Tacrolimus y Sirolimus.
- La suspensión de inmunosupresores no supuso una peor evolución de la función del injerto. Los pacientes que sobrevivieron recuperaron función basal.
- Niveles supra-terapéuticos de inmunosupresores no parecieron tener impacto negativo en la evolución de la infección por Covid-19.

401 ANTIÁCIDOS Y RECHAZO AGUDO EN TRASPLANTE RENALT. VILLAGRASA¹, C. EGEEA¹, J.L. GARCÍA¹, M. SARGSYAN¹, N. ALLENDE¹, S. CABELLO¹, A. TUGORES¹, P. LIVIANOS¹, M. LADO¹, S. JIMÉNEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SON ESPASES (ESPAÑA)

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) son de los fármacos más recetados a nivel mundial, relacionados con la nefritis intersticial, el fracaso renal agudo y la hipomagnesemia. No contamos con suficientes estudios en pacientes trasplantados. Examinamos diferentes antiácidos en receptores de trasplante renal en el momento que desarrollan un rechazo agudo (RA), causa principal de disfunción del injerto y reducción de su supervivencia.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico que identifica la incidencia del rechazo agudo renal en 303 receptores trasplantados desde Enero del 2015 a Julio 2019. Todos pacientes fueron diagnosticados con la clasificación de Banff (2013/2017) cumpliéndose al menos 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se identificaron 29 pacientes (9.5%) con histología compatible con RA: humoral (RAH;7%), celular (RAC;72%) o mixto (RAM;20%). Los receptores más incidentes fueron hombres (72%) caucásicos (86%) con edad media de 54 años y seguimiento medio de 24 meses. En el momento del diagnóstico, un 46% de los pacientes estaban bajo tratamiento con ranitidina (Ran) y un 50% con IBPs. Un 25% de la totalidad de receptores tomaba diuréticos (Furosemida 17%; Torasemida 7%); un 14% a altas dosis.

El esquema inmunosupresor Tacrolimus (Tac) + Micofenolato (MMF) tuvo mayor índice de rechazo (62%). Todos pacientes bajo tratamiento con Ran presentaron niveles correctos de Tac en el momento del RA. Sin embargo, de los que estaban bajo tratamiento con IBPs, se evidenciaron niveles infraterapéuticos en el 40% de pacientes con RAC y en el 50% de RAM. Paralelamente, se objetivó mayor frecuencia de desarrollo anti-HLA en pacientes bajo tratamiento con Ran (17%).

En las biopsias efectuadas, se observó mayor presencia de eosinófilos en el grupo de pacientes que tomaban IBPs (28%) frente a los que tomaban Ran (14%).

Un 10% de los receptores presentó hipomagnesemia (<1.5mg/dl), todos ellos estando bajo tratamiento con IBPs, diurético y esquema inmunosupresor Tac + MMF.

Conclusiones:

- La incidencia de rechazo agudo en nuestro centro fue inferior al descrito en la literatura.
- Una mayor infiltración histológica de eosinófilos podría encontrarse en pacientes bajo tratamiento con IBPs, hecho que relacionaría un mayor componente tubulointersticial.
- La toma concomitante a largo plazo de IBPs y diurético de asa a altas dosis podría aumentar el riesgo de desarrollar hipomagnesemia durante el periodo post trasplante renal.
- Poca evidencia existe de la implicación de IBPs en trasplante renal y menos en situación de rechazo agudo. No se puede descartar su implicación y/o amplificación del fracaso renal.

402 INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDOD. GONZÁLEZ LARA¹, MA. MUÑOZ CEPEDAABEZAS REINA¹, C. CABEZAS REINA¹, A. ROCA MUÑOZ¹, B. SUALDEA PEÑA¹, M. ACEVEDO RIBO¹, I. CARMENA RODRIGUEZ¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, R. DIAZ-TEJERO IZQUIERDO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. CHUT (TOLEDO, ESPAÑA)

Introducción: El 7 de Marzo del 2007 iniciamos el programa de trasplante renal (TXR) en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT), realizando hasta el 7/Marzo/20 484 TXR.

Objetivo: Analizar retrospectivamente la incidencia y evolución de los TXR que desarrollan neoplasias.

Material y métodos: 1.- Estudio observacional retrospectivo. 2.- Protocolo inmunosupresor (IS) basado Esteroides, Tacrolimus y Micofenolato (MMF), utilizando terapia de inducción (Timoglobulina o Baxilisimab) en caso de alto riesgo inmunológico o retraso de la función del injerto (RFI). Al diagnóstico de neoplasia se reducía la IS, suspendiéndose MMF, reduciendo dosis de tacrolimus e introduciéndose m-TOR. 3.- Se analizaron variables demográficas (sexo, edad, etiología de la ERC, modalidad TRS, tasa de 2^oTX e HI, tasa de terapia de inducción, tasa de neoplasia pre-TX. 4.- Variables a estudio: supervivencia del paciente y del injerto, tipo de neoplasia, tiempo de evolución preneoplasia y posneoplasia, episodios de rechazo agudo tras pre y posneoplasia y desarrollo de ac. postrasplante y ADEs 5.- Los resultados se expresan en media aritmética con desviación estándar y porcentajes.

Resultados: La incidencia de neoplasias ha sido del 7.8%, con predominio en varones (79%) y con una edad media de 64.5+/-6.5 años. El 7.9% eran 2^oTX, en el 63% se utilizó terapia de inducción en combinación con tacrolimus que se utilizó como IS base en el 87% y el 18% tenían antecedentes de neoplasia previa. El tiempo medio de aparición de la neoplasia fue de 35.3+/-30.4 meses y el tiempo de evolución tras el diagnóstico ha sido de 34.9 +/- 31.8 meses. Los tipos de neoplasias más frecuentes fueron el cutáneo no melanoma (28.9%), digestivo (18.4%), próstata (10%) y Linfoproliferativos (7.9%) En el 60% el diagnóstico de la neoplasia, de órgano sólido, se produce en estadio diseminado siendo responsable del 62% de los exitus de los pacientes, siendo la mortalidad global de los mismos del 42%. Respecto a la supervivencia del injerto, censurada la muerte con injerto funcionante, ha sido del 87%, con una tasa de rechazo agudo posneoplasia del 7.9% y destacar la ausencia de formación de ADEs y ac postrasplante en los pacientes supervivientes

Conclusiones: 1.- Incidencia similar a la publicada en otras series. 2.- La tasa global de mortalidad ha sido del 42% con neoplasia diseminada al diagnóstico en el 60% de los pacientes que fallecen. 3.- Baja tasa de rechazo agudo tras el diagnóstico sin desarrollo de ac. postrasplante a pesar de la reducción de IS.

403 TRASPLANTES RENALES CON ADES PREFORMADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO (CHUT)MA. MUÑOZ CEPEDA¹, A. ROCA MUÑOZ¹, E. MANCEBO SIERRA¹, M.J. CASTRO PANETE¹, M. ACEBEDO RIBO¹, D. GONZÁLEZ LARA¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, C. CABEZAS REINA¹, MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, R. DIAZ-TEJERO IZQUIERDO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. CHUT (TOLEDO, ESPAÑA);²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: Conocido es que el 65 % de las pérdidas de los injertos renales (censurada la muerte) se deben a casusa inmunológica, al rechazo mediado por anticuerpos Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes trasplantados renales con anticuerpos donante específicos (ADEs) preformados en el Complejo Hospitalario de Toledo.

Material y métodos: 1.- Trasplantes renales en presencia de ADEs con mas de 3 meses de evolución. 2.- Estudio observacional retrospectivo. 3.- Protocolo de desensibilización utilizado: sesión de plasmáferesis pretrasplante, Esteroides, Timoglobulina (1.5 mg/Kg.), Tacrolimus (Advagraf 0.25 mg/Kg), Micofenolato Sódico y Rituximab (2 dosis). 4.- Variables demográficas: (sexo, edad, etiología de la ERC, tiempo de TRS, modalidad TRS, grupo sanguíneo, edad y sexo donante, nº incompatibilidades HLA, tiempo de isquemia fría, PAR, 5.- Variables a estudio: tiempo de seguimiento, retrasos función del injerto, episodios de rechazo, función renal (Cr, proteinuria), tasa de ac. Anti-HLA clases I y II postrasplante y complicaciones infecciosas

Resultados: Hemos realizado 15 trasplantes en presencia de ADEs preformados con prueba cruzada negativa. La edad media de los donantes utilizados fue 61.8+/- 18 años (rango 17- 80) y la de los receptores de 55.4+/-13.4 (30-78). El 80% eran mujeres, 36% eran 2^o trasplantes que llevaban un tiempo medio de TRS de 44+/-36 meses y mayoritariamente en programa de HD (93%). El número medio de incompatibilidades HLA. fue 4 y el TIF 18.6 +/- 3.3 horas con un PRA medio pre-TX 78.6 +/-13.6%. El tiempo medio de seguimiento fue de 18.78+/-15.9 meses (rango 3-51), la tasa de retraso de la función del injerto fue del 42.8% y unas tasas globales de supervivencias del 100% del paciente y del 93% del injerto (1 paciente volvió a HD por RAH no controlado). La tasa de rechazo agudo ha sido del 21.4% (2 pacientes con RAH) y respecto a la función del injerto, la cifra media de creatinina ha sido de 1.45+/-0.67 mg/dl y proteinuria de 0.76+/-0.78 g/día al final del seguimiento. La tasa de infecciones víricas, CMV y virus BK fueron 35.7% y 14% respectivamente. Por último, en 5 pacientes (35.7%) los ADEs se negativizaron, en 6 (42.8%) la MFI de os ADEs disminuyó una media del 44% y en los 3 pacientes restantes (21.4%) los ADEs no sufrieron ninguna modificación y fueron los que presentaron RA. Por último, el 30% de los pacientes ya han cumplido 2 años de seguimiento

Conclusiones: Serie corta, con corto periodo de seguimiento pero con buenos resultados de supervivencias, tasa de rechazo agudo y función renal.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

404 MICROBIAL URETERAL STENT COLONIZATION IN KIDNEY TRANSPLANTATION: INCIDENCE AND IMPACT IN URINARY TRACT INFECTION AND RENAL FUNCTION

AM. RAU LERTORA¹, L. OLIVERAS¹, C. COUCEIRO¹, F. GOMEZ¹, P. ANTON¹, N. MONTERO¹, A. FAVA¹, E. MELILLI¹, O. BESTARD¹, RI. RODRIGUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BELLVITGE (BARCELONA)

Background and Aims: Ureteral stent insertion is nowadays a common practice in kidney transplantation, leading to a dramatic reduction of surgical issues. On the other hands, urinary tract infections are the most common complication in the first months after transplant. Main scope of our study was to analyze the incidence of stent colonization and its impact on the development of urinary tract infection (UTI) in the first six months after transplantation.

Method: Prospective observational study including 23 consecutively recruited patients at one single center. Patients with a previous history of surgical intervention on urinary tract before transplant were excluded. Pigtail stents were removed as for local protocol between 3 and 4 weeks after transplantation in aseptic condition and were cut in a half (proximal and distal) and analysed separately. Stent colonization were detected by sonication method. Urine culture timing are depicted in Figure 1. In case of clinical symptoms, extra urine culture were performed as for clinical practice. Patient were followed for 6 months, and results of stent colonization were blinded to clinicians.

Results: Table 1 shows main characteristic of our cohort.

Ureteral stent colonization was detected in 8 patients (34 %), though in 2 patients colonization was observed just in the proximal part of pigtail catheter suggesting contamination. The number of colonies was generally low (28 ± 62), with just 3 patients presenting > 50 colonies in the pigtails. The type of bacteria indicated possible contamination at least in 4 cases and are reported in Figure 2. We didn't detect any significant difference in the incidence of UTI between patients with stent colonization vs not, including in pyelonephritis episodes. Time of removal of pigtails from TR and eGFR at six months were similar in the two group. (Table 2)

Conclusions: Stent colonization with common uro-pathogens is not frequent and does not seem related with clinical events.

Figure 1.



405 ESTATUS DE VITAMINA D EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON DIAGNÓSTICO DE COVID 19

A. CARRILLO¹, J. UGALDE-ALTAMIRANO¹, F. COFÁN¹, N. ESFORZADO¹, I. REVUELTA¹, D. CUCCHIARI¹, P. VENTURA¹, F. DIECKMANN¹, F. OPPENHEIMER¹, JV. TORREGROSA¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción:

El rol protector de la Vitamina D como inmunomodulador ha sido demostrado en diferentes patologías respiratorias de etiología viral y alguna evidencia sugiere que podría influir en la infección por SARS-COV 2 y en su pronóstico. Los pacientes trasplantados renales (TR) son más susceptibles a presentar deficiencia de 25 (OH) vitD (Calcidiol).

El objetivo de este estudio es evaluar el estatus de Vitamina D en los pacientes trasplantados que han sido diagnosticados de COVID-19 y su posible correlación con la severidad. Métodos:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo que incluye a pacientes trasplantados renales con diagnóstico de COVID-19 y con valores séricos de 25 (OH) Vit D, con y sin reposición.

Resultados: Se evaluaron 27 pacientes. La edad media fue de 57 ± 19 años, el 61.5% eran hombres. El 23% llevaba menos de 1 año trasplantado, el 31% entre 1 a 5 años y el 46% más de 5 años.

El 62% presentaban valores séricos de Calcidiol < 20 ng/dl, el 20% entre 20 -30 y el 20% > 30 ng/dl. El 35% estaban recibiendo suplementos de vitamina D.

El protocolo de tratamiento incluyó Azitromicina+Hidroxicloroquina en un 40% de los casos, y la combinación de las dos más Lopinavir/ritonavir en el resto. 17 pacientes requirieron intensificación de tratamiento con agentes antiinflamatorios por mayor severidad (Tocilizumab, Anakinra, Bolus de metilprednisolona). Hubo 4 exitus.

De los 18 pacientes que necesitaron intensificación de tratamiento, el 82% presentaban valores séricos de calcidiol < 20 ng/dl, 18% presentaban niveles entre 20-30 ng/dl. De los 9 pacientes que no requirieron intensificación el 66% presentaba valores superiores a 30 ng/mL. El 75% de los éxitus tenían valores de vitamina D < 20 ng/dl.

El 41% de los pacientes recibía suplementos de Vitamina D, de ellos, solo el 11% requirió intensificación con antiinflamatorios.

Conclusión: La deficiencia de vitamina D se encontró en un alto porcentaje de los pacientes trasplantados renales con COVID 19. Se evidenciaron niveles bajos de 25 OH Vit D en los pacientes que precisaron mayor intensificación de tratamiento y en los éxitus. La reposición con Vitamina D se asoció a menor necesidad de tratamiento antiinflamatorio y menor mortalidad.

406 INCIDENCIA INFECCIÓN COVID-19 EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO (CHUT)

MA. MUÑOZ CEPEDA¹, A. ROCA MUÑOZ¹, C. CABEZAS REINA¹, D. GONZÁLEZ REINA¹, B. SUALDEA PEÑA¹, M. ACEVEDO RIBO¹, I. CARMENA RODRIGUEZ¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, R. DIAZ-TEJEIRO IZQUIERDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. CHUT (TOLEDO, ESPAÑA)

Introducción: Desde el pasado mes de Marzo/20 y hasta finales de Mayo/20 hemos vivido a nivel mundial la pandemia del SARS Cov2, con gran repercusión en el sistema sanitario español que lógicamente ha aceptado a la actividad del trasplante renal así como a los propios pacientes trasplantados.

Objetivo: Analizar la incidencia y evolución de los pacientes trasplantados renales infección Covid-19 en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo CHUT.

Material y métodos: 1.- Estudio observacional retrospectivo. 2.- Pacientes trasplantados renales en seguimiento en la unidad de trasplante renal del CHUT con infección Covid-19 confirmada. 3.- El protocolo de tratamiento incluía la utilización de Hidroxicloroquina, Azitromicina, reducción y suspensión de la inmunosupresión del trasplante en función de la severidad de la infección y utilización de Tocilizumab según protocolo hospitalario. 4.- El diagnóstico de la infección se realizaba mediante la técnica de PCR SARS-Cov2 nasofaríngea. 5.- Utilizamos la técnica de ELISA (Lab. ROCHE) para estudio serológico del SARS Cov2. 6.- Los resultados se expresan en medias aritméticas incluyendo rango y porcentajes.

Resultados: La incidencia de la infección Covid-19 en el CHUT ha sido del 2.9% , sólo 14 pacientes, aunque con una tasa de mortalidad elevada, 5 fallecieron (35.5%). En nuestra serie se han infectado mas las mujeres (57%) con una mayor tasa de exitus (60%), el grupo sanguíneo predominante en los exitus ha sido el 0 y en los curados el A. Los pacientes que han fallecido eran mas mayores que los curados (70 vs 55 años, respectivamente), El 100% de los fallecidos presentaron neumonía frente al 55% en los curados. Todos los fallecidos estaban en tratamiento con Tacrolimus como inmunosupresor principal y sólo el 66.6% en los curados, destacando que el 20% de éstos estaba con Ciclosporina. No hubo episodios de Rechazo agudo a pesar de la reducción y en algún caso la suspensión de la inmunosupresión y sólo 3 pacientes presentaron fracaso renal agudo, 2 de ellos fallecieron y uno de éstos precisó terapia renal sustitutiva. Por último, de los 9 pacientes curados en 8 hemos realizado la serología mediante técnica de ELISA , objetivando que la mitad (4) no presentaban seroconversión al SARS-COV 2 (Ig.M e Ig.G negativas) tras mas de un mes de PCR SARS-Cov2 nasofaríngea negativa

Conclusiones: Como era de esperar, los pacientes trasplantados renales son de alto riesgo ante la infección Covi-19 y es probable que su respuesta inmunológica a la misma esté disminuida