

700 ESTRATEGIA DE DELISTING EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS CON DSA PREFORMADOS

M. ALONSO¹, F. VILLANEGO¹, JM. AMARO¹, A. GALLARGO-GARCÍA², A. SINGH¹, B. SERRANO¹, C. ORELLANA¹, T. GARCÍA¹, A. NIETO¹, A. MAZUECOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ); ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: El número de pacientes altamente sensibilizados en lista de espera de trasplante renal (TR) está aumentando. Las estrategias de delisting de antígenos HLA prohibidos podrían permitir trasplantar a pacientes con anticuerpos donante específicos (DSA) positivos preTR y prueba cruzada negativa, aunque los datos comunicados son limitados.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes TR con DSA preTR a los que se aplicó estrategias de delisting en nuestro centro, desde noviembre-2019 a mayo-2024. Consideramos antígenos inaceptables aquellos positivos por CDC, que fijan complemento (C1q), anticuerpos anti HLA clase I y clase II con MFI >5000 que no disminuyen tras dilución o anticuerpos frente a antígenos de la pareja/TR previo con MFI x3 del mayor antígeno propio del mismo locus. Seleccionamos dos controles por cada caso, los más próximos por fecha de TR y características de donante y receptores sensibilizados (PRA ≥75%) sin DSA. Prueba cruzada por CDC negativa. Recogimos variables demográficas y de evolución del TR.

Resultados: Tras delisting, se trasplantaron 14 pacientes, seleccionándose 28 controles. Mediana de seguimiento 39 meses. Edad media 56 años y 87.5% mujeres. No hubo diferencias entre grupos en características de donante y receptor. El número de mismatches fue similar y no hubo diferencias en el tiempo en diálisis preTR. Todos recibieron inducción con timoglobulina. En el grupo de casos hubo mayor uso rituximab en inducción (p=0.052) y plasmaféresis con inmunoglobulinas i.v. (p=0.005).

La función renal fue similar en ambos grupos al año post-TR. La evolución de los DSA en el grupo de delisting fue: 50% negativizaron, 14.3% disminuyeron, 28.6% estable y 7.1% aumentaron. El desarrollo de DSA de novo posttrasplante fue similar en ambos grupos (p=0.608). La tasa de rechazo agudo (RA) mediado por anticuerpos fue superior en el grupo delisting (35% vs. 10.7%, p=0.052) y la incidencia de infección por CMV (p=0.004).

Se perdieron 2 injertos en cada grupo, todos por causa inmunológica: supervivencia del injerto al año 85.7% en grupo delisting, 96.4% en control (p=0.513). Al año falleció un paciente en el grupo control (COVID-19) y ninguno en el grupo delisting.

Conclusiones: Las estrategias de delisting suponen una opción para pacientes altamente sensibilizados con presencia de DSA, incluso sin uso de imlifidasa. La tasa de RA y de infección por CMV fue superior, aunque con datos de supervivencia aceptables por lo que puede considerarse en situaciones en las que, por su estado inmunológico, el paciente vea limitado su acceso al TR.

701 ¿EL SCREENING PRECOZ DE ANTICUERPOS ANTI-HLA POSTRASPLANTE TIENE IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL?

C. LÓPEZ DEL MORAL¹, D. SAN SEGUNDO ARRIBAS¹, MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, M. MARTÍNEZ BELOTTO¹, M. VALENTÍN MUÑOZ¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, L. BELMAR VEGA¹, M. LÓPEZ HOYOS¹, E. RODRIGO CALABIA¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER, ESPAÑA); ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER, ESPAÑA)

Introducción: Los anticuerpos donante-específicos (ADE) se relacionan con rechazo y pérdida del injerto renal. La indicación y frecuencia del screening de anticuerpos anti-HLA en pacientes estables no están establecidas. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto en la supervivencia del injerto de la aparición precoz de ADE por screening en el primer mes posttrasplante.

Material y método: Se incluyeron a todos los receptores de trasplante renal entre 01/01/2012-31/12/2022 con screening de anticuerpos anti-HLA por Luminex® durante el primer mes posttrasplante (rango 0-60 días). Se excluyeron a los pacientes con ADE preformados o históricos, y a aquellos pacientes con la primera muestra de anticuerpos posterior a la pérdida del injerto. El umbral de positividad de intensidad media de fluorescencia fue 1500. Se registró el delta cPRA>0% (Eurotransplant) (diferencia cPRA entre primer suero posttrasplante y último suero pretrasplante).

Resultado: Se incluyeron a 353 pacientes y la mediana de tiempo desde el trasplante hasta la primera determinación de anticuerpos anti-HLA fue 30,0 días (IQR 26,0-37,0). El tiempo mediano de seguimiento fue 3,8 años. Se produjo la pérdida del injerto en el 9,1%, y el 19,5% presentaron rechazo mediado por anticuerpos. El 8,5% (30/353) desarrolló ADE en el primer mes, y el 15,3% presentó delta cPRA>0%. Los pacientes con desarrollo de ADE en el primer mes presentaban mayor sensibilización HLA en el momento del trasplante (p<0,001) (tabla 1). El desarrollo de ADE en el primer mes se relacionó con menor supervivencia del injerto (figura 1).

Conclusiones: El desarrollo de ADE en el primer mes posttrasplante renal se produce en el 8,5% de nuestros pacientes. Los pacientes con sensibilización HLA en el momento del trasplante presentan mayor riesgo de formación de ADE en el primer mes, probablemente reflejando memoria inmunológica, por lo que debe considerarse realizar screening precoz en esta población.

Ver tabla y figura

702 LA REALIZACIÓN DE RECAMBIO TERAPÉUTICO PLASMÁTICO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL ALTAMENTE SENSIBILIZADOS DISMINUIRÍA EL RIESGO DE RECHAZO AGUDO Y CRÓNICO

E. GONZÁLEZ GARCÍA¹, D. REDONDO², MJ. PÉREZ², M. ALONSO³, E. MELLILLÉ⁴, E. NAJERA⁵, V. LÓPEZ⁶, C. FERNÁNDEZ⁷, M. LÓPEZ OLIVA⁸, C. JIMENEZ⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR (CÁDIZ); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLEVILLE (BARCELONA); ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MALAGA); ⁶NEFROLOGÍA INFANTIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

En representación del Grupo de Trabajo SÉNTRA

Introducción: Los pacientes altamente sensibilizados presentan un mayor riesgo de rechazo. No existe un consenso establecido sobre el protocolo de inmunosupresión ideal para este tipo de pacientes. Además de tratamiento de inducción con timoglobulina, en algunos centros se utiliza además la aféresis terapéutica mas inmunoglobulina intravenosa en el posttrasplante inmediato. Presentamos los resultados iniciales de un estudio multicéntrico, retrospectivo para estudiar si el uso de aféresis mas inmunoglobulina en el tratamiento de inducción en pacientes altamente sensibilizados, con PRA virtual mayor o igual al 98%, mejora la evolución del injerto renal a medio y largo plazo.

Materiales y metodos: Estudios observacional, multicéntrico, descriptivo y retrospectivo. Se han incluido todos los pacientes altamente sensibilizados (PRA virtual igual o superior al 98%) que, recibieron un trasplante renal de donante cadáver o vivo entre 2016 y 2022. Los datos han sido obtenidos de las historias clínicas informatizadas. Las variables cualitativas se expresan como valores absolutos y porcentajes, las variables cuantitativas se expresan como media +/- 1 desviación estándar.

Resultados: Se han incluido en el estudio 91 pacientes, procedentes de 4 hospitales, 41 varones (45.1%) y 50 mujeres (54.9%), con una edad media de 52 años (+/-17). 27 pacientes (29.7%) recibían su primer trasplante, 58 (63.7%) recibían el segundo y 6 (6.6%) el tercero o más. 19 pacientes tenían un DSA pretrasplante.

Recibieron tratamiento con timoglobulina 58 pacientes (95%). Se ha realizado plasmaféresis 38 pacientes (41.7%), 3 de los cuales (3%) presentaron complicaciones leves relacionadas con la técnica (hipotensión y alteraciones leves coagulación). 10 pacientes recibieron además rituximab. La creatinina al año fue 1.55 mg/dL (+/-0.58) y 1.65 (+/-0.8) a los 5 años. 11 pacientes (12%) presentaron rechazo agudo, 10 con desarrollo DSA de novo. El grupo de aféresis presentó de forma estadísticamente significativa menor incidencia de rechazo agudo y crónico, así como DSA de novo.

La supervivencia a 5 años fue del 90.5% y la del injerto del 84% (18). La primera causa de la pérdida fue inmunológica (5 pacientes, 27.7%), seguida por la trombosis (4 pacientes, 22.2%). 4 pacientes (4.3%) han sido diagnosticado de un tumor (3 cutáneo y 1 sólido).

28 pacientes presentaron algún tipo de infección en los 6 meses posttrasplante (53.5% pielonefritis) y 33 (36.2%) infección viral, sin diferencias en función de haber recibido aféresis.

Conclusión: La realización de recambio plasmático terapéutico en los receptores de trasplante renal altamente sensibilizados parece disminuir el riesgo de presentar rechazo agudo y/o crónico, sin un incremento de las complicaciones infecciosas o tumorales. Las complicaciones de la técnica son leves y poco frecuentes.

703 EVALUACIÓN DE DIFERENTES DOSIS INICIALES DE ENVASUS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL DE NOVO EN VIDA REAL

A. FRANCO¹, P. MAS-SERRANO¹, I. BETRAN¹, E. DE LA CRUZ², F. PEREZ CONTRERAS³, R. NALDA-MOLINA⁴, A. RAMON-LOPEZ⁵, M. DIAZ-GONZALEZ⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS ALCANTANTE (ALICANTE); ²FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS ALCANTANTE (ALICANTE); ³FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS ALCANTANTE (ALICANTE/ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS ALCANTANTE (ALICANTE/ESPAÑA); ⁵DIVISION DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICA. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ (SAN JUAN DE ALCANTANTE)

La dosis inicial según ficha técnica para Envasus es de 0,17 mg/kg. Evaluamos diferentes dosis iniciales de Envasus en receptores de novo.

Estudio observacional prospectivo. Criterios de inclusión: receptores adultos de trasplante renal de cadáver de novo con inmunosupresión: timoglobulina, corticoides, sirolimus y envasus, area bajo la curva trapezoidal con curva de concentraciones plasmáticas (Cp) de tacrolimus de 10 puntos tras tres dosis (AUC), Cp a las 72h y seguimiento 3 meses post-trasplante.

Se establecieron 4 grupos según dosis inicial (mg/kg/24h): Grupo 1 (G1): 0.15; Grupo 2(G2): 0.12; Grupo 3(G3): 0.1; Grupo 4(G4):0.08 Variables homogenización: edad y sexo de donante y receptor, peso, isquemia fría y riesgo inmunológico.

Variables de resultado: Cp valle 72h, AUC, filtrado glomerular, pacientes con suspensión de dosis tras Cp_72h, intervalos terapéuticos (IT) a las 72h: Cp entre 6-8 ng/mL (dentro del IT), Cp>8 ng/mL (superior al IT) y Cp<6(inferior IT).

Resultados: 168 pacientes (65% hombres), edad media 57 años y peso medio 71 kg. La Cp_72h media y AUC trapezoidal en G1 y G2 fueron similares y estadísticamente superiores a los G3 y G4. El porcentaje de pacientes con Cp_72h dentro del IT fueron similares en los cuatro grupos. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con Cp_72h por encima del IT fue estadísticamente superior para los pacientes de los G1 y G2 vs G3 y G4, siendo el G4 donde menos % de pacientes con Cp supra-IT. Además, a un 31,8% y 34,2% de los pacientes en los G1 y G2 vs. 14,3% y 15,9% en los G3 y G4, se les suspendió el tratamiento con tacrolimus por Cp elevadas(TABLA). No hubo diferencias en función renal, incidencia de rechazo agudo y supervivencia de injerto y receptor a 3 meses entre grupos.

Conclusión: La dosis de 0,08 mg/kg/24h obtiene Cp y AUC adecuadas, menor porcentaje de pacientes con Cp supra-IT, menor número de suspensiones de dosis a las 72h con los mismos resultados clínicos evitando la sobredosificación.

Tabla 1. Grupos según dosis de inicio de everolimus. Se comparan concentraciones valle (CP), áreas bajo la curva (AUC) y suspensión de dosis en los diferentes grupos.

Variable	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	p
Pacientes (n)	44	38	42	44	
Peso (kg)	70.19 (66.36-74.03)	68.29 (63.46-73.24)	70.07 (70.07-76.40)	72.50 (68.18-6.82)	
Edad (años)	56.24 (52.59-59.95)	58.53 (54.12-62.94)	57.67 (54.38-60.95)	55.58 (52.08-59.28)	ns
Dosis tacrolimus (mg total)	10.07 (9.50-10.64)	8.00 (7.40-8.60)	7.09 (6.75-7.44)	5.80 (5.45-6.16)	
Dosis tacrolimus (mg/kg)	0.14 (0.14-0.15)	0.12 (0.12-0.13)	0.10 (0.09-0.10)	0.08 (0.08-0.08)	
CP _{72h} (TAC172h)	13.84 (10.26-13.42)	12.02 (10.29-11.74)	8.72 (7.50-9.95)	7.53 (6.66-8.39)	p<0.05
AUC_TAC	480.81 (397.80-483.82)	436.95 (348.63-489.28)	324.12 (289.01-359.23)	294.93 (249.52-330.35)	p<0.05
Cp<6 ng/mL	4 (9.1%)	4 (10.5%)	12 (28.6%)	18 (40.9%)	p<0.05
Cp 6-8 ng/mL	8 (18.2%)	7 (18.4%)	9 (21.4%)	10 (22.7%)	
Cp>8 ng/mL	32 (72.7%)	27 (71.1%)	21 (50.0%)	16 (36.4%)	
Suspensión tras 1 ^a nivel	14 (31.8%)	13 (34.2%)	6 (14.3%)	7 (15.9%)	p<0.05

Los valores representan media (IC95%) a la izquierda

Resúmenes

Trasplante renal - Inmunosupresión y ensayos clínicos

704 EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LCP-TAC EN TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO. ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

Y. CALZADA BAÑOS¹, Y.W. LOPEZ ESPINOZA¹, V. LÓPEZ-BAÉZ², P. ARANGO SANCHO³, M. JIMÉNEZ MASTRO⁴, AC. AGUILAR RODRÍGUEZ⁵, E. FORTES MARIN⁶, A. VILA SANTANDREU⁷, A. MADRID ARIS⁸

¹NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DEU (BARCELONA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA, TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Tacrolimus (TAC) es la piedra angular del tratamiento inmunosupresor en trasplante renal (TR) y su acción se correlaciona estrechamente con sus niveles plasmáticos. Presenta un estrecho margen terapéutico, escasa biodisponibilidad y elevada variabilidad inter e intraindividual. La formulación MelDose (LCP-TAC, Envarsus®) ha demostrado similar eficacia y seguridad respecto a tacrolimus de liberación inmediata (IR-TAC, Prograf®) y tacrolimus de liberación retardada (ER-TAC, Advagraf®), mayor biodisponibilidad y mejor perfil farmacocinético. Aunque los resultados parecen ser extrapolables, disponemos de pocos datos en pediatría. El objetivo es revisar nuestra experiencia con el uso de LCP-TAC en TR infantil.

Materia y método: Estudio observacional retrospectivo (2016-2023) incluyendo receptores de TR a los que se modifica el régimen de IR-TAC/ER-TAC a LCP-TAC tras mínimo 12 meses post-TR y situación de estabilidad. Se analizan variables demográficas, clínicas y analíticas, incluyendo factor de conversión de dosis de TAC, índice de variabilidad intraindividual ajustado a dosis (promedio 6 meses), cociente concentración/dosis ajustado a peso (promedio 6 meses), función renal al año, aparición de anticuerpos donante-específico (DSA) al año, eventos adversos.

Resultados: Se incluyó 25 pacientes (40% varones). Mediana de edad al TR: 12.2 años (1.7-17.95), siendo las anomalías congénitas de la vía urinaria la principal causa de enfermedad renal crónica (40%). 60% recibieron LCP-TAC tras IR-TAC y 40% tras ER-TAC, siendo el cambio tras 1.7 años post-TR de mediana (rango 1-8.42). Los principales motivos fueron: mejor ajuste de TAC (32%), facilitar la pauta inmunosupresora (32%) y elevada variabilidad intraindividual (28%). Factor de conversión utilizado: 0.7 (0.58-0.83), sin objetivar cambios significativos de niveles. Hubo mayor biodisponibilidad con LCP-TAC respecto a otras formulaciones (p0.003) y menor variabilidad intraindividual (p0.007). No se observó diferencias significativas en el filtrado glomerular al año. En el análisis de subpoblaciones, cuando el motivo de cambio fue la variabilidad intraindividual, se observó una reducción significativa de la misma (p<0.001). 1 paciente presentó DSA al año con biopsia normal y 1 discontinuó LCP-TAC por desarrollo de diabetes de novo, sin otras complicaciones remarcables.

Conclusiones: LCP-TAC parece ser una fórmula segura en pediatría y podría aportar un mejor perfil farmacocinético especialmente en niños con elevada variabilidad intraindividual.

705 TRATAMIENTO DE RESCATE CON DARATUMUMAB PARA RECHAZO HUMORAL EN TRASPLANTE RENAL. SERIE DE CASOS

Y. RUIZ DURAN¹, M. MENEGHINI¹, D. KERVELLA¹, I. TORRES RODRIGUEZ², J. ZUÑIGA VERGARA³, C. CARRERA MUÑOZ³, J. SELLARES ROIG⁴, M. PERELLO CARRASCOSA⁵, O. BESTARD MATAMOROS⁶, M. MORESO MATEOS⁷

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos(RMA) es una complicaciones inmunológicas en el trasplante renal(TR), los tratamientos actuales no siempre son eficaces, especialmente para eliminar anticuerpos donante-específicos(ADS).Una de las responsables de la producción de ADS, las células plasmáticas, expresan CD38 en su superficie, por lo que podría tener un papel en el RMA.

Materiales y métodos: Serie de 5 casos de uso del anticuerpo monoclonal anti-CD38 Daratumumab para tratamiento de RMA refractario.

Resultado: Los 5 pacientes eran varones, receptores de un tercer TR. El cPRA medio al TR era 98,4±3 con ADS en 4/5 casos, Crossmatch(citometría)positivo en 3/5. Cuatro pacientes recibieron un TR de donante fallecido y uno de donante vivo.

A 10,8±17meses post-TR, 4 pacientes desarrollaron RMA agudo y 1 RMA crónico activo, con ADS circulantes en 4/5(media 2,6±2,3ADS/paciente, 14 preformados, 4 de novo, 10 clase I, 8 clase II, MFI medio 6483±4642). A 3,6±1,9meses del tratamiento de rescate inicial: IA/PF, inmunoglobulinas, Rituximab(2/5), Eculizumab(3/5), y en ausencia de respuesta clínica/inmunológica, se inició tratamiento con Daratumumab sc 10mg/kg, 8dosis semanales.

Tras el tratamiento, se observó mejoría o estabilización de la función renal en todos los pacientes(ΔeGFR +0.6±9.0ml/min/1.73m2,ΔprotU- 36±41mg/dl al último control a 12,6±41meses).En 2/5pacientes los ADS negativizaron y en los otros hubo reducción significativa de MFI(promedio -4021) a los 11,1±4,9meses.

Cuatro pacientes repitieron biopsia a 8,7±3,6meses con mejoría de los parámetros de actividad de RMA (ag,ptc y C4d) en todos los casos, con persistencia de cg=1 en el caso de RMA crónico. Se observó una infección grave(artritis séptica por bacteriemia), y en 2 casos(anemia y leucopenia). Ningún paciente falleció ni perdió el injerto a 8,1±5,7 meses del inicio del tratamiento.

Conclusiones: Daratumumab puede ser una opción terapéutica para casos de RMA refractarios, son necesarios estudios prospectivos randomizados para demostrar eficacia y potenciales biomarcadores para identificar perfiles de pacientes respondedores a este tratamiento.

[Ver tabla](#)

706 SARCOMA DE KAPOSI TRAS EL TRASPLANTE RENAL: NUESTRA EXPERIENCIA DE 30 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR¹, S. JIMÉNEZ ÁLVARO¹, M. FERREIRA BERMEJO¹, S. ELÍAS TREVIÑO¹, R. MORENO GARCÍA¹, F. CABALLERO CEBRIÁN¹, M. PIRIS GONZÁLEZ², RS. VERASTEGUI ALBITES¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, C. GALEANO ÁLVAREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El sarcoma de Kaposi, relacionado con el VHH8, es uno de los tumores más frecuentes tras el trasplante renal, siendo de aparición temprana (media de 16 meses). Es un tumor con afectación cutánea en forma de nódulos benignos. La forma visceral es invasiva, maligna e infrecuente y raramente remite. Analizamos la evolución de la enfermedad y la función del injerto renal tras el ajuste de inmunosupresión.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre la evolución de los pacientes que desarrollaron sarcoma de Kaposi en una cohorte de 1831 pacientes trasplantados entre el 01/01/1991 y el 31/12/2023 en nuestro centro. Analizamos la mediana de tiempo hasta su aparición, el desarrollo de complicaciones tras el ajuste de medicación inmunosupresora y la evolución del sarcoma, injerto renal y paciente.

Resultados: 10 pacientes desarrollaron sarcoma de Kaposi durante su evolución, con una edad media al diagnóstico de 64,5 (± 7,9 años) frente a los 54,4 (± 11 años) de la cohorte global. La mediana de tiempo hasta su aparición fue de 23 meses (DS ± 14 meses) y la forma de manifestación más frecuente fue la cutánea, con un solo caso de afectación ganglionar y otro ganglionar y visceral. Las modificaciones en la inmunosupresión, la evolución de la función renal y la evolución de los pacientes se muestran en la tabla 1. Sólo uno de los pacientes presentó neumonitis por everolimus con resolución tras conversión a sirolimus.

Conclusiones: A pesar de que el sarcoma de Kaposi se considera uno de los tumores más frecuentes tras el trasplante renal, en nuestra serie alcanza una prevalencia de 0,5%. La estrategia de conversión de TAC a inhibidores de mTOR parece más segura desde el punto de vista de la función del injerto renal, respecto a la disminución de la dosis de CsA, favoreciendo la remisión de la enfermedad.

■ **Tabla 1.** Cambios en la inmunosupresión, evolución de función renal, episodios de rechazo y exitus.

Id del paciente	Inmunosupresión (mTOR)	Otras DSI (mTOR, CsA, ciclosporina, sirolimus, everolimus)	Edad al diagnóstico	Edad al diagnóstico (años)	Evolución función renal (ml/min/1.73m2)	Evolution exitus				
1	CSA + AZA + CS	1750	62	1.4	↔CSA + CS	Remisión parcial	3.9	No	No	No
2	TAC + MMF + CS	0	65	1.1	↔mTOR + CS	Remisión completa	1	No	No	No
3	CSA + MMF + CS	2750*	67	2.1	↔CSA + CS	Progresión	3 (HbD)	SI	No	No
4	TAC + MMF + CS	5250	16	2.4	↔mTOR + CS	Remisión parcial	2	No (graves, mala adherencia)	No	No
5	TAC + MMF + CS	0	62	1.8	↔mTOR + CS	Progresión	1.9	No	No	SI
6	TAC + mTOR + CS	1500	66	1.4	↔mTOR + CS	Remisión parcial	1.5	No	No	No
7	CSA + MMF + CS	0	64	2.2	↔CSA + CS	Remisión parcial	2.5	No	No	No
8	TAC + MMF + CS	1750	83	1.7	↔mTOR + CS	Remisión parcial	2.1	No	No	No
9	TAC + MMF + CS	2000	53	2.1	↔mTOR + CS	Progresión	4	No	SI	No

SI: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; HbD: hemodilución; *Dosis de ciclosporina en mg/dl; CS: ciclosporina; MMF: metotrexato; TAC: tacrolimus; AZA: azatioprina; mTOR: inhibidores de mTOR; DSI: dosis de sirolimus; HbD: hemodilución.

707 TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA: TIMOGLOBULINA VS GRAFALON

C. POLO¹, A. ARREBOLA¹, I. DE LA CUEVA¹, C. CASAS¹, P. RUIZ-ESTEBAN¹, V. LÓPEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, INSTITUTO BIOMÉDICO DE INVESTIGACIÓN DE MÁLAGA (IBIMA) (MÁLAGA)

Introducción: La donación en asistolía controlada (DAC) ha sido crucial para aumentar el número de trasplantes renales (TR). Sabemos que se asocia a mayor riesgo de función retrasada del injerto (FRI). Entre las estrategias para mitigar este riesgo encontramos: la reducción del tiempo de isquemia fría, la preservación con ECMO y el retraso en la introducción de anticalcineurínicos con el uso de agentes antitímocíticos como inducción.

Los fármacos más usados son Timoglobulina® y Grafalon®, ambos globulinas antitímocíticas de ratón, con perfil antigénico y concentración de anticuerpos diferentes. Desconocemos su equivalencia, aunque se postula que Timoglobulina® es tres veces más potente que Grafalon®.

Objetivo: Analizar la evolución posttrasplante de la función del injerto renal, las complicaciones infecciosas graves y la supervivencia del injerto, en relación al tratamiento de inducción recibido en pacientes TR de DAC Maastricht III.

Materia y métodos: Estudio de cohorte, longitudinal, retrospectivo y unicéntrico. El análisis incluye 205 TR de bajo riesgo inmunológico, de DAC Maastricht III realizados en nuestro centro desde enero de 2015 hasta diciembre de 2022. Recibieron inducción con Timoglobulina® y Grafalon® según el protocolo de práctica clínica de nuestro hospital, por riesgo de FRI. Se hizo un análisis comparativo en cuanto a FRI, rechazo agudo (RA), supervivencia, infecciones y toxicidad medular.

Resultados: De los 205 TR, 165 recibieron inducción con Timoglobulina® y 40 Grafalon®. No hubo diferencias significativas en las características del donante y receptor, ni en la FRI, ni en el RA. Hubo mayor tendencia, no significativa, a infección por Citomegalovirus con Timoglobulina®. Se observó de manera significativa mayor linfopenia durante el primer año con Timoglobulina®. (Tabla)

Conclusiones: Estos resultados sugieren que Grafalon® y Timoglobulina® son equiparables en cuanto a eficacia y seguridad, con un perfil hematológico más favorable para Grafalon® en receptores de TR con bajo riesgo inmunológico. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos.

[Ver tabla](#)

