

665 TRATAMIENTO DE LA ANEMIA REFRACTARIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL CON ROXADUSTAT. UN RETO SUPERADO

A. FRANCO¹, P. MAS-SERRANO², I. BELTRAN³, J. POLACHE⁴, E. DE LA CRUZ⁵, N. BUENDIA⁶, F. PE-REZCONTRERAS⁷

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL ALICANTE (ALICANTE), ²FARMACIA. HOSPITAL ALICANTE (ALICANTE), ³FARMA-CIA. HOSPITAL ALICANTE (ALICANTE)

Roxadustat es un inhibidor del factor inducible de la hipoxia y es capaz de estimular la eritropoyesis en situaciones de estado inflamatorio y mala regulación del hierro. Esto lo haría eficaz para el tratamiento de la anemia refractaria en receptores de trasplante renal.

Objetivo principal:

- Evaluar el porcentaje de pacientes con Hemoglobina mayor de 11 gr/dl tras 12 semanas de tratamiento con roxadustat. Objetivos secundarios:
- Evaluar los cambios en las variables bioquímicas del estudio: Hemoglobina, Ferritina, índice saturación de hierro, Filtrado Glomerular y Proteína C reactiva al inicio y a las 12 semanas.
- Evaluar la seguridad de roxadustat mediante el registro de efectos adversos observados.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo (mayo 2024 – marzo 2025) que incluye receptores de trasplante renal con anemia refractaria, definida como Hemoglobina menor a 10 gr/dl, a pesar de recibir dosis máxima de estimuladores de la eritropoyesis durante 12 semanas.

Los parámetros a estudio incluyen Hemoglobina, ferritina, Índice Saturación Hierro, Filtrado Glomerular y Proteína C Reactiva.

Resultados (expresados en mediana y rango intercuartílico):

Se incluyeron 15 receptores, 8 hombres y 7 mujeres con una edad de 67,0 años (61,5 -72,8) y un tiempo post-trasplante de 53,0 meses (18,0-140,5). El Filtrado Glomerular fue 17,0 ml/min (14,5-25,0). Cinco pacientes recibían sirolimus en monoterapia y 10 de ellos en combinación con tacrolimus.

A las 12 semanas todos los receptores (100%) alcanzaron niveles de hemoglobina superior a 11 gr/dl, con un incremento significativo de hemoglobina de 9,3 g/dl (8,7-9,8) a 11,6 g/dl (11,3; 12,2), con un cambio medio de 3,0 g/dl (1,9-3,4) p: 0,001).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los cambios en ferritina (-124 mcg/l), Índice Saturación Hierro (-35%), Proteína C reactiva (-0,45 mg/dl), ni en Filtrado Glomerular (-1,5 mg/min). En la Tabla se muestran las variables estudiadas por paciente basales y a las 12 semanas del estudio, junto al análisis estadístico expresado en mediana y rango intercuartílico.

No se registraron efectos adversos.

Conclusiones: Roxadustat es un tratamiento para la anemia refractaria en receptores de trasplante renal efectivo y seguro.

Ver tabla

666 PREDICCIÓN TEMPRANA DE LA FUNCIÓN RENAL POST-TRASPLANTE MEDIANTE METABOLÓMICA E IDENTIFICACIÓN DE DIANAS TERAPÉUTICAS

I. VIEJO BOYANO¹, M. PERIS FERNÁNDEZ², MI. ROCA MARUGAN³, A. BALAGUER TIMOR³, J. AMEN-GUAL ROIG³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (ESPAÑA), ²UNIDAD ANALÍTICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA LA FE (ESPAÑA), ³BIG DATA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL, BIOESTADÍSTICA Y BIOINFORMÁTICA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA LA FE (ESPAÑA)

Introducción: El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada; sin embargo, predecir los resultados del injerto y optimizar el manejo clínico sigue siendo un desafío. La identificación precoz de biomarcadores mediante análisis metabolómico puede contribuir a mejorar el pronóstico. Este estudio empleó un enfoque metabolómico semidirigido, que combina las ventajas de las estrategias dirigidas y no dirigidas, con el objetivo de identificar biomarcadores en la primera semana tras el TR que pudieran predecir la función renal a los seis meses y explorar posibles dianas terapéuticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y unicéntrico en 50 pacientes adultos que recibieron un TR de donante fallecido. Se recogieron muestras de plasma a la semana del trasplante y se analizaron mediante cromatografía líquida de ultra-alta resolución (UPLC) acoplada a un espectrómetro de masas Q-Exactive Plus. Se analizaron los datos mediante un modelo PLS-DA (Partial Least Squares-Discriminant Analysis), clasificando a los pacientes en dos grupos según creatinina a los seis meses: ≥ 1.5 mg/dL y < 1.5 mg/dL. El rendimiento del modelo se evaluó mediante valores VIP, validación cruzada Leave-One-Out (LOOCV) y prueba de permutación (1000 iteraciones).

Resultados: La cohorte tuvo una edad media de 53.98 años, siendo mayoritariamente varones (70%) y caucásicos (94%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (82%), dislipemia (70%) y obesidad (28%). Un 58% de los donantes procedía de muerte encefálica y un 42% de muerte circulatoria, con una isquemia fría media de 17,3 horas. Se identificaron 226 metabolitos polares en las muestras de plasma. El modelo PLS-DA optimizado (VIP > 1.5) mostró un alto rendimiento (AUC: 0,958; precisión: 87,5%). Doce metabolitos diferenciaron significativamente ambos grupos. Entre los asociados con mejor función renal se encontraron 3-metilindol, guayacol, histidina, ácido 3-indolpropiónico y ácido alfa-lipoico, conocidos por su efecto antioxidante y antiinflamatorio. Metabolitos como homocarnosina, 5-metilcitosina, xantósina, colina, fenilalanina, ácido quinurénico y L-quinurenina se asociaron a peor función renal. Cabe destacar que xantósina, ácido quinurénico, L-quinurenina y colina han sido previamente identificados como marcadores pronósticos de progresión de enfermedad renal crónica, lo que refuerza su relevancia en la disfunción renal posttrasplante. Se identificaron varios metabolitos de la vía del triptófano, subrayando el papel clave de este metabolismo en la función renal posttrasplante y su potencial como diana terapéutica.

Conclusiones: El perfil metabolómico precoz tras el TR permite predecir la función renal futura. Se identificaron metabolitos con posibles efectos protectores y otros con valor pronóstico negativo, destacando la vía del triptófano como área de interés terapéutico.

667 ESTRATEGIAS DE DELISTING PARA MEJORAR EL ACCESO AL TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS

V. LÓPEZ JIMÉNEZ¹, F. VILLANEGO², MJ. TORRES³, C. POLO⁴, I. DE LA CUEVA¹, A. ARREBOLA¹, A. RODRÍGUEZ⁵, A. NIETO⁶, A. MAZUECOS⁷, A. ÁLVAREZ⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, INSTITUTO BIOMÉDICO DE INVESTIGACIÓN DE MÁLAGA (IBIMA)-PLATAFORMA BIONAND, RICORS⁹ (RD21/0005/0012) Y (RD24/0004/0026). (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. H. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ (ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA NIEVES. GRANADA (ESPAÑA), ⁴INMUNOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA (ESPAÑA), ⁵INMUNOLOGÍA. H. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ (ESPAÑA), ⁶INMUNOLOGÍA. COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES DE ANDALUCÍA (ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes altamente sensibilizados representan un desafío significativo en el ámbito del trasplante renal (TR) debido a la limitada disponibilidad de donantes compatibles y el riesgo elevado de rechazo mediado por anticuerpos. En este contexto, el delisting de antígenos HLA prohibidos surge como una estrategia clave para ampliar las posibilidades de trasplante en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico, descriptivo y retrospectivo en pacientes altamente sensibilizados (cPRA \geq 98%) en quienes se implementaron estrategias de delisting previo al TR entre Abril de 2017 a Diciembre del 2024.

El proceso de delisting se llevó a cabo de manera gradual, permitiendo inicialmente el TR en presencia de anticuerpos anti-HLA de baja intensidad (MFI < 4000). En los casos en que el cPRA no disminuía, se adoptaba un enfoque de delisting más agresivo, permitiendo anticuerpos con un MFI de hasta 10.000. No se permitió la presencia de anticuerpos fijadores de complemento en el ensayo C1q ni anticuerpos dirigidos contra antígenos repetidos de trasplantes previos.

Como cohorte de comparación se incluyeron pacientes altamente sensibilizados (cPRA \geq 98%) que se trasplantaron sin anticuerpos donante-específicos (DSA).

Resultados: Se han incluido en el estudio 49 pacientes TR procedentes de 3 hospitales de Andalucía. 20 con DSA preformados tras aplicarse estrategias de Delisting y 29 sin DSA. Todos tenían un cross-match negativo por citotoxicidad dependiente de complemento. En la tabla adjunta se muestran las características de los pacientes de los dos grupos.

La supervivencia del injerto al año y 2 años fue del 83% en el grupo DSA y del 89% en el no DSA (p=0,786). La del paciente del 100% vs 94% (p=0,533).

Conclusión: La implementación de estrategias de delisting permite optimizar las posibilidades de TR en pacientes altamente sensibilizados con anticuerpos donante-específicos preformados. A pesar de la alta incidencia de rechazo agudo e infecciones, la mayoría de los injertos se mantienen funcionantes con una función renal aceptable. Estos resultados destacan la eficacia del delisting para mejorar el acceso al trasplante en esta población tan compleja, aunque requiere un enfoque individualizado y un manejo inmunológico riguroso para optimizar los resultados a largo plazo.

Ver tabla

668 LA RESPUESTA A LOS INMUNOSUPRESORES MEDIDA PRETRASPLANTE CON IMMUNOBIGRAM EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL PREDICE LA INCIDENCIA DE RECHAZO DURANTE EL PRIMER AÑO

MARTA CRESPO¹, FRITZ DIEKMANN², LLUIS GUIRADO³, JUAN CARLOS RUIZ⁴, MARIA AUXILIADORA MAZUECOS⁵, ASUNCIÓN SANCHO⁶, CARLOS JIMÉNEZ⁷, NATALIA POLANCO⁸, ISABEL PORTERO⁹, JULIO PASCUAL⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR (CÁDIZ/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA/ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID/ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL (MADRID/ESPAÑA), ⁹OTROS. BIOHOPE (MADRID/ESPAÑA)

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

en nombre del Biotraim International Study Group

Introducción: La información pretrasplante sobre la respuesta de cada paciente a fármacos inmunosupresores (IMS) con Immunobiogram (IMBG) podría facilitar la personalización de la terapia en pacientes con un trasplante renal (TR).

Material y método: BIOTRAIM es un estudio observacional, multicéntrico y longitudinal en TR para evaluar la asociación de los resultados del IMBG pretrasplante con eventos de rechazo diagnosticado por biopsia (BPAR) durante el primer año posttrasplante. IMBG examina PBMCs estimuladas de cada paciente dispuestas en cultivos 3D y expuestas a gradientes de concentración de IMS individuales en los canales de una placa. La medida de la activación/proliferación de las PBMCs permite determinar la respuesta a micofenolato, tacrolimus, sirolimus, everolimus y corticosteroides. Se obtiene una curva de dosis-respuesta por IMS. Una puntuación negativa en el Z-Score calculado a partir de la curva de cada IMS indica falta de sensibilidad en relación con una población de referencia. La variable Sum_ZS_Neg integra los Z-Scores negativos de los IMS que toma cada paciente a lo largo del año.

Resultados: De 107 pacientes con un IMBG válido pretrasplante, 24 presentaron BPAR (13 ABMR, 3TCMR, 3 Mixto y 5 Borderline). En un modelo de regresión logística múltiple, la Sum_ZS_Neg menos negativa se asocia a un menor riesgo de BPAR en el primer año, OR=0,40, IC95%(0.18- 0.91), p=0,028, ajustada a niveles de riesgo basados en factores pronósticos de rechazo (edad y tipo de donante, edad del receptor, retrasplante, PRA, HLA mismatch, DSA) y una incidencia acumulada de rechazo del 20% (Tabla 1).

Conclusiones: IMBG mide in vitro la respuesta farmacodinámica a inmunosupresores en pacientes con TR. El IMBG pretrasplante aumenta significativamente la capacidad de predecir rechazo en el primer año posttrasplante, además de los factores pronósticos tradicionales.

Tabla 1. Probabilidad de rechazo por nivel de riesgo e IMBG-Suma de puntuaciones Z-Score negativas.

Riesgo inmunológico	IMBG Sum_Z_Score	Probabilidad de Rechazo	Riesgo inmunológico	IMBG Sum_Z_Score	Probabilidad de Rechazo
Bajo	-5	69.6%	Medio	-3	89.3%
Bajo	-4	29.9%	Medio	-4	76.5%
Bajo	-3	12.3%	Medio	-5	36.7%
Bajo	-2	5.2%	Medio	-2	34.6%
Bajo	-1	2.1%	Medio	-1	13.3%
Bajo	0	0.9%	Medio	0	7.7%
			Alto	0	9.6%
			Alto	-1	42.2%
			Alto	-2	64.9%
			Alto	-3	82.8%

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

669 UTILIDAD DEL ALGORITMO REJECTCLASS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LAS BIOPSIAS DE PROTOCOLO DEL TRASPLANTE RENAL

E. PASACHE CHONG¹, C. GARCÍA MAJADO¹, D. SAN SEGUNDO ARRIBAS², JM. GOMEZ ORTEGA³, C. LÓPEZ DEL MORAL⁴, A. GARCÍA SANTIAGO⁵, L. BELMAR VEGA⁶, R. VALERO SAN CECILIO⁷, JC. RUIZ SAN MILLÁN⁸, E. RODRIGO CALABIA⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER - ESPAÑA), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER - ESPAÑA), ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER - ESPAÑA)

Introducción: El rechazo del trasplante renal (TxR) es la causa principal de pérdida del mismo, excluyendo el fallecimiento. Para llevar a cabo una correcta evaluación histopatológica de los TxR se utiliza habitualmente la clasificación internacional de Banff, aunque sus categorías de diagnóstico no son mutuamente excluyentes. Recientemente se ha desarrollado el algoritmo RejectClass como método adicional que permite identificar 6 fenotipos de daño agudo y 4 de daño crónico que se relacionan con la evolución del trasplante, evitando fenotipos ambiguos. Nuestro objetivo fue analizar la distribución de estos fenotipos en las biopsias de protocolo realizadas en nuestro centro, su relación con la evolución del trasplante y sus variables relacionadas.

Materia y método: Análisis retrospectivo de las biopsias de protocolo realizadas al primer año posttrasplante en nuestro centro entre 2014 y 2023. Los valores de cada lesión estratificadas según la clasificación de Banff se introdujeron en la página web <https://rejectclass.pythonanywhere.com/>, en Abril/2025 para identificar los fenotipos de cada biopsia. Se calcularon también los índices de cronicidad (IC) y actividad (IA) según las ecuaciones propuestas en la web. La discordancia de eplets se analizó mediante HLA matcher.

Resultados: Se incluyeron 200 biopsias, identificándose los siguientes fenotipos agudos (1: 65,0%, 2: 16,0%, 3: 11,5%, 4: 3,5%, 5: 2,5%, 6: 1,5%) y crónicos (1: 78,5%, 2: 15,0%, 3: 0,5%, 4: 6,0%). La mediana de IA fue 0,11 (0,05-0,23) y la mediana de IC fue 0,19 (0,11-0,33). Tanto el IA (HR 19,822, 95% IC 1,169-336,188, p = 0,039) como el IC (HR 76,455, 95% IC 3,852-1517,462, p = 0,004) se relacionaron con la supervivencia del trasplante excluyendo fallecimiento. El fenotipo agudo 5 "antibody-mediated rejection like" (HR 18,310, 95% IC 3,482-96,277, p = 0,001) y el fenotipo crónico 2 "IFTA" (HR 3,918, 95% IC 1,107-13,864, p = 0,034) se asociaron a un mayor riesgo de pérdida del injerto comparados con el grupo de menor riesgo e independientemente de la función renal. El IC se correlacionó con la discordancia de eplets en DQ (rho = 0,149, p = 0,035).

Conclusiones: La aplicación del algoritmo RejectClass en las biopsias de seguimiento permitió identificar de forma sencilla fenotipos histológicos agudos y crónicos e índices de actividad y cronicidad que se relacionaron con la evolución del TxR. El algoritmo RejectClass permite una evaluación más cuantitativa de los subtipos y la gravedad del rechazo. Si se validara su utilidad en series más grandes, sería aconsejable utilizarlo de forma conjunta con la clasificación de Banff.

670 UN MODELO DE CUATRO METABOLITOS SUPERA A LOS MODELOS CLÍNICOS EN LA PREDICCIÓN DE RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN EL TRASPLANTE RENAL

E. SOLÀ PORTA¹, P. NEBOT², M. NASEENS³, MJ. PÉREZ SÁEZ⁴, O. POZO⁵, M. CRESPO⁶

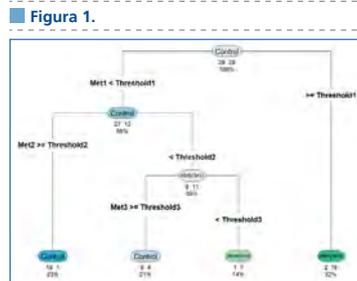
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR RESEARCH INSTITUTE (BARCELONA), ²APPLIED METABOLOMICS RESEARCH GROUP. HOSPITAL DEL MAR RESEARCH INSTITUTE (BARCELONA), ³NEPHROLOGY AND RENAL TRANSPLANTATION. UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN (LEUVEN), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos y la inflamación microvascular (AMR/MVI) contribuyen a la pérdida del injerto renal. Su presentación suele ser subclínica y retrasa el diagnóstico. Identificar tempranamente el riesgo podría mejorar el pronóstico con ajustes en la inmunosupresión.

Métodos: Seleccionamos 57 receptores con biopsia normal, divididos en dos grupos según una segunda biopsia a los dos años: 28 casos con AMR/MVI y 29 controles sin daño. Se analizó suero tomado en la primera biopsia mediante metabolómica dirigida: 124 marcadores metabólicos de rutas clave en inflamación, función renal e inmunología. Tras un método de eliminación recursiva de variables clínicas y metabólicas se identificaron 5 variables tras 100 iteraciones. Se evaluaron mediante un modelo random forest y se usaron para construir un árbol de decisión mediante validación cruzada leave-one-out basada en AUC. Se está realizando una validación externa del modelo.

Resultados: En el grupo AMR/MVI, la primera biopsia fue más frecuente por indicación clínica (37,9% vs. 4,4%) y presentaban un FGe menor (49,5 vs. 60,4ml/min) con creatinina similar (1,59 vs. 1,34mg/dl). La histología era similar, excepto por 5 casos con una glomerulitis=1. Se identificaron 12 metabolitos alterados en el grupo AMR/MVI dos años antes del diagnóstico; 6 mantuvieron significación estadística (p < 0,1) tras la corrección por tasa de descubrimiento falso. Un modelo basado en variables clínicas logró una moderada separación entre grupos (AUC ROC 0,615, IC 95%:0,5948-0,6414). Agregar marcadores metabólicos al modelo mejoró la discriminación (0,819, IC 95%:0,8054-0,8326) con una variable clínica y 4 metabolitos. Un árbol de decisión con 3 metabolitos alcanzó sensibilidad del 0,82 (IC 95%:0,68-0,96) y especificidad del 0,90 (IC 95%:0,79-1,00) [Figura 1].

Conclusiones: Las alteraciones metabólicas pueden complementar las variables clínicas en la identificación temprana del riesgo de AMR/MVI. Si se confirman estos hallazgos, la metabolómica podría convertirse en un biomarcador predictivo potente para AMR/MVI.



671 ESTUDIO DIANA II: ALTA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VPH Y LESIONES DISPLÁSICAS ANALES EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES. UNA LLAMADA A LA ACCIÓN

JJ. JAVIER JUEGA¹, AC. ANGELA CASAS¹, CA. CRISTINA ALBERO², CL. CARLA LECUMBERRI³, AH. AGUEDA HERNANDEZ⁴, MA. MARTA AVILA⁵, AV. ANNA VILA⁶, LG. LURDES GURI⁷, DP. DAVID PARES⁸, GS. GUILLEM SIRERA⁹

¹NEFROLOGÍA. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA), ²CIRUGÍA GENERAL. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA), ³GINECOLOGÍA. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA), ⁴MICROBIOLOGÍA. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA), ⁵ANATOMÍA PATOLÓGICA. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA), ⁶ENFERMEDADES INFECCIOSAS. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA)

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

Estudio DIANA II. HPV Study group.

Introducción: Dada su inmunosupresión (IMS) crónica, los pacientes trasplantados renales (TR) presentan potencialmente mayor riesgo de infección persistente por virus papiloma humano (VPH) y desarrollo de lesiones displásicas. Pese a ello, y a la reciente inclusión de la vacuna del VPH en estos pacientes, no suelen incluirse en programas de cribado sistemático, especialmente en el área anal, incluyendo hombres. El estudio DIANA II evalúa la prevalencia de infección por VPH y lesiones anales y cervicales en pacientes TR.

Métodos: Se incluyeron 81 pacientes (64,2% varones), con una edad media de 59 años. Ninguno con APs de condilomas, no vacunados VPH. 92% sin AP de ETS. 96% heterosexuales, 89% sin sexo anal receptivo. Tiempo medio post TR 7 años, 85% primer TR. Inducción basiliximab 54%, 93% bajo prednisona y FK, 78% MMF, 10% EVR. 19% de rechazo agudo tratado.

Se realizaron citologías anales a todos y cervicales a las 29 mujeres, junto con PCR para VPH en ambas localizaciones. Se clasificaron genotipos de alto/bajo riesgo y se analizaron factores asociados.

Resultados: La prevalencia de infección anal por VPH (PCR positiva) global fue del 19,75% (16/81). 31% en mujeres, 13,5% en hombres. El 81% presentaban una variante VPH de alto riesgo oncogénico. Citología anal anormal en el 56% de VPH+, incluyendo lesión de alto grado HSIL en el 11%. 15 pacientes recibieron anoscopia, siendo anormal en el 13% de ellos y requiriendo biopsia en 1 caso.

En mujeres, la prevalencia de infección cervical por VPH fue del 10,3% (3/29). Todas citologías alteradas de bajo riesgo ASC-US. 10% de las mujeres presentaron VPH+ en cervix y anal, el 20% presencia anal sin presencia cervical.

Los factores asociados con presencia de VPH fueron menor tiempo desde TR: 6(2-11) vs. 8(4-15) años, p<0,028, Sexo anal receptivo (55 vs. 14%, p<0,002), más de 5 parejas sexuales en hombres (83 vs. 15%, p<0,001), así como tendencias significativas en sexo femenino 31% vs. Masculino 13,5% y tratamiento con MMF vs. EVR (22 vs. 12%).

EL tratamiento de inducción, rechazo agudo tratado ó uso de IMS preTR no muestran diferencias en prevalencia VPH.

Conclusiones: A pesar de la baja actividad sexual de riesgo reportada, los pacientes TR presentan una alta prevalencia de infección por VPH y lesiones displásicas anales en ambos sexos, incluyendo lesiones de alto grado (HSIL). Estos hallazgos evidencian la importancia de implantar, además de la vacunación VPH, programas de cribado sistemático (anal y cervical) en ambos sexos entre población TR, incluyendo idealmente estudio en lista de espera, dado su impacto potencial en la prevención del cáncer y mejora de la esperanza y calidad de vida de estos pacientes.

672 INMUNOTERAPIA CELULAR ADOPTIVA PARA EL CONTROL DEL RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS HLA DE CLASE II EN EL TRASPLANTE

C. ARANA¹, I. GILLE², A. GARCÍA-BUSQUETS³, S. BETRIU⁴, R. S. HAGEDOORN⁵, J. ROVIRA⁶, S. HEIDT⁷, M. H. M. HEEMSKERK⁸, E. PALOU⁹, F. DIEKMANN¹⁰

¹DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANTATION. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA, SPAIN), ²DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. EIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER (LEIDEN, THE NETHERLANDS), ³LABORATORI EXPERIMENTAL DE NEFROLOGIA I TRASPLANTAMENT (LENIT). INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS) (BARCELONA, SPAIN), ⁴DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA, SPAIN), ⁵DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER (LEIDEN, THE NETHERLANDS), ⁶DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE. ERASMUS MEDICAL CENTER (ROTTERDAM, THE NETHERLANDS), ⁷DEPARTMENT OF HEMATOLOGY. LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER (LEIDEN, THE NETHERLANDS)

Resumen: El rechazo mediado por anticuerpos (ABMR) es una complicación importante del trasplante que se asocia a un mal pronóstico del injerto. La presencia de anticuerpos anti-HLA donante-específico (DSA) de clase I y II, especialmente los de clase II, incrementa el riesgo de desarrollar ABMR. Las terapias actuales están orientadas para controlar la respuesta inmune, pero no se cuenta con una terapia específica para reducir la generación de DSA de manera selectiva.

Objetivo: Establecer una nueva herramienta terapéutica para eliminar específicamente células B productoras de anticuerpos anti HLA-DQ, mediante la generación de linfocitos citotóxicos transducidos con receptores quiméricos de anticuerpo HLA-DQ.

Métodos: Se trata de un ensayo preclínico con células humanas, concretamente linfocitos T citotóxicos obtenidos de voluntarios sanos. Se llevó a cabo el diseño, generación y producción de DQ-CHAR, seguido de la evaluación de su actividad citotóxica y producción de citoquinas mediante un modelo in vitro.

Resultados: Se diseñaron vectores lentivirales que codifican HLA-DQ CHARs compuestos por HLA-DQA y HLA-DQB, junto con un péptido, combinados con dominios intracelulares coestimuladores y de señalización. Se transdujeron linfocitos T CD8+ y su expresión fue analizada por citometría de flujo. Además, se generaron líneas celulares B que expresan receptores recombinantes humanos específicos para HLA-DQ. En experimentos de citotoxicidad, se observó una eliminación específica de células B dirigidas contra HLA-DQ, sin afectar a otras células B productoras de anticuerpos.

Conclusiones: Se generaron con éxito células modificadas que expresan la molécula DQ-CHAR. Estas células fueron capaces de eliminar de forma específica las células diana. Las posibles aplicaciones de esta terapia incluyen la desensibilización de pacientes sensibilizados en lista de espera para trasplante renal y el tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos (ABMR) en trasplantes de órganos sólidos.

673 NUEVOS ANTIADIABÉTICOS EN EL TRASPLANTE RENAL: LOS iSGLT2 REDUCEN LA PENDIENTE DE FILTRADO GLOMERULAR INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DIABÉTICO, MIENTRAS QUE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 REDUCEN LA PROTEINURIA EN RECEPTORES DIABÉTICOS

D. RODRIGUEZ-ESPINOSA¹, J. GARCÍA¹, E. HERMIUDA¹, M. MONCADA¹, A. BARONET¹, I. REVUELTA¹, A. GONZÁLEZ¹, E. MONTAGUD-MARRAHÍ¹, N. ESFORZADO¹, F. DIEKMANN¹

¹SERVEI DE NEFROLOGIA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA (BARCELONA)

Antecedentes: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor GLP-1 tienen efectos nefroprotectores en enfermedad renal crónica, pero su uso en receptores de trasplante renal (RTR) aún se encuentra poco estudiado, especialmente en pacientes no diabéticos.

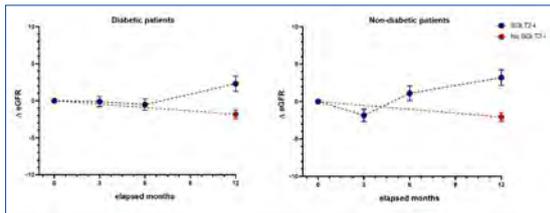
Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó 450 pacientes. 207 RTR tratados con iSGLT2 entre 2021–2023 comparados con un grupo control histórico de 243 RTR sin exposición a iSGLT2. Se analizaron: pendiente anual de eGFR, cociente proteína creatinina (CPC), pérdida del injerto, eventos cardiovasculares y mortalidad. Se realizó un análisis de subgrupos para evaluar el efecto de agonistas GLP-1 en RTR diabéticos. Se aplicaron ajustes con ponderación por puntuación de propensión inversa (IPV).

Resultados: El uso de iSGLT2 se asoció con una menor tasa de descenso del FG (diferencia media: 2,81 mL/min/1,73 m²/año; $p < 0,001$), independientemente del estado diabético. En el análisis univariante se encontraron diferencias entre la supervivencia del injerto y el CPC a favor de los usuarios de iSGLT2, sin embargo éstas perdieron significancia tras el ajuste con IPV. En análisis del subgrupo pacientes diabéticos tratados con agonistas GLP-1 se encontró una reducción significativa de 41 mg/g en CPC ($p = 0,014$). La pérdida del injerto fue menor entre usuarios de iSGLT2, particularmente en diabéticos, aunque sin significación estadística en el análisis de supervivencia. No hubo diferencias en eventos cardiovasculares ni mortalidad.

Conclusión: Los iSGLT2 ralentizan el deterioro del filtrado glomerular en RTR, independientemente de la presencia de diabetes. En pacientes diabéticos, los agonistas GLP-1 reducen significativamente la proteinuria. Estos resultados respaldan el uso potencial de nuevos antiadiabéticos en el mane-

jo postrasplante más allá del control glucémico.

Figura 1.



674 CAMBIOS MITOCONDRIALES INDUCIDOS POR iSGLT2 EN LINFOCITOS DE RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL DIABÉTICOS

I. PÉREZ FLORES¹, AR. LÓPEZ PASTOR², A. GÓMEZ INFANTES², I. GÓMEZ DELGADO², N. CALVO ROMERO¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, L. ESPINO PAISAN², B. RODRÍGUEZ CUBILLO¹, AI. SÁNCHEZ FRUCTUOSO¹, E. URCELAY²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. IDISSC (MADRID). ²GRUPO DE GENÉTICA Y BASES MOLECULARES DE ENFERMEDADES COMPLEJAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS IDISSC (MADRID)

Objetivos: Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2) preservan la función renal y cardíaca mediante mecanismos que no están completamente dilucidados. Entre otras cosas, los iSGLT2 promueven la señalización de la privación de nutrientes, lo que podría afectar la función inmunitaria. Dado que el destino de las células inmunitarias está controlado por su metabolismo, nos propusimos estudiar la integridad mitocondrial de los linfocitos aislados de receptores de trasplante renal (RTR) con diabetes tipo 2 (DM2) durante 6 meses tras la instauración de la terapia con iSGLT2.

Métodos: Estudio piloto de 14 RTR con DM2 tratados con iSGLT2 a los que se monitorizó la respiración mitocondrial de células mononucleares aisladas de sangre periférica en un analizador de flujo extracelular Seahorse XFp y las células se fotografiaron con un microscopio confocal. La masa mitocondrial, el potencial de membrana y el contenido de radicales superóxido (ROS) de las subpoblaciones linfocitarias se midieron mediante citometría de flujo (sondas MitoTrackerTM Green, TMRM y MitoSOXTM Red). Aprovechando las condiciones in vivo de las células inmunitarias, evaluamos los perfiles metabólicos asociados a la activación inmunitaria.

Resultados: Las características demográficas de la población estudiada se recogen en tabla 1. Identificamos cambios en la homeostasis redox, con polarización sostenida de la membrana y un aumento de la biogénesis mitocondrial tras la estimulación de PHA, que se correlacionó significativamente con cambios en el peso corporal y los niveles de colesterol LDL, y una función mitocondrial compensatoria de los linfocitos (tablas 2 y 3).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los iSGLT2 a través de novedosos mecanismos son capaces de modular las células inmunitarias, mediante la modificación de su masa mitocondrial y su contenido de ROS en RTR con DM2. No obstante, se requieren más estudios mecanísticos para ampliar estos hallazgos exploratorios y fomentar el uso de esta estrategia terapéutica.

[Ver tablas](#)

675 IMPACTO DE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO

RODRIGUEZ GONZALO¹, E. MONTAGUD MARRAHÍ², J. VIDIELLA MARTÍN³, B. MARTIN ALVAREZ⁴, I. RAMÍREZ⁵, MJ. RAMÍREZ BAJO⁶, J. FERRER⁷, F. DIEKMANN⁸, P. VENTURA AGUIAR⁹

¹LABORATORIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE. FCRB-IDIBAPS (BARCELONA). ²NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA (BARCELONA). ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CONSORCI CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULLÍ (SABADELL). ⁴SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTGA (VALLADOLID). ⁵SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CENTRO MÉDICO NACIONAL ²⁰ DE NOVIEMBRE (CIUDAD DE MÉXICO). ⁶CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA. HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: En la última década la timoglobulina se ha consolidado como la terapia de inducción preferencial en el trasplante renopancreático. La evidencia referente a los beneficios clínicos cuando comparado con basiliximab es escasa.

Objetivos: Analizar de forma comparativa el impacto de la terapia de inducción con basiliximab o timoglobulina en la supervivencia del paciente y de los injertos renal y pancreático.

Materiales y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo unicéntrico en el que se han incluido receptores de un primer SPK realizados entre los años 2000 y 2016. La utilización de basiliximab (año 2004-2011) o timoglobulina (año 2000-2004 y 2011-2016) ha sido de acuerdo con el protocolo de servicio.

Resultados: De 235 receptores, 107 (46%) recibieron timoglobulina y 128 (54%) basiliximab. No hubo diferencias significativas en las características demográficas o inmunológicas del receptor o del donante entre ambos grupos. La supervivencia del paciente a 5 y 10 años fue similar en ambos grupos (96 vs 93% y 94 vs 92%, timoglobulina y basiliximab, respectivamente, Log-Rank 0.52). El análisis multivariable no evidenció diferencias entre ambos (1.42[0.48-4.18], $p=0.5$). La supervivencia del injerto pancreático fue superior en el grupo con basiliximab, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (84 vs 89%, 77 vs 87% a 5 y 10 años para timoglobulina y basiliximab, respectivamente, Log-Rank $P < 0.05$). No hubo diferencias en la incidencia de rechazo pancreático (OR 1.2 [0.61-2.39], $p=0.6$). En un análisis multivariable, el uso de basiliximab no se asoció a un mayor riesgo de pérdida del injerto pancreático (HR 0.55[0.19-1.60], $p=0.28$). Se observó un mayor riesgo de rechazo del injerto renal en el grupo de basiliximab (OR 11.9 [1.5 - 93], $p = 0.04$), aunque sin impacto en la supervivencia del injerto (HR 0.95 [0.19-4.86], $p=0.96$).

Conclusiones: En pacientes seleccionados el basiliximab se puede considerar como terapia de inducción en el SPK con resultados de rechazo y supervivencia similares a la timoglobulina.

676 ¿ESTÁ EL CLORO SÉRICO RELACIONADO A INFLAMACIÓN MICROVASCULAR EN EL RECHAZO DEL INJERTO RENAL MEDIADO POR ANTICUERPOS? ESTUDIO PILOTO EXPLORATORIO

F. VALGA¹, T. MONZÓN¹, AY. SANCHEZ-SANTANA¹, M. VALCARCEL-HERRERA¹, R. GALLEGOSAMPER¹, P. PÉREZ-BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRIN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

Introducción: El cloro sérico es un marcador pronóstico emergente en enfermedades cardiovasculares, incluyendo la enfermedad renal crónica. Se postula su relación con la inflamación. El rechazo mediado por anticuerpos (RMA) es la causa más importante de fracaso del injerto a largo plazo y, dentro de su fisiopatología, la inflamación microvascular ejerce un papel destacado.

Por ello, nuestro objetivo fue determinar si existe relación entre los niveles de cloro sérico (Cl⁻) y el grado de inflamación microvascular.

Materiales y métodos: Estudio de tipo de cohortes-retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 20 pacientes diagnosticados de RMA por biopsia renal.

Se determinaron valores séricos de creatinina y cloro, así como parámetros inflamatorios (índices neutrófilo-linfocito y plaquetas-linfocito) previos a la realización de la biopsia renal.

Como parámetro subrogado de inflamación microvascular se utilizó la suma de la puntuación en los apartados de glomerulitis (g) y capilaritis peritubular (ptc) en la biopsia renal (según la clasificación de Banff).

Resultados: La edad media fue de 55 años. El 25% fueron mujeres. La mediana de la suma de la puntuación g + ptc fue de 2 puntos. Se agruparon a los pacientes en función de la mediana de este parámetro (g+ptc ≤ 2 , considerado como pacientes con menor inflamación microvascular y g+ptc > 2 , con mayor inflamación microvascular) (Tabla 1).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de Cl⁻ en los dos grupos (menor cloro sérico en el grupo con mayor inflamación microvascular). Esta tendencia se confirmó con una correlación estadísticamente significativa entre Cl⁻ y la puntuación g+ptc (rho-de Spearman = 0,604; $p=0,005$) (Figura 1).

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con RMA, unos menores niveles de cloro sérico estuvieron asociados a una mayor inflamación microvascular, en términos de puntuación de glomerulitis + capilaritis peritubular.

[Ver tabla y figura](#)

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

677 VALOR PRONÓSTICO A 2 AÑOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN EL TRASPLANTE RENAL

PL. MARTÍN-MORENO¹, R. ECHEVERRÍA-CHASCO², JM. MORA-GUTIÉRREZ³, D. CANO⁴, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ⁵, M. FERNÁNDEZ-SEARA⁶

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA) (PAMPLONA, ESPAÑA); ²RADIOLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA) (PAMPLONA, ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA); ⁴RICORS2040 (KIDNEY DISEASE) (PAMPLONA, ESPAÑA); ⁵RADIOLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA (IDISNA); ⁶PAMPLONA, ESPAÑA

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento renal sustitutivo que ofrece mejor supervivencia. Por este motivo, es importante disponer de marcadores clínicos o de imagen que ayuden a predecir su evolución y establecer medidas que puedan mejorar la supervivencia.

La Resonancia Magnética multiparamétrica (RMmp) se postula como potencial herramienta predictiva por proporcionar parámetros cuantitativos (de perfusión y microestructura) y segura, por no precisar la administración de contraste exógeno.

Objetivo: estudiar la capacidad predictiva de los parámetros que aporta la RMmp sobre la función renal a 2 años en una población de pacientes trasplantados renales.

Material y métodos: Se incluyeron 32 pacientes trasplantados renales a los que se realizó una RMmp en la primera semana postrasplante, a los 3 meses y al año, incluyendo secuencias de perfusión, difusión y mapeado de T1.

Se valoró la capacidad predictiva de los diferentes parámetros de la RMmp y de un modelo predictivo multivariante sobre el filtrado glomerular estimado (FGe) a los 2 años del trasplante.

Resultados: El parámetro flujo sanguíneo renal (RBF por sus siglas en inglés), que mide la perfusión cortical, fue el que mostró mejor capacidad predictiva del FGe a 2 años con un área bajo la curva (AUC) de 83,3% en la primera RMmp y de 87,7% en la tercera. El modelo multivariante, que incluyó RBF y el coeficiente de difusión ADC y T1, mejoró ligeramente la capacidad predictiva del RBF con AUC del 86,4% en la primera RMmp y de 88,6% en la tercera.

Conclusiones: La medición de perfusión cortical renal realizada con la RMmp podría ser un marcador predictivo del FGe a 2 años postrasplante. El modelo multivariante mejoró ligeramente el valor predictivo de RBF.

Estos resultados sugieren que la realización de RMmp podría tener un papel relevante en el seguimiento de los pacientes trasplantados renales.

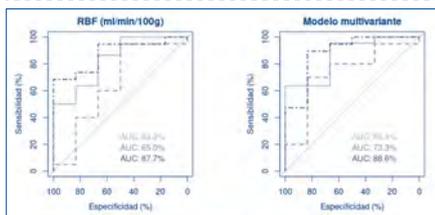


Figura 1. Capacidad predictiva de la función renal a 2 años, del RBF y del modelo multivariante de las tres RMmp realizadas durante el estudio (en gris claro continuo: RMmp en la primera semana, en gris claro discontinuo: RMmp a los 3 meses, en gris oscuro discontinuo: RMmp al año).

678 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR CON ENFOQUE INTEGRAL EN PACIENTES RENALES CON NECESIDADES COMPLEJAS (SEGUIMIENTO A 12 MESES)

BR. BEATRIZ RODRIGUEZ¹, MA. MARIA ANGELES MORENO DE LA HIGUERA¹, J. JAVIER MATEO FLORES², P. PAULA GUTIÉRREZ SANJUAN³, R. ROCÍO FERNÁNDEZ DÍAZ⁴, G. GEMMA HERNÁNDEZ NUÑEZ⁵, M. MIGUEL ARCHANCO OLCESE⁶, R. RAQUEL LOSADA CARRO⁷, NC. NATIVIDAD CALVO⁸, AS. ANA ISABEL SANCHEZ FRUCTUOSO⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ²CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ³PSICOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ⁴NEFROLOGÍA (ENFERMERÍA). HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ⁵NUTRICIÓN. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ⁶REHABILITACIÓN. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ⁷TRABAJO SOCIAL. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: Los pacientes con trasplante renal pueden plantear necesidades complejas, con intensa sintomatología, deterioro funcional y elevado riesgo social que con frecuencia no se aborda de manera integral. La implementación de un equipo multidisciplinar en los servicios de Nefrología podría mejorar la calidad de vida de esta población.

Objetivo: Determinar el efecto de la implementación de un equipo multidisciplinar en un servicio de nefrología (Trasplante Renal) sobre la calidad de vida, sintomatología, estado emocional, funcionalidad, nutrición, espiritualidad y riesgo social de pacientes trasplantados renales con necesidades complejas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo que incluyó los pacientes seleccionados según criterios NECPAL. El seguimiento (marzo 2024– abril 2025) incluyó evaluaciones en seis momentos (basal; 1, 3, 6, 9 y 12 meses) mediante escalas validadas: ESAS, SF-12, DME, GES, Barthel, CFS, MUST, Gijón y Charlson. Se analizó el cambio pareado con el test de Wilcoxon. El equipo multidisciplinar está formado por especialistas en Nefrología, Cuidados Paliativos, Psicología, Psiquiatría Enfermería, Nutrición, Rehabilitación y Trabajo social.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes, con una mediana de seguimiento de 189 días (RIQ114-258). A los 6 meses hubo mejoría significativa en dolor (ESAS: 6,4→3,5), tristeza (5,8→3,9), insomnio, ansiedad y malestar general (p<0,05). El estado de ánimo (DME: 5,3→3,7), el sentido de vida (GES) y la percepción de vinculación mejoraron también (p<0,05). La calidad de vida (SF-12) aumentó en sus componentes físico y emocional (p<0,05), y el riesgo social (Gijón) disminuyó de forma significativa. La funcionalidad (Barthel) y la fragilidad (CFS) se mantuvieron estables, sin cambios en la comorbilidad (Charlson).

Conclusiones: El enfoque asistencial integral y multidisciplinar en los servicios de Nefrología puede ser factible y eficaz, promoviendo mejoras significativas en los ámbitos clínico, psicosocial y de calidad de vida en pacientes con trasplante renal y necesidades complejas.

Ver tabla y figuras

679 IMPACTO DEL TÍTULO DE ISOHEMAGLUTININAS EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO ABO INCOMPATIBLE

MA. LINAREZ BREA¹, C. BURBALLA TARREGA¹, E. SOLA PORTA², B. CHAMOUN HUAQON³, A. BU-XEDA I PORRAS⁴, A. GONZÁLEZ GARCÍA⁵, MD. REDONDO PACHÓN⁶, MJ. PÉREZ SÁEZ⁷, M. CRESPO BARRIO⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ²NEFROLOGÍA. CONSORCIO SANITARIO ALTO PENEDÉS-GARRAF (BARCELONA)

Introducción: El trasplante renal de donante vivo ABO-incompatible (ABOi-TRDV) se realiza gracias a la implementación de estrategias de desensibilización que permiten alcanzar títulos de hemaglutininas (HA) $\leq 1:8$. A pesar de la seguridad y eficacia de los protocolos de desensibilización persisten interrogantes sobre el impacto a largo plazo de los títulos de HA en la función renal del injerto. El objetivo fue analizar los resultados del ABOi-TRDV considerando los títulos de HA iniciales, post-desensibilización y postrasplante.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la función renal (FR) de receptores de ABOi-TRDV entre junio de 2014 y diciembre de 2024. La FR se evaluó a los 7 días, 3, 6, 12, 24 y 36 meses postrasplante según los títulos máximos iniciales de HA IgG (svs.>64), post-desensibilización (svs.>8) y el rebote postrasplante (<svs.>16). La desensibilización incluyó rituximab y aféresis (recambios plasmáticos, inmunoadsorción específica o ambas). Evaluamos la tasa de infecciones, de rechazo y la supervivencia del injerto.

Resultados: Se analizaron 32 receptores de ABOi-TRDV (28 hombres) de 57.8±13.4 años y seguimiento medio de 36 meses [14.8-56.3]. 75% de los receptores eran del grupo sanguíneo O; el 68.8% de los donantes eran A. 65% presentaban títulos iniciales HA IgG ≥ 64 (1:64- 1:256). Del total de receptores, el 31.2% presentaron un rebote IgG ≥ 16 . No encontramos asociación entre los títulos de HA en los diferentes puntos evaluados y la tasa de rechazo (15.6%) o las infecciones postrasplante (citomegalovirus 18.7%; virus BK 15.6%). Tampoco diferencias en la supervivencia del injerto muerte-censurada durante el seguimiento. Los pacientes con HA IgG >64 presentaron peor filtrado glomerular 1 (45.6±10.1vs.59.4±19.8;p=0.03) y 3 años postrasplante (44.2±12.8vs.61.5±20.8;p=0.05). Sin presentar títulos más altos de HA, la tasa de rechazo fue mayor en los receptores del grupo A (A: 75%vs. B:33.3% vs. C:4.3%).

Conclusiones: Los títulos iniciales HA IgG, post-desensibilización y el rebote post-ABOi-TRDV no impactan en la supervivencia del injerto ni en la tasa de rechazo o infecciones postrasplante. Valores iniciales de HA IgG ≥ 64 asocian peor FR uno y tres años postrasplante.

680 EFECTO DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1 (AGLP-1) EN LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

R. MORENO GARCÍA¹, B. SÁNCHEZ ALAMO¹, M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR², S. JIMÉNEZ ÁLVARO³, V. BURGUERA VIONI⁴, SN. ELÍAS TRIVIÑO⁵, MC. GALEANO ÁLVAREZ⁶, M. FERREIRA BERMEJO⁷, M. FERNÁNDEZ LUCAS⁸

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

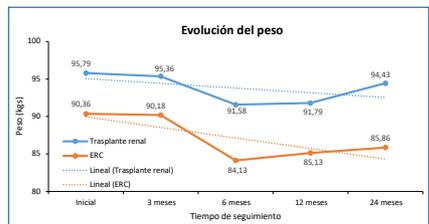
Introducción: Los aGLP-1 han demostrado beneficios en control glucémico, pérdida de peso y protección renal en pacientes con DM 2. No obstante, existe escasa evidencia sobre su uso en pacientes con trasplante renal. El objetivo del estudio fue comparar eficacia y seguridad de su uso en trasplantados renales frente a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) no trasplantados.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Incluidos todos los trasplantados renales de nuestro centro bajo tratamiento con aGLP-1. Se compararon con una cohorte de pacientes con ERC no trasplantados también tratados con aGLP-1. Se evaluaron cambios en peso, IMC, HbA1c, filtrado glomerular, proteinuria, así como los efectos adversos.

Resultados: Se analizaron 104 pacientes, 64,42% varones, con una edad media de 63,18±11,32 años. Entre el grupo de trasplantados renales (n=52) y el de no trasplantados (n=52) no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la función renal, de forma basal, ni durante el seguimiento. Tampoco en niveles de colesterol total, LDL ni triglicéridos. Respecto a la proteinuria, no hubo diferencias a nivel basal; a los 6 meses hubo un menor porcentaje de pacientes con proteinuria superior a 1g en trasplantados renales (26,92% vs 13,46%; p=0,009). En ambos grupos hubo mejor control metabólico con reducción de la HbA1c de 1% (RIC: 0,4-2,1) frente a 0,52 (RIC: 0,10-1,20), p=0,07. No existieron diferencias respecto al peso basal, pero a partir del sexto mes y durante el seguimiento sí hubo diferencias significativas con menor peso medio en el grupo con ERC frente a los trasplantados renales. Globalmente se redujo significativamente el peso hasta un 6,07% en los no trasplantados y hasta un 5,47% en trasplantados renales. También se redujo significativamente el IMC en ambos grupos; de 34,05±4,14 a 28,23±10,93 kg/m² en trasplantados renales, respecto de 33,29±4 a 26,31±11,92 kg/m² en no trasplantados. Los efectos adversos fueron leves y similares entre grupos predominando síntomas gastrointestinales.

Conclusión: El tratamiento con aGLP-1 resultó eficaz y seguro, con una pérdida de peso significativa en ambos grupos, más pronunciada en pacientes con ERC no trasplantados. Estos hallazgos respaldan su uso como opción terapéutica en pacientes trasplantados renales con DM 2.

Figura 1.



681 IMPACTO DE LOS DSA ANTI-DP PREFORMADOS EN LA EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE RENALB. SERRANO¹, M. ALONSO¹, F. VILLANEGO¹, LA. VIGARA¹, JM. AMARO¹, A. SINGH¹, M. ARNAIZ¹, A. NIETO¹, T. ÁLVAREZ¹, A. MAZUECOS¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ); ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: Los anticuerpos anti-HLA-DP han sido tradicionalmente considerados de menor relevancia inmunológica en el trasplante renal (TR). Si bien los anticuerpos donante-específicos (DSA) anti-DP de novo se han asociado con mayor riesgo de rechazo, la implicación clínica de los DSA anti-DP preformados no está claramente definida.

Materiales y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes TR con DSA anti-DP preTR en nuestro centro desde noviembre- 2019 a febrero-2025. Dos controles por cada caso, los más próximos por fecha de TR, características de donante y receptor y PRA: uno con anti-DP no DSA y otro con DSA no-DP (delisting). En todos los pacientes los anticuerpos eran preformados. Para el delisting se consideraron 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 y aquellos de la pareja/TR previo contra los que el receptor presentaba anticuerpos con MFI x3 del mayor antígeno propio del mismo locus. Se excluyeron pacientes en los que se desconoce el tipaje DPA del donante. Recogimos variables demográficas y de evolución post-TR y comparamos los tres grupos.

Resultados: Un paciente con anticuerpos anti-DP fue excluido del estudio por desconocer el tipaje DP del donante. Se incluyeron 24 pacientes: 8 TR con DSA anti-DP, 8 TR con anti-DP no DSA y 8 TR con DSA no-DP, con PRA de 98.5, 96 y 99% respectivamente (p=0.161). El 66.7% fueron mujeres con mediana de edad 57 años. No hubo diferencias entre los grupos en las características demográficas de donante y receptor. La mediana de seguimiento pos-TR fue de 984 días.

Durante el primer año de seguimiento la función renal y la proteinuria fueron similares entre los 3 grupos. La tasa de rechazo humoral en los DSA anti-DP fue similar a los DSA no-DP (37.5%) y superior a los anti-DP no DSA (12.5%), aunque sin diferencia estadística. Ningún paciente desarrolló DSA post-TR. Hubo 3 pérdidas de injerto de causa inmunológica: 2 en el grupo de DSA no-DP y 1 en el grupo anti-DP no DSA. Se documentaron dos éxitos en el grupo de DSA anti-DP por causa infecciosa y ninguno en los controles.

Conclusiones: Los pacientes con DSA anti-DP preformados presentaron una incidencia de rechazo similar a aquellos con DSA no anti-DP. Estos hallazgos sugieren que los DSA anti-DP no deben considerarse inmunológicamente menos relevantes que otros DSA en el contexto del TR.

682 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DEL COMPLEMENTO EN EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO DE GRUPO SANGUINIO INCOMPATIBLEM. BLASCO¹, J. MARTÍNEZ², A. MANONELLES³, D. RODRÍGUEZ⁴, E. GUILLÉN¹, JM. CRUZADO², I. REVUELTA¹, F. DIEKMANN¹, M. PALOMO², M. DIAZ-RICART²¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA / ESPAÑA); ²LABORATORIO DE HEMOSTASIA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA / ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL BELLVITGE (BARCELONA / ESPAÑA); ⁴LABORATORIO HEMOSTASIA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA / ESPAÑA)

Introducción: El trasplante renal de donante vivo con incompatibilidad de grupo sanguíneo (ABO-iLKT) puede permitir aumentar hasta un 10-30% el número de donantes vivos, aunque existe un alto riesgo de rechazo debido a la presencia de anticuerpos anti-grupo sanguíneo (isoaglutininas) y a una elevada tasa de infecciones.

Objetivos: Estudiar la posible implicación de la fase terminal del sistema del complemento como elemento implicado en los mecanismos de acomodación en el ABO-iLKT.

Métodos: Se analizó el depósito de complejo de ataque de membrana o C5b9 en cultivos de células endoteliales de pacientes con ABO-iLKT (n=18), clasificados según los niveles de isoaglutininas. Se recogieron muestras de plasma en el momento previo al trasplante (T1), tras 48 horas (T2) y a la semana (T3). Además, la condición T2 se incubó in vitro con eculizumab o defibrotide. El porcentaje de área con depósito de C5b-9 se expresó como un incremento relativo respecto a T1 de cada grupo de pacientes.

Resultados: El grupo con niveles intermedios de isoaglutininas (n=5) mostró un ligero incremento del depósito de C5b9 en T2 (incremento relativo: 1.3), que se redujo significativamente en presencia de eculizumab y defibrotide (0.48 y 0.46, p<0.05, respectivamente); además de mostrar un aumento significativo del depósito de C5b-9 en T3 (incremento relativo de 1.99, p<0.05). El grupo con niveles bajos de isoaglutininas (n=7) presentó la misma cinética, pero con un menor depósito de C5b9: en T2 (incremento relativo: 1.27); en T2 en presencia de eculizumab y defibrotide (0.86 y 0.61, p< 0.05, respectivamente); así como significativo en T3 (incremento relativo: 2.05, p<0.05). Los pacientes con títulos elevados de isoaglutininas (n=6) recibieron eculizumab como parte de la práctica clínica habitual, mostrando un menor depósito de C5b9 tanto en T2 como en T3 (incremento relativo: 1.42 y 1.27 respectivamente).

Conclusiones: El incremento del depósito de C5b9 en pacientes ABO-iLKT con niveles intermedios de isoaglutininas indica una sobreactivación del complemento terminal. En pacientes con título elevado de isoaglutininas previamente tratados con eculizumab y en el grupo con título bajos, dicho depósito fue mucho menor. Fármacos como eculizumab y defibrotide podrían convertirse en dianas terapéuticas ante la sospecha de disfunción del injerto en el contexto del ABO-iLKT.

Financiación: P122/00240 (Instituto de Salud Carlos III, cofinanciado por la Unión Europea).

 Ver figuras**683 TIMOGLOBULINA O GRAFALON EN LA INDUCCIÓN DEL TRASPLANTE RENAL DE ALTO RIESGO INMUNOLÓGICO, ¿REALMENTE HAY DIFERENCIAS?**A. CIFUENTES TALAVERA¹, JE. RUIZ-CABELLO SUBIELA¹, NI. POLANCO FERNÁNDEZ¹, E. GONZÁLEZ MONTE¹, AM. HERNÁNDEZ VICENTE¹, S. GARCÍA JIMÉNEZ¹, E. MANCIBO¹, H. TRUJILLO CUELLAR¹, A. ANDRÉS BELMONTE¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID/ESPAÑA); ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Las inmunoglobulinas antitimocíticas(ATG) tienen importancia en la inducción del trasplante renal(TR). Entre ellas, Timoglobulina y Grafalon, comparten un mecanismo de acción similar, aunque su mecanismo linfo-depletor difiere discretamente, pudiendo esto influir en su potencia inmunosupresora.

Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de rechazo en pacientes con alto riesgo inmunológico portadores de un TR, en función del tipo de ATG. Como objetivos secundarios planteamos: supervivencia del injerto, aparición de anticuerpos donante-específico(DSA) de novo(DSAdn), evolución de la función renal y potenciales efectos adversos.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes de alto riesgo inmunológico (DSA preformados(DSAp) o ABO incompatibles (ABOi)), receptores de TR entre 2015-2024. Se compararon los resultados en función del tipo de ATG. Se recogieron datos basales y durante un seguimiento de 5 años.

Resultados: De 81 pacientes, 58(71,6%) recibieron Timoglobulina y 23(28,4%) Grafalon. La mediana de seguimiento fue de 2 años. Del total, 64(79%) presentaban DSAp(30.8% frente a HLA-clase II), 15(18,5%) eran ABOi y 2(2.5%) eran ABOi y presentaban DSAp. Las características basales se muestran en la Tabla 1.

Durante el seguimiento, 17 pacientes(21%) presentaron un episodio de rechazo: 10 rechazo activo mediado por anticuerpos (AMR), 3 rechazo agudo mediado por células-T (TCMR), 3 rechazos mixtos, y un caso de AMR crónico-activo. No se observaron diferencias entre tratados con Timoglobulina(58.8%) o Grafalon(41.2%), p=0.2, ni en la aparición de DSAdn(p=0.9). La supervivencia del injerto fue del 98.3%, similar en ambos grupos, aunque la función renal fue mayor en el grupo tratado con Timoglobulina desde el segundo año post-trasplante (Tabla 1). Se registraron 6 fallecimientos, con injerto funcionante.

Conclusiones: Ambas ATG parecen ser equivalentes en términos de rechazo agudo y aparición de DSAdn en pacientes de alto riesgo inmunológico. Se sugiere una posible mejor función renal a largo plazo en pacientes tratados con Timoglobulina. Se necesitan estudios prospectivos para confirmar estos datos.

 Ver tabla**684 DIABETES POSTRASPLANTE Y PRETRASPLANTE EN RECEPTORES RENALES: IMPACTO CLÍNICO DE LA EDAD Y EL ESQUEMA INMUNOSUPRESOR**B. MARTÍN ÁLVAREZ¹, A. PÉREZ¹, M. MONCADA¹, A. BARONET¹, A. GONZÁLEZ ROJAS¹, M. IRAOLA¹, A. HERNÁNDEZ¹, M. LOPEZ PONT¹, F. DIEKMANN¹, D. RODRÍGUEZ- ESPINOSA¹¹SERVEI DE NEFROLOGIA I TRASPLANTAMENT RENAL. HOSPITAL CLÍNICO BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: La diabetes mellitus posttrasplante (DMPT) es una complicación frecuente tras el trasplante renal, con implicaciones en la supervivencia del paciente y del injerto. El perfil del receptor renal se ha ampliado, incluyendo más pacientes añosos y con sobrepeso. Este estudio revisa los factores de riesgo para desarrollar DMPT, así como el impacto clínico y evolución de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) pretrasplante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los receptores de trasplante renal aislado entre 2022 y 2024. Se excluyeron trasplantes dobles y pacientes sin seguimiento. Se registraron datos demográficos, el filtrado glomerular estimado (FGe) a los 6 y 12 meses, mortalidad, IMC y esquema inmunosupresor.

Resultados: Se incluyeron 541 receptores, de los cuales 85 tenían DM2 pretrasplante y 52 desarrollaron DMPT. Un total de 174 pacientes tenía >65 años al trasplante. La edad >65 se asoció con mayor riesgo de DMPT (17,8% vs. 7,9%; OR: 2,5; p=0,001). El uso de imTOR también se asoció a mayor riesgo de DMPT en este grupo (28,6% vs. 13,6%; OR: 2,5; p=0,02). No se halló asociación significativa entre IMC y DMPT.

Los pacientes con DM2 pretrasplante presentaron mayor mortalidad (15,6% vs. 4,2%; OR: 3,8; p=0,001) y menor FGe a 6 meses (32,9 vs. 39,1 ml/min/1,73m²; p=0,026). Sin embargo, en este grupo, el uso de imTOR se asoció con menor mortalidad (3,2% vs. 20,4%; p=0,029).

Además, al analizar solo los pacientes diabéticos con imTOR, la diferencia en función renal perdió significancia estadística.

La diabetes del donante (10 casos) no se asoció con mayor pérdida del injerto o peor función renal.

Conclusiones: La edad avanzada y el uso de imTOR se asociaron con mayor riesgo de DMPT. En pacientes con diabetes pretrasplante, se observó mayor mortalidad y peor función renal, aunque el uso de imTOR en este grupo se vinculó con menor mortalidad, lo que podría sugerir un posible efecto protector no descrito previamente.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

685 INDUCCIÓN CON TIMOGLOBULINA O BASILIXIMAB VERSUS NO INDUCCIÓN EN TRASPLANTE RENAL DE BAJO RIESGO INMUNOLÓGICO

A. TORRALBA DUQUE¹, CF. NOVILLO SARMIENTO², IM. BURGOS BORRERO³, MM. HUELVA LÓPEZ⁴, L. PAREJA REYES⁵, A. RODRIGUEZ BENOT¹, ML. AGÜERA MORALES¹

¹UCG NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA, ESPAÑA)

Introducción: En el trasplante renal de pacientes con bajo riesgo inmunológico la inducción se emplea para reducir las tasas de rechazo agudo y/o minimizar la exposición a inhibidores de la calcineurina. Sin embargo, la inducción se asocia a incremento del riesgo de complicaciones infecciosas. Por este motivo, su uso sistemático en este grupo de pacientes es controvertido.

Objetivo: Comparar la supervivencia libre de rechazo y la aparición de complicaciones infecciosas entre receptores de injerto renal no inducidos e inducidos con basiliximab o timoglobulina. Métodos: Identificamos 174 pacientes trasplantados renales o páncreas-riñón sin anticuerpos antiHLA pretrasplante. Se comparó la supervivencia libre de rechazo a los 6 meses posttrasplante entre pacientes inducidos y no inducidos, así como la incidencia de hospitalización por infección, la replicación significativa o enfermedad por citomegalovirus (CMV), la viremia (≥ 10 millones de copias) y viremia BK (≥ 10 mil copias) a los 6 y 12 meses posttrasplante, así como la función del injerto renal.

Resultados: El 43.1% de los pacientes no recibieron inducción, 23.6% recibieron basiliximab y 33.3%, timoglobulina. Los pacientes inducidos con timoglobulina tuvieron una incidencia de rechazo menor en los primeros 6 meses posttrasplante respecto a los pacientes no inducidos (30.7% vs. 15.5%, p=0.043), diferencia que no se observó entre los pacientes inducidos con basiliximab y los no inducidos (30.7% vs. 29.3%, p=0.88).

Tras ajustar por el tipo de donante, la ausencia de inducción se asoció a mayor riesgo de rechazo a los 6 meses posttrasplante (p=0.023, HR 0.35, IC95%[0.14-0.87]). La inducción con timoglobulina redujo un 76% el riesgo de rechazo respecto a la no inducción (p=0.030, HR 0.25, IC95%[0.08-0.87]), mientras que la inducción con basiliximab no mostró un efecto protector (p=0.310). Sin embargo, no se observaron diferencias en la función renal a los 6 (creatinina 1.48mg/dl, RI[1.3-1.9] vs. 1.52mg/dl, RI[1.1-1.89], p=0.079) ni 12 meses posttrasplante (creatinina 1.5mg/dl, RI[1.3-1.85] vs. 1.5mg/dl, RI[1.1-1.8], p= 0.325) entre pacientes inducidos y no inducidos, respectivamente.

La inducción con timoglobulina no se asoció a mayor incidencia de hospitalización por infección ni replicación de CMV o BK en comparación con los no inducidos. La hospitalización por infección fue mayor entre pacientes inducidos con timoglobulina respecto a los inducidos con basiliximab a los 6 (25.9% vs. 12.2%, p=0.095) y 12 meses (34.5% vs. 22%, p=0.177) posttrasplante, aunque no se alcanzó significación estadística.

Conclusiones: La timoglobulina redujo significativamente el riesgo de rechazo en pacientes de bajo riesgo inmunológico, sin aumentar las complicaciones infecciosas precoces. Basiliximab no redujo el riesgo de rechazo, pero podría reducir la hospitalización por infección. No hubo diferencias en la función del injerto entre pacientes inducidos y no inducidos.

686 INFECCIÓN POR WEST NILE VIRUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS

A. TEMPRADO COLLADO¹, PG. DONOSO NARANJO¹, A. SUÁREZ BENJUMEA¹, M. SUÑER POBLET¹, FM. GONZÁLEZ RONCERO¹, G. BERNAL BLANCO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: El West Nile Virus (WNV) es uno de los arbovirus más extendidos a nivel mundial, siendo transmitido a través de mosquitos. Desde el pasado año, por problemas en la prevención de plagas, se ha convertido en un importante problema de salud pública especialmente en Andalucía occidental. En pacientes inmunocompetentes, la infección suele cursar de forma asintomática o como un síndrome febril autolimitado, sin embargo en inmunodeprimidos hay mayor riesgo de afectación neuroinvasiva grave y complicaciones severas a largo plazo.

Material y métodos: Evaluamos todos los pacientes trasplantados renales de nuestra área que desarrollaron infección por WNV, desde que tenemos registro de esta. Diseñamos un estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos. Recopilamos las características basales, la inmunosupresión, las manifestaciones y el tratamiento recibido, así como la evolución de la función renal y del paciente.

Resultados: Recogimos 3 pacientes (2 varones, 1 mujer) con una mediana de edad de 65a. 2 pacientes recibieron inducción con timoglobulina. Todos presentaron enfermedad neuroinvasiva (2 con expresión de meningoencefalitis y 1 con parálisis flácida). El diagnóstico se confirmó en todos ellos con serología positiva en sangre (2 además tuvieron serología positiva en líquido cefalorraquídeo y normalidad en pruebas de imagen). En todos se redujo la inmunosupresión y en 1 paciente se administró corticoides a dosis altas e inmunoglobulinas intravenosas como parte del tratamiento. Con respecto a la evolución, dos pacientes presentaron buena evolución clínica y renal, sin embargo, el tercero presentó afectación neurológica grave y múltiples complicaciones que derivaron en su fallecimiento.

Discusión y conclusiones: Nuestra experiencia, siendo limitada ya que hasta hace un año era una patología que no existía en nuestra área poblacional, pretende describir la evolución de la infección por WNV en trasplante renal. Es importante una alta sospecha clínica para el diagnóstico. El tratamiento es de soporte, pues no existen antivirales específicos y consiste en la reducción de la inmunosupresión, pudiendo utilizar inmunoglobulinas con un beneficio limitado (como en otras infecciones víricas). Aunque existe poca información en esta población, se han descrito complicaciones neurológicas a largo plazo. Debido al aumento de casos, principalmente durante la época estival, en nuestra zona debemos estar alerta y actuar precozmente para evitar complicaciones muy graves en nuestros pacientes.

Tabla 1. Características de los pacientes, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución clínica.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Demográfico	38 años, 65 años	Varón, 55 años	Varón, 23 años
Factores de riesgo	HTA, DM, patología CV	Patología CV	HTA
Tipos	TR donante cadáver	TR donante cadáver	TR donante vivo
donante, año, riesgo, inmunológico	dic/2018, Alto riesgo, inmunológico	dic/2018, Alto riesgo, inmunológico	ene/2024, Riesgo intermedio, Basiliximab
Diagnóstico clínico	Meningoencefalitis hemorrágica, disorientación, disnea y febrícula	Parálisis flácida	Parálisis flácida
Tratamiento IS durante el curso	Basiliximab y Tac. Suspensión temporal de AMP	Basiliximab y suspensión a sirolimus (suspensión Tac con FASE)	Monoterapia IDXM 4mg. A los 72h inicio de Tac 100-400mg/Rgl/45 días
Afectación renal	FRA KDIGO I reversible	No alteración	FRA KDIGO I reversible
Evolución clínica	Buena evolución	Buena evolución	Mala evolución, gran afectación neurológica
Evolución renal	Buena evolución	Buena evolución	Buena evolución
Tratamiento	Soporte	Soporte	Soporte
Resultados	Recuperación	Recuperación	Fallecimiento

687 UNA CAUSA DE ANEMIZACIÓN EN TRASPLANTADO RENAL: PARVOVIRUS B19

A. TEMPRADO COLLADO¹, N. SANTOS COLLADO², B. VILLACORTA LINAZA³, B. GASCÓ MARTOS⁴, C. GONZÁLEZ CORVILLO⁵, M. SUÑER POBLET¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: La anemia es una complicación habitual en trasplante renal por múltiples causas (función renal, ferropenia, inmunosupresión e inflamación). El virus parvovirus B19 (PVB19) causa una anemia grave y refractaria, expresada con reticulocitopenia por la destrucción de las células progenitoras eritroides. La clínica en inmunodeprimidos es atípica con fiebre, pancitopenia, afectación orgánica y disfunción del injerto, pero sin rash o afectación articular. La transmisión es a través de gotas respiratorias y del donante.

Material y métodos: Revisamos los casos de aplasia pura de células rojas asociada a la infección por PVB19 en pacientes trasplantados renales de nuestro centro. Estudio descriptivo y retrospectivo de casos en un hospital terciario durante un año (1/03/2024-1/03/2025), recogiendo datos demográficos, presentación clínica, inmunosupresión, diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes (75% mujeres, 50 años mediana de edad). El 100% recibían triple terapia inmunosupresora, el 75% habían recibido inducción y el 50% inmunosupresión adicional. En el 75% la infección no fue precoz. Todos los pacientes mostraron serología IgM positiva y recibieron inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) a 400 mg/kg/día durante 5 días con reducción del tratamiento inmunosupresor, obteniendo buena respuesta. No se observaron complicaciones graves ni disfunción del injerto. Una paciente presentó recurrencia de la infección. (Tabla 1)

Discusión: La infección por PVB19 es una causa conocida pero inusual de anemia en trasplantados renales. Para el diagnóstico la serología puede ser insuficiente por la ausencia o retraso de formación de anticuerpos siendo más útil el empleo de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). Las guías de la American Society of Transplantation recomiendan el uso de IGIV (400 mg/kg/día durante 5 días) si infección sintomática y la aplicación de precauciones estándar y aislamiento por gotas como medidas para prevenir la transmisión. Realizar diagnóstico diferencial con esta entidad ante anemia refractaria al tratamiento con factores y eritropoyetina y descartado la mielotoxicidad del tratamiento inmunosupresor.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Pacientes	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad	78	53	60	66
Sexo	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer
Año de trasplante	Marzo de 2019	Julio de 2024	Marzo de 2008	Abril de 2013
Tipos de trasplante	TR TR. AJE	DAC	TRV	TRV
Admisión de inmunodeprimidos	AMM tratado en TR previo	No	Unidad de su hospital de alto grado tratado	No
Inducción	Timoglobulina	No	Basiliximab	Basiliximab
Inicio de infección tras el trasplante	3 años posttrasplante	1 mes posttrasplante	18 años posttrasplante	2 años posttrasplante
Tratamiento	Preval + Tac + AMM	Preval + Tac + AMM	Preval + Tac + mTOR	Preval + Tac + AMM
Diagnóstico PVB19	IgM positivo IgG negativo	IgM positivo IgG negativo	IgM positivo	IgM positivo IgG negativo PCR positiva
Anemia	Hb 4,3 g/dl	Hb 7,4 g/dl	Hb 6,8 g/dl	Hb 5,9 g/dl
Hematocrito	10% (2,6%)	19% (2,6%)	10% (3,0%)	10% (2,6%)
Reticulocitos	Reticulocitos 6.900	Reticulocitos 6.600	Reticulocitos 20.700	Reticulocitos 3.800
Ferritina	Ferritina 1170,8 ng/ml	Ferritina 2223,4 ng/ml	Ferritina 642 ng/ml	Ferritina 385,6 ng/ml
BT	BT 146,7%	BT 20,3%	BT 13%	BT 13%
Hemograma				
Leucocitos	No	No	No	No
Trastornos	No	No	No	No
Pruebas de sangre periférica	Macroeritrocytosis plasmocítica, macrocitariamente	Macroeritrocytosis plasmocítica, macrocitariamente	Macroeritrocytosis plasmocítica, macrocitariamente	Macroeritrocytosis plasmocítica, macrocitariamente
Diagnóstico	Fibrilado	Fibrilado	No	Fibrilado, Coeficiente
Trasfusiones	IGIV 400 mg/kg 5 días			
Tratamiento	Suspensión temporal de AMM			
Reposición	No	No	No	No
Disfunción del injerto	No	No	No	No
Recurrencia de la infección	No	No	No	Si

688 SEMAGLUTIDA EN ERC ESTADIO 5: PUENTE HACIA EL TRASPLANTE RENAL

KM. PEREZ DEL VALLE¹, LY. GIL GIRALDO², T. DE CASTRO DE LA CRUZ³, N. BEGOÑA BOLDOBA⁴, P. RODRIGUEZ DOYAGÜEZ⁵, C. COTON BARRÉS⁶, EM. BOSCH FERNANDEZ⁷, A. BENITO SALMERON⁸, JR. RODRIGUEZ PALOMARES⁹, G. DE ARRIBA DE LA FUENTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA)

Introducción: La obesidad es una de las principales barreras para la inclusión en la lista de espera de trasplante renal al aumentar el riesgo quirúrgico y provocar deterioro de función renal del injerto. Las estrategias convencionales de pérdida de peso incluyen modificaciones en el estilo de vida, cirugía bariátrica o intervenciones farmacológicas. Los análogos del receptor GLP-1, como semaglutida, han demostrado eficacia en la reducción de peso y control glucémico, pero su uso en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y en diálisis ha sido limitado.

Material y método: Se incluyeron siete pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y ERC estadio 5 con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 kg/m². Dos estaban en hemodiálisis, uno en diálisis peritoneal y cuatro en consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Se administró semaglutida con un esquema de escalado de dosis, alcanzando 1 mg semanal. Se realizó un seguimiento de 12 meses con evaluación de parámetros clínicos, control glucémico y composición corporal mediante bioimpedancia espectroscópica a los 6 y 12 meses.

Resultados: Se observó una reducción del índice de masa corporal del 9,8% y una mejora del control glucémico con disminución de hemoglobina glucosilada (HbA1C) y reducción de necesidad de insulina. Cuatro pacientes fueron incluidos en lista de espera. El análisis de bioimpedancia mostró una reducción promedio del 9,9% de la masa grasa. Sin embargo, también se observó un descenso del 2,5% de la masa libre de grasa y de la masa muscular del 10,8%. Los efectos secundarios fueron leves y relacionados con síntomas digestivos.

Conclusiones: Semaglutida en pacientes con diabetes tipo 2, ERC avanzada y obesidad es eficaz para la reducción de peso y mejora del control glucémico, facilitando la inclusión en la lista de espera de trasplante renal. No obstante, se observó una reducción importante de la masa muscular que podría tener consecuencias sobre el estado funcional de los pacientes.

Palabras clave: Obesidad, diálisis, semaglutida, trasplante renal

689 INMUNOTERAPIA EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON CÁNCER: LA ÚLTIMA OPORTUNIDADN. SERRA CABAÑAS¹, C. CÓRDOBA HERRERA¹, M. PÉREZ MIR¹, L. FAYOS DE ARIZÓN¹, X. BARROS FREIRIA¹, K. PASACHE¹, F. ALGABA¹, L. GUIRADO PERICH¹, C. FACUNDO MOLAS¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Las neoplasias son una de las principales causas de morbi-mortalidad de los pacientes trasplantados renales (TR). El uso de inhibidores de Checkpoint (ICPI) en estos pacientes es controvertido, debido a la ausencia de evidencia en cuanto a eficacia y seguridad. No obstante, recientes estudios muestran que con un adecuado manejo y un seguimiento multidisciplinar, podría ser factible su uso. El objetivo de nuestro estudio es analizar nuestra experiencia y resultados de la utilización de los ICPIs en TR.

Material y métodos: Estudio prospectivo unicéntrico en el que se incluyen TR con cáncer que han recibido tratamiento con ICPIs. Antes de empezar el tratamiento, se suspende el micofenolato mofetilo, se reducen los niveles de tacrolimus (con dosis 4-6 ng/ml) y se mantiene prednisona 5mg/día. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, así como las complicaciones.

Resultados: Se han incluido 6 pacientes, 66% hombres, edad media 63 +/- 7 años. Tipo de cáncer: 16% cutáneo, 50% colon, 34% pulmón. Todos los pacientes estaban en estadio oncológico avanzado y no habían respondido a otros tratamientos. Mediana de creatinina al inicio del tratamiento: 125 umol/L. Mediana de niveles basales de tacrolimus: 7.5 ng/ml. ICPIs utilizados: 84% Pembrolizumab y 16% Atezolizumab. Mediana de seguimiento: 9 meses. Ningún episodio de rechazo agudo y ningún paciente desarrolló DSAs. 33% presentaron nefritis túbulo-intersticial aguda que fue tratada satisfactoriamente con dosis elevadas de corticoides. Mediana de niveles de tacrolimus durante el tratamiento: 5.2 ng/ml. Mediana de creatinina (1m, 3m, 6m post-tratamiento): 138 umol/L, 130 umol/L y 146umol/L. Un paciente requirió inicio de diálisis a los 6 meses. En ningún paciente se evidenció incremento de proteinuria. 85% presentaron buena respuesta oncológica. Mortalidad: 0%.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que los ICPIs pueden ser tratamientos adecuados para TR con cáncer, con aceptables complicaciones a nivel del injerto renal y con buenos resultados oncológicos. Son necesarios más estudios para confirmar estos resultados y optimizar el manejo de la inmunosupresión en este contexto.

690 PAPEL DE LOS iSGLT2 EN TRASPLANTADOS RENALES NO DIABÉTICOSM. LÓPEZ CANO¹, A. LIZARAZO SUAREZ¹, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, C. RODRIGUEZ TUDERO¹, LA. CORREA MARCANO¹, S. SÁNCHEZ MONTERO¹, G. TABERNERO¹, NL. SAMPEDRO¹, KA. PINOARGO-TE¹, P. FRAILE GÓMEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA (ESPAÑA))

Introducción: Los iSGLT2 surgieron como fármacos glucosúricos para el tratamiento de la diabetes mellitus(DM). Posteriormente, demostraron reducir el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca, la morbimortalidad cardiovascular además de entretener la progresión de la enfermedad renal crónica(ERC). Su papel en la población con trasplante renal(TR) ha sido poco estudiado, ya que a pesar de ser pacientes con ERC, se excluyeron de todos los estudios. El objetivo de este trabajo es evaluar la seguridad y beneficios de los iSGLT2 en TR no diabéticos.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio observacional retrospectivo, que incluyó 28 receptores de TR sin DM que iniciaron tratamiento con iSGLT2 entre 2020 y 2023. Se analizaron las características basales, motivo de inicio de iSGLT2, evolución de la función renal(Cr, filtrado glomerular (FG)(CKD- EPI), albuminuria/Cru, proteinuria/Cru), iones, metabolismo lipídico, HbA1c, niveles de inmunosupresores, aparición de ADS, y complicaciones tras inicio de iSGLT2 al primer, 6º y 12º mes. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas/relativas. Las variables paramétricas como media±desviación estándar, las no paramétricas como mediana±rango intercuartílico. Según el análisis se utilizó la prueba de Wilcoxon, t de Student, test de Friedman, ANOVA, corrección de Bonferroni o de Greenhouse-Geisser. Se consideró significación estadística si p<0,05.

Resultados: La edad media fue 57±13,03años. El 89,3% fueron varones y el 10,7% mujeres. Se prescribió dapagliflozina en 89,3% y empagliflozina 10,7%. La indicación de iSGLT2 fue proteinuria no nefrótica (71,4%), nefrótica(14,3%), entretener la ERC(10,7%) y mejorar parámetros metabólicos(3,6%). El FG medio fue 43,96±3,44 ml/min EIMC(27,55vs.26,2 kg/m²) y el colesterol (150,75vs.131,10 mg/dl) disminuyeron significativamente a los 12 meses. La albuminuria/Cru y proteinuria/Cru disminuyeron significativamente(p< 0,005). El FG mostró una mejoría progresiva a partir del sexto mes, tras una caída inicial. La diarrea fue el evento adverso más frecuente (26,3%), mientras que las infecciones urinarias sólo aparecieron en el 7,7%. No se registraron eventos adversos graves. Dos pacientes fallecieron, tres fueron ingresados y dos sufrieron rechazo del injerto; todos ellos por causas ajenas al tratamiento con iSGLT2. No hubo modificación en los niveles de tacrolimus, ni aparición de ADS.

Conclusiones:

- En nuestro caso, constatamos disminución del IMC, y del colesterol con el consiguiente beneficio cardiovascular y eventos adversos leves como diarrea o infección urinaria.
- No hubo modificación en los niveles de inmunosupresión lo que hace de los iSGLT2 una opción atractiva en TR.
- En nuestra experiencia, los iSGLT2, muestran beneficios renales, en pacientes TR sin DM o DM post-trasplante reduciendo la proteinuria, albuminuria y manteniendo un FG estable, lo cual valida su utilidad en este contexto clínico.
- Son precisos más estudios con tiempo de seguimiento más prolongado con mayor n para corroborar nuestros resultados.

691 TRASTORNO PROLIFERATIVO POSTRASPLANTE (PTLD) EN SANGRE OCULTA DE HECES, IMPORTANCIA DEL SCREENING DE NEOPLASIAS EN PACIENTE TRASPLANTADOS RENALESM. PANADERO MOYA¹, MI. POVEDA GARCÍA¹, CM. MIRANDA AGUILERA¹, MP. FLORES PALOMA¹, FJ. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)

Introducción: Los receptores de trasplante renal tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de desarrollar una neoplasia que la población general, siendo esta una de las principales causas de morbi-mortalidad. El trastorno proliferativo posttrasplante (PTLD) es la neoplasia maligna más común que complica el trasplante de órganos sólidos.

Los programas de detección precoz en receptores de trasplante se extrapolan en gran medida de programas de screening de población general no siendo la epidemiología superponible. Por ello, deberíamos dar más relevancia a pruebas como la sangre oculta en heces en pacientes con mayor riesgo de neoplasias.

En esta comunicación exponemos una serie de tres casos que reflejan la importancia de la vigilancia activa oncológica en el seguimiento de estos pacientes.

Serie de casos, resultados: Se trata de tres pacientes trasplantados renales de más de 10 años de evolución diagnosticados de un linfoma de células B con afectación colónica inicial.

En los tres casos, la sospecha inicial que motivó el estudio fue la presencia de sangre oculta en heces positiva en repetidas ocasiones durante sus revisiones en consulta. Dos de ellos diagnosticados tras la obtención de muestra en endoscopia digestiva baja solicitada por Nefrología, y una tercera diagnosticada tras una perforación intestinal a la espera de realización de colonoscopia. El paciente con mayor seguimiento es el varón, diagnosticado en 2022 en el vigésimo tercer año de trasplante. Presentó un linfoma de células grandes difuso con afectación inicial a nivel colónico, afectación supra e infradiaphragmática e infiltración medular. Se modificó la inmunosupresor del trasplante renal a biterapia (prednisona y Tacrolimus) y recibió quimioterapia siguiendo el esquema R-CNOP con remisión completa. Actualmente, persiste en remisión completa, completó seis ciclos de Rituximab de mantenimiento y continúa con biterapia.

La siguiente paciente se diagnosticó de un linfoma del manto estadio IV con infiltración medular en el vigésimo sexto año del trasplante. Se modificó la inmunosupresión sustituyendo el micofenolato por sirolimus e inició tratamiento quimioterápico similar. La paciente falleció a los dos meses del inicio de la quimioterapia por una complicación infecciosa.

Y la última paciente está pendiente de completar estudio de extensión e inicio de tratamiento.

Conclusión: El cáncer sigue siendo una causa importante de morbi-mortalidad en los receptores de trasplantes renales, para lo cual seguimos programas de detección comparables a la población general. A la espera de una opción, el seguimiento estrecho y la perseverancia del nefrólogo siguen siendo las principales herramientas diagnósticas de estos pacientes.

692 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA EMBOLIZACIÓN DE RIÑONES PROPIOS POLIQUÍSTICOS DESPUÉS DEL TRASPLANTE RENAL: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO UNICÉNTRICOA. FERRI CORTÉS¹, I. VIEJO BOYANO¹, GA. JIMENEZ¹, M. GAVILÁ CHORNET¹, A. VENTURA GALIANO¹, P. GONZÁLEZ-CALERO BORRÁS¹, J. ESPÍ REIG¹, M. RAMOS CEBRIÁ¹, L. BENEYTO CASTELLÓ¹, E. GARRIGÓS ALMERICH¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (VALENCIA)

Introducción: La embolización de riñones poliquisticos es una técnica segura y eficaz que puede ayudar a aumentar las posibilidades de trasplante en los pacientes candidatos con problemas de espacio. Sin embargo, esta intervención también puede ser beneficiosa en pacientes ya trasplantados que presentan molestias abdominales u otros síntomas derivados del crecimiento de los quistes renales. El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de esta técnica en pacientes portadores de un injerto renal.

Material y método: Se realizó un análisis retrospectivo y unicéntrico, incluyendo pacientes intervenidos entre enero de 2018 y febrero de 2025. Los criterios de inclusión fueron: poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD), trasplante renal funcionante, síntomas atribuibles al crecimiento o excesivo tamaño de riñones nativos y evaluación urológica preintervención y mediante tomografía computarizada (TC).

La embolización fue realizada por radiólogos intervencionistas utilizando cianoacrilato (Glubran® 2) o poliácilato (Amber), solos o combinados con microcoils. Se realizó un seguimiento clínico y radiológico a los 6 meses posteriores.

Se analizaron variables basales (edad, sexo, IMC, tiempo post-trasplante, función renal y hemoglobina basales). La seguridad se evaluó según la aparición de complicaciones (hemorragia, síndrome postembolización, dolor residual), aumento de creatinina, necesidad de transfusiones y tiempo de hospitalización. La eficacia se midió según la mejoría de síntomas a los 6 meses, reducción del volumen renal por TC a los 6 meses y necesidad de nefrectomía posterior.

Resultados: Edad (años) 55 (RI 7,5); Sexo (pacientes femeninas) 6 (66,7 %); Índice de masa corporal (kg/m²) 25,1 (DE 4,1); Diabetes mellitus (%) 1 (11,1 %); Hipertensión arterial (%) 8 (88,9 %); Enfermedad cardiovascular (pacientes) 1 (11,1 %); Tiempo desde el trasplante (meses) 40 (RI 85); Complicaciones (pacientes); Hemorragia 0 (0%); Síndrome post-embolización 1 (11,1 %); Dolor residual 0 (0%); Necesidad de transfusión (pacientes) 0 (0%); Diferencia entre la creatinina plasmática pre embolización y post embolización (mg/dL) 0,15 (± DE 0,13); Tiempo de hospitalización (días) 4 (RI 4); Mejoría de síntomas (pacientes) 8 (88,9 %); Necesidad de nefrectomía posterior (pacientes) 0 (0 %).

Conclusiones: Según los resultados observados en nuestra serie, la embolización de riñones propios poliquisticos en pacientes trasplantados renales parece ser una opción segura y eficaz para el manejo de síntomas funcionales asociados al crecimiento de los quistes renales.

Se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento más prolongado para confirmar estos hallazgos y evaluar las variables estudiadas a largo plazo.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

693 MANEJO INDIVIDUALIZADO DEL DOLOR EN TRASPLANTADOS RENALES: SEGURIDAD Y EFICACIA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR

BR. BEATRIZ RODRIGUEZ¹, MA. MARIA ANGELES MORENO DE LA HIGUERA¹, J. JAVIER MATEO FLORES², P. PAULA GUTIÉRREZ SANJUAN³, D. DIANA GIMENO⁴, D. DANIEL PARRA CORRAL⁵, M. MIGUEL ARCHANCO OLCESSE⁶, A. ARIANNE AIFFIL⁷, IP. ISABEL PEREZ FLORES⁸, AS. ANA ISABEL SANCHEZ FRUCTUOSO⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ³PSICOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ⁴PSIQUIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ⁵NEFROLOGÍA ENFERMERÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ⁶REHABILITACIÓN. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Antecedentes: El dolor crónico en los pacientes trasplantados renales (TR) constituye un reto clínico frecuente, que asocia otra sintomatología y comorbilidad compleja. Las restricciones en el uso de analgésicos de 2^o y 3^{er} escalón, por interacción y toxicidad en esta población, enfatizan la necesidad de un modelo terapéutico individualizado y supervisado.

Objetivo: Determinar la eficacia analgésica y perfil de seguridad de un protocolo escalonado de fármacos en una consulta multidisciplinaria (MD) en pacientes trasplantados renales con sintomatología compleja.

Métodos: Estudio prospectivo (marzo/24-abril/25) de TR incluidos en la consulta MD con puntuación ESAS >3. Se aplicó un protocolo de titulación de fentanilo transdérmico, pregabalina, CBD al 10 % y antidepressivos ISRS. En casos de insomnio se utilizaron inductores (zolpidem o benzodiazepinas). Se midió ESAS, número de consultas hasta dosis estables, efectos adversos y duración del tratamiento. Las evaluaciones se llevaron a cabo a los meses 1, 3 y 6; las diferencias se analizaron con test de Wilcoxon pareado.

Resultados: Se incluyeron 40 de 65 pacientes (edad media 52 ± 13 años; 60 % varones), la mediana de seguimiento fue 189 días (RIQ 114–258). Al mes 3, la mediana de ESAS global cayó de 7 (RIQ 6–9) a 3 (RIQ 1–5) (p<0,001). Fentanilo (32,5 %) redujo ESAS de 7 a 3 (p<0,01) y pregabalina (35 %) de 7 a 3,5 (p<0,01). ISRS (45 %) y CBD (7,5 %) mejoraron ansiedad e insomnio. Zolpidem y benzodiazepinas se administró al 57,5 %, escalando dosis según tolerancia, sin retiradas por efecto adverso. La mediana de consultas hasta dosis estables fue 5 (RIQ 4–7). El 20 % presentó efectos adversos leves (somnolencia, estreñimiento), resueltos con ajuste; 23 % se pudo retirar definitivamente. No se notificaron síndromes de abstinencia clínicamente relevantes. No se objetivaron interacciones en los niveles de ciclosporina, tacrolimus ni imtor. La duración media del tratamiento osciló entre 120 y 240 días.

Conclusiones: Un protocolo escalonado de analgesia en RTR, implementado en una consulta MD, puede ser factible y eficaz, ya que permite reducir significativamente la intensidad del dolor y otra sintomatología, sin comprometer la seguridad farmacológica.

 Ver tabla y figura

694 EXPERIENCIA CON MARIBAVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN REFRACTARIA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL TRASPLANTE RENAL

E. PASACHE CHONG¹, C. LÓPEZ DEL MORAL¹, C. GARCÍA MAJADO¹, M. MARTÍNEZ BELOTTO¹, MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, L. GARCÍA GARCÍA¹, PA. NOVA MONTOYA¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, E. RODRIGO CALABIA¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹

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

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) es común tras el trasplante renal y la profilaxis antiviral es fundamental para prevenirla. Maribavir es un fármaco oral con una potente actividad selectiva contra el CMV, que protege contra las cepas de CMV resistentes a fármacos tradicionales de primera línea, y está indicado la infección y/o enfermedad por CMV refractaria.

Material y método: Estudio descriptivo observacional en el que se incluyeron todos los receptores de trasplante renal con infección CMV refractaria al tratamiento con Valganciclovir y tratados posteriormente con Maribavir. Se recogieron variables como la evolución de la carga viral en sangre (CV) tras el inicio del fármaco, las reacciones adversas y los niveles de fármacos inmunosupresores.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes (tabla 1). La evolución de la CV de CMV tras el inicio de Maribavir se muestra en la Figura 1. Todos los pacientes recibieron la dosis estándar del fármaco durante 8 semanas, siendo la CV indetectable a las 2 semanas del inicio en el 50%. Respecto a los niveles de tacrolimus, aumentaron en el 75% (¾) por encima del rango terapéutico, precisando monitorización y ajuste de dosis a la semana del inicio del tratamiento. No se suspendió el fármaco en ningún paciente, y la clínica gastrointestinal leve fue el efecto adverso más frecuente. Un paciente volvió a presentar infección CMV a las 5 semanas de haber finalizado Maribavir.

Conclusiones: En nuestra cohorte de trasplantados renales con infección CMV refractaria, el tratamiento con Maribavir es una alternativa segura y eficaz que reduce la CV de CMV de forma rápida. Es preciso monitorizar los niveles de tacrolimus al inicio del fármaco debido a un aumento en su concentración plasmática. Aunque la duración del tratamiento en ficha técnica es de 8 semanas, se precisan más datos sobre la duración necesaria cuando hay respuesta precoz.

 Ver tabla y figura

695 INSTRUMENTO NECPAL EN TRASPLANTE RENAL: IDENTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA Y NECESIDADES COMPLEJAS QUE REQUIERAN UN ABORDAJE INTEGRAL

BR. BEATRIZ RODRIGUEZ¹, MA. MARIA ANGELES MORENO DE LA HIGUERA¹, J. JAVIER MATEO FLORES², P. PAULA GUTIÉRREZ SANJUAN³, R. ROCÍO FERNÁNDEZ DÍAZ⁴, A. ARIANNE AIFFIL⁵, R. RAQUEL JIMENEZ⁶, C. CRISTINA RIAZA⁷, NC. NATIVIDAD CALVO⁸, AS. ANA ISABEL SANCHEZ FRUCTUOSO⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ³PSICOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA (ENFERMERÍA). HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción. Los receptores de trasplante renal (RTR) frecuentemente acumulan comorbilidad y polifarmacia, con síntomas físicos y emocionales que requieren un abordaje integral. El instrumento NECPAL puede detectar a aquellos con necesidades complejas.

Objetivo. Describir la fragilidad, la carga sintomática, la calidad de vida, y los riesgos nutricional y social en RTR con ≥1 criterio NECPAL positivo, y comparar el perfil de síntomas según la "pregunta de sorpresa" (PS).

Material y métodos. Estudio transversal en 62 RTR atendidos en consulta multidisciplinaria (marzo 2024-marzo 2025). Se registraron edad, sexo, comorbilidad (Charlson), fragilidad (CFS), funcionalidad (Barthel), riesgo nutricional (MUST), riesgo social (Gijón), y síntomas (ESAS 0–10). Se clasificó a los pacientes según PS (– = peor pronóstico; + = mejor pronóstico). Variables continuas se expresaron como mediana (IQR) y se compararon con Mann-Whitney; las prevalencias de ESAS ≥4 se analizaron con OR y Fisher.

Resultados. La mediana de edad fue 62 años (IQR 49–73); 60 % mujeres. Comorbilidad elevada (Charlson mediana 6,5; IQR 4–9). Riesgo nutricional moderado/alto en 45 % (MUST ≥1) y riesgo social medio/alto en 58 % (Gijón ≥7). Fragilidad "vulnerable" (CFS mediana 4) y funcionalidad casi total (Barthel mediana 95/100). Los síntomas más intensos (ESAS) fueron malestar general, astenia y ansiedad. El 87 % cumplió ≥2 criterios NECPAL.

En el grupo PS– (peor pronóstico) se observó mayor comorbilidad y peor estado funcional, con mayores probabilidades de dolor intenso (ESAS>4; OR 3,5; p 0,014) y astenia intensa (OR 2,4; p 0,045). En PS+ (mejor pronóstico) predominaron ansiedad (OR 1,9; p 0,034) e insomnio (OR 2,9; p 0,014). La complejidad sintomática aumentó con el número de criterios NECPAL (mediana ESAS 6–8 en ≥4 síntomas simultáneos), aunque la intervención multidisciplinaria permitió un control eficaz incluso en los casos más complejos.

Conclusiones. Los RTR con criterios NECPAL positivos tienen elevada carga sintomática y comorbilidad. La estratificación mediante la "pregunta de sorpresa" identifica subgrupos con perfiles clínicos distintos, lo que justifica un abordaje multidisciplinaria personalizado para optimizar el control de síntomas y mejorar la calidad de vida.

 Ver figuras

696 FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS TRAS EL TRASPLANTE RENAL: INFLUENCIA DE LOS DONANTES Y RECEPTORES DE LA ÚLTIMA DÉCADA

J. FERNÁNDEZ SOLÍS¹, PP. FOX CONCEPCIÓN¹, D. MARRERO MIRANDA¹, AM. ALVAREZ GONZÁLEZ¹, AM. GONZÁLEZ RINNE¹, L. PÉREZ TAMAJÓN¹, C. RODRÍGUEZ ADANERO¹, AP. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ², D. HERNÁNDEZ MARRERO³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: Las complicaciones quirúrgicas (CQ) tras el trasplante renal (TR) aumentan la morbimortalidad, asociándose a factores propios de donante y receptor. En la última década ha habido un cambio sustancial en el perfil de donantes y receptores que podrían traducirse en cambios en la aparición de dichas CQ. El conocimiento exacto de la frecuencia y los factores de riesgos de CQ en la época actual puede ayudar a su manejo y prevención.

Objetivo: Analizar la frecuencia de CQ en TR en la última década, estudiando los factores de riesgo de donante y receptor asociados a su aparición. De forma secundaria conocer el efecto de la donación en astotolia controlada (DAC) en comparación a muerte encefálica (ME).

Material y método: Estudio retrospectivo de los TR de donante cadáver realizados entre enero/2013 y diciembre/2023 en nuestro centro. En total 684 pacientes (edad:56,26±13,0; varón: 67,5%), seguidos una mediana de 3 años (rango intercuartil:1-6 años), se dividieron en cuatro grupos de CQ: vasculares (trombosis o estenosis); hemorrágicas; vía urinaria (fugas o estenosis); y heridas (linfocelos o dehiscencias). Se analizaron datos demográficos y clínicos de donante y receptor. Realizamos análisis regresión logística para conocer los factores de riesgo asociados a las distintas CQ.

Resultados: Un total de n=266 (38,9%) receptores tuvieron al menos una complicación quirúrgica, con n=74 (11%) teniendo más de una. Las CQ más frecuentes fueron las hemorrágicas (17,7%), seguidas de las heridas (16,6%), vía urinaria (7,1%) y vasculares (6,9%). En el análisis de regresión logística la función renal retrasada (DGF) y el uso de antiagregantes se asociaron significativamente con las hemorragias (OR:2.447, IC95%: 1.616-3.705, p<0,001 y OR: 1.569, IC 95%: 1.045-2.355, p=0,030 respectivamente). La ateromatosis del receptor y la DGF se asociaron con CQ vasculares (OR:2.846, IC95%:1.533-5.284, p=0,001 y OR:2.612, IC95%:1.284-5.313, p=0,008 respectivamente). Edad del receptor y DGF fueron los factores asociados con CQ de vías urinarias (OR:1.041, IC95%:1.013-1.069, p=0,004 y OR:2.209, IC95%:1.211-4.029, p=0,010 respectivamente). Los factores asociados con CQ de herida fueron edad del receptor (OR:1.029, IC95%:1.011-1.046, p=0,001), obesidad (OR:1.897, IC95%:1.209-2.978, p=0,005) y trasplante (OR:1.934, IC95%:1.134-3.300, p=0,016). La DAC en comparación a ME solo mostró una tendencia no significativa a más CQ urológicas (10,2% vs 6,0%, p=0,087) y de herida (21,0% vs 15,1%, p=0,078), sin diferencias en otras CQ, y no mostró asociación significativa con ninguna CQ en el análisis de regresión.

Conclusiones: Los factores de riesgo para el desarrollo de CQ tras el TR en la era actual incluyen edad del receptor, el uso de antiagregantes, la ateromatosis del receptor, la obesidad y la DGF.

697 ANTICUERPOS anti-HLA TRAS LA TRASPLANTECTOMÍA PRECOZ: CÓMO INFLUYE EL MANTENIMIENTO DE LA INMUNOSUPRESIÓN

M. FERNÁNDEZ MARTÍN¹, B. FERNÁNDEZ CARBAJO¹, MP. PASCUAL NUÑEZ², P. ARDURA AGUDÍN¹, KP. COBO CAMPUZANO¹, CL. MERIZALDE MOSCOSO¹, A. MOULTAMIS¹, T. RONDA SERRAT¹, C. ABAD MOLINA³, A. MENDILUCE HERRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: La presencia de anticuerpos anti-HLA es uno de los principales retos a los que se enfrentan los programas de trasplante renal, pues condiciona un aumento del tiempo en lista de espera y puede hacer necesario el empleo de técnicas de inmunosupresión agresivas. El objetivo de este estudio es analizar la aparición de anticuerpos anti-HLA donante específicos (DSA) de novo tras la trasplante precoz (en los primeros 4 días tras el trasplante) y relacionarlo con las pautas de inmunosupresión de mantenimiento.

Material y método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye 9 trasplantes renales precoces llevadas a cabo en nuestro centro en los meses previos. Aunque 3 pacientes (33,3%) habían recibido trasplantes previos y tenían anticuerpos anti-HLA, ninguno de ellos presentaba DSA frente a sus donantes. Se recogieron datos referentes a la pauta de inmunosupresión tras la trasplante (que variaba en función de la práctica clínica del centro en el tiempo) y se realizó un seguimiento del perfil inmunológico al menos 3 meses después de la intervención.

Resultados: De los 9 pacientes, 5 (55,5%) desarrollaron DSA frente a sus donantes.

Todos los pacientes recibieron una pauta descendente rápida de corticoides tras la trasplante, pero en solo 6 se mantuvieron los inhibidores de la calcineurina (ICN) al alta. Los primeros 3 pacientes, en los que se retiraron los ICN antes del alta, desarrollando DSA de novo en todos los casos. De los 6 pacientes en los que se continuaron los ICN, solo 2 desarrollaron DSA de novo (33,3%). Además, cabe reseñar que uno de estos pacientes desarrolló los DSA de novo 2 meses después de la trasplante, tras haberse constatado que los DSA eran negativos y haber retirado los ICN. Todos los pacientes que no desarrollaron DSA de novo estaban en tratamiento con ICN.

Por otra parte, los anti-HLA desarrollados se encontraban en tasa de MFI entre 5000 y 10000 en todos los casos.

Conclusiones: Nuestra experiencia evidencia una relación entre la aparición de DSA de novo y el mantenimiento de los ICN, si bien se trata de una muestra pequeña que precisa de estudios mayores para poder obtener resultados significativos.

El hecho de que haya un paciente en el que los DSA aparecieron tras retirar los ICN, habiendo sido previamente negativos, abre la puerta a mantener la inmunosupresión de manera permanente, pues evidencia que el desarrollo de DSA no se limita al contacto inicial con el injerto.

698 IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN LA NEFROPATÍA POR POLIOMAVIRUS BK EN TRASPLANTADOS RENALES

MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, C. LÓPEZ DEL MORAL CUESTA¹, M. MARTÍNEZ BELOTTO¹, C. GARCÍA MAJADO¹, JE. PASACHE CHONG¹, M. RODRÍGUEZ VIDRIALES¹, E. RODRÍGUEZ CALABIA¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: La nefropatía por poliovirus BK compromete la supervivencia del injerto renal. Ante la ausencia de un tratamiento dirigido efectivo, la única estrategia terapéutica pasa por la reducción de la inmunosupresión para controlar la carga viral, incluso en pacientes de alto riesgo inmunológico. Describimos las características de nuestra serie de pacientes con replicación viral significativa o con nefropatía BK (NBK) confirmada mediante biopsia con el objetivo de evaluar el impacto de los cambios de inmunosupresión efectuados en la supervivencia del injerto.

Material y método: Incluimos para su análisis retrospectivo a todos los trasplantados renales entre mayo de 2019 y diciembre de 2023 con ADNemia para virus BK > 10.000 copias/ml o NBK confirmada con biopsia. Las biopsias se realizaron por indicación o por protocolo al año del trasplante. Los episodios de rechazo agudo se catalogaron según la clasificación de Banff de 2019. La ADNemia se determinó según el protocolo del centro cada 2 meses en el primer año post-trasplante y en cada visita durante el segundo año.

Resultados: 23 pacientes (8,2% de los 282 trasplantes renales realizados en el periodo de estudio) cumplieron los criterios de inclusión, todos ellos con ADNemia significativa. 13 presentaron NBK en la biopsia (incidencia 4,6%) y 10 viremia aislada. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el número de pacientes hiperinmunitarios (38,5% vs 30%, p=0,51), con un PRA medio de 86%, ni en la tasa previa de rechazo agudo (53,8% vs 50%, p=0,59).

La mediana de seguimiento fue de 29 meses tras el trasplante renal. El 14,3% de las pérdidas del injerto en el periodo de estudio se atribuyeron a la NBK, tras una mediana de 13,5 meses desde la primera aparición de viremia significativa. En los casos en los que se efectuó, la conversión de micofenolato (MMF) a inhibidor de mTOR (i-mTOR) se llevó a cabo tras la aparición de ADNemia y antes de la realización de una biopsia. Los cambios efectuados en la inmunosupresión se muestran en la tabla (introducir Tabla 1).

Conclusiones: Los cambios en el régimen inmunosupresor realizados tras la aparición de ADNemia parecen seguros a nivel inmunológico incluso en pacientes altamente sensibilizados.

A pesar de los datos recientemente publicados, en nuestra experiencia la inmunosupresión basada en un i-mTOR podría potencialmente revertir la NBK.

Tabla 1.

	ADNemia BK aislada (N=10)	NBK confirmada (N=13)	p
Cambio de MMF a i-mTOR	9	12	0,59
Suspensión de tacrolimus	2	8	0,08
Biopsia renal	8	13	0,18
Rechazo agudo posterior a la conversión	2	3	0,63
Re-biopsia tras diagnóstico de NBK	-	6	-
Resolución NBK tras cambio de inmunosupresión	-	3	-
Pérdida del injerto por NBK	0	4	0,08

699 COMORBILIDADES DURANTE EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON NEFRITIS LUPICA

M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR¹, B. SÁNCHEZ ÁLAMO¹, R. MORENO GARCÍA¹, MC. GALEANO ÁLVAREZ¹, SN. ELÍAS TRIVIÑO¹, S. JIMÉNEZ ÁLVAREZ¹, E. CASTILLO RODRÍGUEZ¹, V. BURGUERA VION¹, F. CABALLERO CEBRIÁN¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹

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

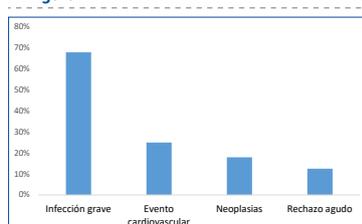
Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) representa una causa poco frecuente pero relevante de ERC en pacientes que requieren trasplante renal (TR). La evolución post-trasplante en esta población puede estar influida por múltiples factores, incluyendo la inmunosupresión intensiva, comorbilidades infecciosas y riesgo aumentado de neoplasias y rechazo.

Material y métodos: Describir las características clínicas y eventos post-trasplante en pacientes con ERC secundaria a LES entre octubre 2002 y noviembre 2023. Se realizó un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes TR describiendo las tasas de infecciones severas, aparición de neoplasias, y eventos de rechazo agudo.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con ERC secundaria LES, trasplantados de donante cadáver (93%) con una edad media 39,2±13,8 años, 81% mujeres. La clase histológica más frecuente en la biopsia renal fue la clase IV (75%), seguido de clase mixta. El 100% de los paciente recibió tratamiento con corticoides, 81,25% ciclofosfamida, el 55,56% azatioprina, 22% micofenolato y el 5,56% rituximab. El 50% recibió inducción con basiliximab. Al mes del trasplante la mediana de creatinina media fue de 1,29mg/DL (RIC: 1,1-1,53) y al año 1,10 (RIC: 1,02-1,26). Durante el seguimiento, el 68% presentó algún episodio infeccioso que requirió hospitalización. El 25% experimentó un evento cardiovascular (insuficiencia cardíaca congestiva, fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio o ictus), con una mediana de aparición de 8,44 años tras el trasplante. Además, el 18% presentó algún evento oncológico tras una mediana de seguimiento de 8,13 años post trasplante. Finalmente, el 12,5% de los pacientes sufrió un episodio de rechazo agudo celular que requirió tratamiento con bolos de metilprednisolona.

Conclusiones: Los pacientes trasplantados con ERC secundaria a LES parecen presentar un riesgo incrementado de infecciones y rechazo en comparación con otras causas de ERC, lo cual puede relacionarse con la historia de inmunosupresión previa y la complejidad del manejo post-trasplante. Estos hallazgos subrayan la importancia de un seguimiento estrecho y de estrategias de prevención individualizadas en esta población.

Figura 1.



700 ¿ES EFICAZ Y SEGURO EL USO DE UNA CUÁDRUPLE TERAPIA INMUNOSUPRESORA DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO INMUNOLÓGICO?

LM. LEÓN MACHADO¹, J. AZORES MORENO², AC. MENDOZA², ME. GONZÁLEZ GARCÍA¹, C. JIMENEZ MARTÍN¹, MO. LOPEZ OLIVA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID-ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID-ESPAÑA)

Introducción: La supervivencia del injerto a largo plazo es menor en pacientes de alto riesgo inmunológico debido principalmente a rechazo o nefrotoxicidad por inhibidores de calcineurina (ICN). Añadir un 4º fármaco (4º) inmunosupresor en estos pacientes no ha sido explorada. Evaluamos la eficacia y seguridad de una cuádruple terapia de mantenimiento en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en 12 pacientes trasplantados renales entre 2015-2024 de alto riesgo inmunológico (DSA preformados, antecedente de rechazo activo y/o PRA >=98%) con cuádruple terapia inmunosupresora. Se evaluó función renal (FGe y proteinuria) y niveles de tacrolimus antes y después del inicio del 4º. Infecciones virales y bacterianas, pérdida de injerto y exitus tras el inicio del 4º.

10 pacientes recibieron belatacept y 2 iMTOR. Todos tenían biopsia previa al inicio del 4º. Biopsias por indicación clínica fueron el 67% (N=8) y el 33% (N=4) de protocolo. La indicación del 4º fue presencia de inflamación microvascular (IMV) (N=6), toxicidad por ICN (N=4), combinación de ambas (N=1) e intensificación de la inmunosupresión sin muestra suficiente por presencia de 3 DSAs posttrasplante (N=1). Los pacientes con IMV recibieron además bolos de esteroides.

Resultados: La edad media fue de 44±19 años, con tiempo de seguimiento de 9 meses (3,3-32,4). El 75% (N=9) tenían DSA preformados, el 66,7% (N=8) antecedentes de rechazo activo y el PRAc fue de 93% (±12). El 4º se introdujo a los 46 meses (7-63) del trasplante.

Pacientes con IMV presentaron estabilidad en función renal y niveles de tacrolimus a los 6 y 12m tras el inicio del 4º. FGe 29 ml/min vs. 29 ml/min (6 meses) p=0,8; vs. FGe 28 ml/min (12 meses) p=0,5. Niveles de tacrolimus: 7±0,9 vs 4,2±2,7 (6 meses) y 6±0,28 (12 meses) p=0,1.

Pacientes con toxicidad-ICN presentaron estabilidad de función renal a los 6 y 12m tras el inicio del 4º. FGe 33ml/min vs FGe 40ml/min (6 meses) p=0,2; y FGe 38 ml/min (12 meses) p=0,1 y una disminución significativa de los niveles de tacrolimus: 5,6±1,5 vs 2±0, p=0,021 (12 meses). Tras el inicio del 4º, se observó reactivación por CMV en 2 pacientes (10,5 meses-post) y 1 paciente tuvo infección bacteriana grave. Todos ellos eran pacientes con IMV en la biopsia. Se produjo 1 pérdida de injerto por exitus a los 29 meses del inicio del 4º.

Conclusiones: El tratamiento con cuádruple terapia en pacientes de alto riesgo inmunológico es una alternativa terapéutica eficaz y segura.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

701 ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES AÑOSOS

G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ¹, N. MACÍAS CARMONA¹, M. RODRÍGUEZ FERRERO¹, J. TORRES ORTÍZ², E. PERVAN GONZÁLEZ³, M. ENCALADA LANDIRES⁴, A. HERNÁNDEZ GARCÍA⁴, R. GARCÍA MARINA⁴, D. PARRA MARAÑÓN⁴, A. BASCUANA COLOMINA⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El trasplante renal en pacientes mayores de 70 años es una opción creciente dado el envejecimiento poblacional. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de supervivencia renal y global, así como las complicaciones relacionadas con la inmunosupresión en pacientes añosos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico, en 56 pacientes con ERC avanzada ≥ 70 años que recibieron un trasplante renal en los últimos 5 años (2020-2024). Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas de la historia clínica del paciente.

Resultados: El 69,6% eran varones, de 74,25 \pm 3,18 años. Los donantes (60,7% tras muerte encefálica) tenían una edad de 74 años (RIC 69-74), el 51,8% eran hipertensos y el 14,3% diabéticos, con una creatinina antes de la donación de 0,73 mg/dL (0,49-0,90). El 16,5% de los receptores recibió timoglobulina (dosis media acumulada 4,07 \pm 1 mg/kg). El seguimiento fue de 23,24 meses (RIC 11,0-42,92). Durante este periodo, el 23,2% presentó eventos cardiovasculares, el 7,14% desarrolló una neoplasia y el 71,14% requirió al menos un ingreso por causa infecciosa. El 45% tenían DM antes del trasplante, y otro 17,8% desarrolló DM postrasplante. El 10,7% presentó rechazo agudo celular, mayoritariamente borderline. El 41,1% desarrolló reactivación por CMV, con una mediana de carga viral de 284 UI/mL (RIC 169,7-811) y el 12,5% viremia BK. El 7,1% reinició diálisis (5,4 \pm 5,3 meses postrasplante) y el 7,1% falleció con injerto funcionante (26,7 \pm 14,9 meses postrasplante). El uso de timoglobulina no se asoció con la incidencia de DM postrasplante (30% vs. 15,2%; $p=0,2$), reactivación tardía de CMV (16,7% vs. 10,6%; $p=0,5$), viremia BK (10% vs. 10,9%; $p=0,42$) ni ingresos por infección (80% vs. 69,6%; $p=0,4$). En el análisis univariante, una menor TFG estimada se asoció, el primer año, con el antecedente de HTA del donante: 34 (31-49) vs. 45 (37-65) mL/min/1,73 m²; $p=0,04$, y a los 2 años con mayor edad del donante (r de Spearman = -0,45; $p=0,02$) y con el retraso en la función del injerto: 29 (17-40,2) vs. 46 (34-58,5) mL/min/1,73 m²; $p=0,04$. La donación en asistolia controlada se asoció a peor función renal a los 3 años: 37 (22-42) vs. 50 (33-64) mL/min/1,73 m²; $p=0,04$, sin impacto en la supervivencia del injerto (81% vs 88,2% $p=0,45$).

Conclusiones: El trasplante renal representa la mejor alternativa de terapia sustitutiva en pacientes, incluidos los de edad avanzada. Las complicaciones infecciosas y cardiovasculares pueden condicionar la evolución en esta población.

702 LA HUELLA CARDÍACA DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA: ¿HORA DE AJUSTAR EL FLUJO?

E. GALVAN BARRILERO¹, S. BELTRÁN CATALÁN¹, R. CALLIZO GALLEGÓ¹, I. MARTINEZ PERELLÓ², E. CALATAYUD ARISTOY³, E. GAVELA MARTÍNEZ³, L. PORCAR SAURA⁴, M. PARRA COLLADO⁴, P. GANDÍA UREÑA⁴, A. SANCHO CALABUIG⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET (VALENCIA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET (VALENCIA), ³CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET (VALENCIA)

Introducción: La fístula arteriovenosa (FAV) es el acceso vascular de elección para hemodiálisis y con frecuencia se mantiene funcionando tras el trasplante renal. Sin embargo, en algunos casos, las FAV de alto flujo pueden provocar alteraciones hemodinámicas significativas, como insuficiencia cardíaca por aumento del gasto cardíaco e hipertensión pulmonar. La identificación y evaluación de su repercusión a nivel cardíaco resulta clave para prevenir un daño irreversible. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto hemodinámico de las FAV de alto flujo en pacientes trasplantados renales, mediante el análisis comparativo de parámetros ecocardiográficos basales y tras la compresión manual de la FAV.

Material y métodos: Estudio observacional en pacientes trasplantados portadores de FAV con flujo >2000 mL/min. Se recogieron datos clínicos, analíticos (NT-proBNP y CA125) y ecocardiográficos incluyendo: gasto cardíaco (GC), índice cardíaco (IC), presión sistólica y media de la arteria pulmonar (PsAP y PmAP), insuficiencia tricuspídea y diámetro de la cava inferior. Estos parámetros se midieron inicialmente y tras la compresión manual de la FAV durante un minuto por parte de un cirujano vascular. En los pacientes intervenidos de la FAV, se repitió el ecocardiograma a los 6 meses. Para el análisis de los datos se han utilizado test no paramétricos.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes (mediana de edad: 65 años; 50% mujeres). El tiempo postrasplante fue de 5 años, con una mediana de FGe del 28%. Los valores medianos de biomarcadores fueron: CA125 17U/mL; NT-proBNP 6636pg/mL. El 50% de las FAV eran radiocefálicas, con una mediana de antigüedad de 9 años y un flujo mediano de 3912,5 mL/min. Tras la compresión de la FAV, se observó una reducción significativa del gasto cardíaco (GC), que pasó de 8310 mL/min (RIC 6696-9252) a 6001 mL/min (5404-7085) ($p=0,031$), así como del índice cardíaco (IC), que disminuyó de 4371 mL/min/m² (3688-5235) a 3297 mL/min/m² (3063-3628) ($p=0,031$). También se registraron reducciones en la presión sistólica de la arteria pulmonar (PsAP), de 48,5 a 44,5 mmHg ($p=0,063$), y en el diámetro de la vena cava inferior, de 20,0 a 14,5 mm ($p=0,058$).

Tres pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca significativa y mejoría hemodinámica tras la compresión fueron sometidos a banding de la FAV. A los seis meses, se confirmó mejoría clínica y ecocardiográfica en todos ellos.

Conclusiones: Las FAV de alto flujo pueden contribuir a la disnea y disfunción cardíaca en pacientes trasplantados. La evaluación ecocardiográfica antes y después de su compresión permite identificar alteraciones hemodinámicas relevantes y seleccionar a los candidatos que pueden beneficiarse de una intervención precoz sobre la FAV.

703 COMPARACIÓN DE LA CUANTIFICACIÓN DE PROTEINURIA EN 24H CON EL COCIENTE PROTEÍNA/CREATININA EN MUESTRA DE ORINA SIMPLE Y CON EL COCIENTE PROTEÍNA/CREATININA AJUSTADO A LA ESTIMACIÓN DE LA EXCRECIÓN DE CREATININA, EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

G. LEDESMA SANCHEZ¹, V. MERCADO VALDIVIA¹, G. CARREÑO CORNEJO¹, R. DÍAZ MANCEBO¹, A. GALLEGOS VILLALOBOS¹, C. BOLLANI CARBONELL¹, Y. AMEZQUITA ORJUELA¹, S. CALDES RUISSANCHEZ¹, R. ECHARRI CARRILLO¹, A. CIRUGEDA GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES (MADRID))

Introducción: La proteinuria es un importante marcador de daño renal. El gold standard es la cuantificación en orina de 24 horas (P24h), una medición frecuentemente artefactada por mala recolección de la muestra. Por ello se ha extendido el uso del cociente proteína/creatinina en muestra simple de orina (CPC), el cual ha demostrado una fuerte correlación con la P24h. Este cociente asume una excreción de creatinina en orina (ECr24h) de 1g al día, por lo que puede infra- o sobreestimar la proteinuria si la ECr24h es mayor o menor a 1g, respectivamente. Para corregir este sesgo se han desarrollado fórmulas para estimar la ECr24h. Si se multiplica el CPC por la estimación de ECr24h conseguimos un cociente ajustado (CPCa) con mejor correlación con la P24h que el clásico CPC en población con enfermedad renal crónica. Proponemos realizar un estudio que analice el CPC ajustado en una población específica como es el trasplante renal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en trasplantados renales en seguimiento en un centro no trasplantador. Se analizan analíticas que incluyen muestra de orina espontánea y de 24 horas. Para estimar la EECr se utiliza la siguiente fórmula: $879.89+12.51 \cdot \text{peso}(\text{kg}) - 6.19 \cdot \text{edad} + 34.51$ si raza negra) - (379.42 si mujer).

Resultados: 46 pacientes, 25 varones (54%) y 21 mujeres (46%), edad media 46 \pm 14 años. 37 con hipertensión arterial (80%), 13 con diabetes mellitus (28%). IMC medio 26.7 \pm 5.3 kg/m². Creatinina palmática media 1.34 \pm 0.5 mg/dL, CKD-EPI medio 58 \pm 20 mL/min/m², P24h media 0.54 \pm 0.75g, Cr24h media 1.26 \pm 0.53g. Existe una fuerte correlación entre P24h y CPC ($r=0.77$), mayor entre P24h y CPCa ($r=0.87$). Entre ambos cocientes $r=0.92$. Según grado de P24h, si $>1\text{g}/24\text{h}$ se mantiene una correlación fuerte entre P24h y CPCa ($r=0.82$), pero disminuye para CPC ($r=0.55$). La correlación se mantiene fuerte independiente del IMC: en IMC r supera 0.9 para ambos cocientes, en obesos $r=0.72$ y $r=0.80$ para CPC y CPCa, respectivamente.

Conclusión: Tanto el CPC como el CPCa muestran una correlación fuerte con la P24h, siendo ligeramente mayor el de CPCa, lo que sugiere que también en trasplantados renales podría ser un mejor predictor de la P24h, especialmente si la P24h es mayor a 1g y en IMC <30 .

704 CÁNCER ANTES DEL TRASPLANTE RENAL: ¿INFLUYE EN EL PRONÓSTICO?

J. GUILLÉN CRUSELS¹, D. BELTRÁN MALLÉN¹, VA. VILLA AYALA¹, LS. LÓPEZ ROYO¹, FA. GUEVARA MADRID¹, C. GRACIA MARTÍN¹, B. SUREDA DE LUCIO¹, J. CACHO ALONSO¹, JA. FERRERAS GASCO¹, A. GUTIÉRREZ DALMAU¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Introducción: La mayor esperanza de vida en la enfermedad renal favorece un aumento de individuos con cáncer previo al trasplante renal (TR). El cáncer es la principal causa de mortalidad entre los receptores de trasplante renal (RTR). Es razonable anticipar que los pacientes con cáncer previo experimenten peores resultados. Sin embargo, los datos disponibles sobre esta población son limitados.

Objetivos: Determinar si los RTR con antecedentes de cáncer presentan tasas más altas de mortalidad, pérdida del injerto o desarrollo de tumores en comparación con RTR sin antecedentes oncológicos.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de 298 RTR entre enero 2014 y abril 2024. El grupo estudio incluyó 100 pacientes con cáncer previo (C-RTR) y el control 198 pacientes sin antecedentes oncológicos (noC-RTR); fueron emparejados según características basales similares. Se utilizó SPSS, con un IC del 95% y un umbral de significación $p < 0.05$.

Resultados: No se encontraron diferencias en las características basales, excepto la edad media (66 \pm 9.9 en C-RTR vs. 64 \pm 9.8 en noC-RTR). La mediana de seguimiento fue 43.8 [16.7-71.3] meses. Se evidenciaron 82 tumores, 42 en noC-RTR y 36 en C-RTR; los C-RTR tuvieron mayor predisposición a desarrollar cáncer (HR 2 [IC95%: 1.3-3.2]; $p=0.002$). Se registraron 97 casos de pérdida del injerto, 63 en noC-RTR y 34 en C-RTR, sin diferencias significativas. La causa más común fue el fallecimiento con injerto funcionante. Fallecieron 65 pacientes, 42 noC-RTR y 23 C-RTR, sin diferencias. La principal causa de muerte en ambos grupos fue la infección, seguida de la cardiovascular en noC-RTR y del cáncer en C-RTR.

Conclusiones: Este estudio sugiere que el antecedente de cáncer previo al TR no asocia mayor mortalidad ni pérdida del injerto. Sin embargo, indica mayor incidencia de tumores de novo y mayor mortalidad relacionada con el cáncer en C-RTR. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la vigilancia oncológica y modificar el tratamiento inmunosupresor en esta población.

 Ver figura

705 ¿ESTÁ JUSTIFICADO EL SCREENING EXHAUSTIVO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES QUE SE VAN A SOMETER A UN TRASPLANTE RENAL?

LR. LÓPEZ RUIZ¹, LP. PÉREZ BACIGALUPE², NR. RIDAO CANO³, JH. DE LA HERA GALARZA⁴, MS. SUÁREZ FERNÁNDEZ⁵, MG. GAGO FRAILE¹, ES. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹

¹NEFROLOGÍA, HUCA (OVIEDO/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA, HUCA (OVIEDO/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la causa principal de morbimortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica, es por ello que las guías recomiendan un despistaje exhaustivo de enfermedad coronaria antes del trasplante renal (TR). La evidencia científica sobre este tema es escasa y no está claro que los costes y los riesgos del cribado puedan superar sus beneficios, dilatando en exceso la entrada en lista de espera. Hemos evaluado el tiempo que supone realizar los estudios cardiológicos y su implicación clínica en el posttrasplante inmediato (30 días).

Material y método: Estudio descriptivo, analítico, observacional y retrospectivo de los pacientes adultos sometidos a TR en nuestra área entre enero del 2020 hasta diciembre del 2022.

Resultados: Un total de 156 pacientes recibieron TR y fueron incluidos en nuestro estudio. La edad media fue de 57 años y 73% fueron hombres.

Los estudios cardiológicos supusieron un retraso de 11 meses para la introducción en la lista de espera de TR.

En el posttrasplante inmediato el 3% de los pacientes (4) presentaron un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, todos ellos habían realizado un ecocardiograma de stress previo al trasplante y sus resultados habían sido negativos. Uno de estos pacientes también se había sometido a una coronariografía sin hallazgos de lesiones significativas. En toda la serie solo hubo 1 fallecimiento y fue de causa no cardíaca.

Conclusiones: Un número elevado de pacientes se someten a estudios cardiológicos avanzados previo al TR, con una tasa de revascularización baja y una incidencia de eventos también baja, todos no mortales. Debe evaluarse el coste-beneficio dado que se producen más retrasos en estos pacientes.

■ **Tabla 1.** Las principales comorbilidades de la población antes de someterse a TR.

Comorbilidad	Porcentaje y total de la población
Diabetes Mellitus	30% (48)
Tipo 1	4% (2)
Tipo 2	96% (46)
Hipertensión arterial	80% (126)
Sin Tratamiento	26% (33)
Con un fármaco	30% (44)
Con dos fármacos	4% (5)
Con tres fármacos	22% (28)
Con más de tres fármacos	13% (16)
Dyslipemia	72% (112)
Fumadores activos	16% (23)
Exfumadores	40% (62)
Nunca fumadores	44% (69)
Cardiopatía isquémica:	10% (15)
1- Síndrome coronario agudo	13 pacientes
2- Angina estable	2 pacientes
Revascularizados	6% (11)
Fibrilación Auricular	32% (54)
Insuficiencia Cardíaca	15% (24)
Enfermedad cerebrovascular (ECV)	9% (14)
ECV isquémica	81 (99)
ECV hemorrágica	81 (21%) (3)
Enfermedad vascular periférica	31% (48)

■ **Tabla 1.** Porcentaje de pacientes que se realiza algún tipo de estudio cardiológico previo al TR.

Ecocardiografía transtorácica (ETT)	92% (114)
Ecocardiograma de Stress (ES)	30% (34)
Tomografía por Emisión de Fotón Único	5% (7)
Tomografía Computarizada de Coronarias	1% (2)
Coronariografía	13% (19)
Revascularización	4.5% (7)

706 EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LAS BACTERIEMIAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE ESPAÑOLA

A. ITURRALDE JARA¹, M. CODINA ÁLVAREZ², L. CASTELO CORRAL³, RM. MARTÍNEZ RAMÍREZ⁴, MD. MACHADO ÁLVAREZ⁵, I. DE LA CUEVA FLORES⁶, A. ARREBOLA MONTES⁷, V. LÓPEZ JIMÉNEZ⁸

¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA), ²ENFERMEDADES INFECCIOSAS, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA)

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

Universidad de Málaga, Instituto Biomédico de Investigación de Málaga (IBIMA)-Plataforma BIONAND, RICORS2040 (RD21/0005/0012) y (RD24/0004/0026).

Introducción: Las bacteriemias en trasplantados renales suponen una complicación grave que puede comprometer el éxito del trasplante y la supervivencia del paciente. La inmunosupresión los hace especialmente vulnerables. El mayor riesgo se da en el primer mes posttrasplante debido a la cirugía, el sondaje vesical y los catéteres venosos. La creciente prevalencia de gérmenes multirresistentes es preocupante.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que incluye las bacteriemias con hemocultivos positivos entre los años 2019 y 2022 en trasplantados renales atendidos por el servicio de Nefrología. El objetivo es examinar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas así como el tratamiento antibiótico recibido. También analizar la relación entre distintas variables clínicas, el pronóstico renal y la mortalidad.

Resultados: Se registraron 71 bacteriemias en 68 pacientes, la mitad dentro del primer mes posttrasplante. El principal foco fue urinario en un 45% de los casos, seguido por los accesos venosos en un 37%. Un 87% de los cultivos correspondieron a bacilos gramnegativos, destacando *Escherichia coli* (28.2%), *Pseudomonas aeruginosa* (25.4%) y *Klebsiella pneumoniae* (22.5%). Un 17% de los casos incluyeron patógenos multirresistentes, principalmente betalactamasas de espectro extendido. Más de un tercio de los pacientes presentaron fracaso renal agudo y un 10% requirió ingreso en UCI.

Las cefalosporinas de tercera generación fueron los antibióticos más utilizados como tratamiento empírico y dirigido. En el 32% de los casos el antibiótico empírico no resultó eficaz frente al microorganismo aislado.

Durante un seguimiento medio de 40 meses, el 28% de los pacientes perdieron la función del injerto y fallecieron el 21% (tasa de mortalidad del primer año tras la bacteriemia del 10.3%).

Los pacientes con una bacteriemia dentro del primer mes posttrasplante tuvieron un riesgo 7 veces mayor de pérdida del injerto comparado con aquellos que superaban el mes posttrasplante ($p=0.001$), y aquellos con fracaso renal agudo tuvieron un riesgo 6 veces mayor de pérdida de función del injerto ($p=0.008$). No se hallaron diferencias significativas entre bacteriemias de foco urinario y no urinario en cuanto a la pérdida de función renal ni mortalidad. Tampoco se observaron diferencias entre las causadas por microorganismos multirresistentes o sensibles.

Conclusiones: Las bacteriemias en trasplantados renales son más frecuentes en el primer mes posttrasplante, con un predominio de bacilos gramnegativos. El foco más común es el urinario y la presencia de patógenos multirresistentes es significativa. El fracaso renal agudo y las bacteriemias tempranas aumentan el riesgo de pérdida del injerto. La identificación y tratamiento oportunos son clave, especialmente en el primer mes posttrasplante, para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico.

707 CUANTIFICACIÓN DEL RECEPTOR CD163 EN MONOCITOS COMO PREDICTOR DE RECHAZO EN EL POSTRASPLANTE RENAL

I. DE LA CUEVA¹, A. ARREBOLA², MD. MACHADO³, RM. MARTÍNEZ⁴, P. RUIZ⁵, A. RODRÍGUEZ⁶, L. CABO⁷, A. TORIÓ⁸, A. CABALLERO⁹, V. LÓPEZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, INSTITUTO BIOMÉDICO DE INVESTIGACIÓN DE MÁLAGA (IBIMA)- PLATAFORMA BIONAND, RICORS2040 (RD21/0005/0012) Y (RD24/0004/0026). (MÁLAGA/ESPAÑA), ²INMUNOLOGÍA, SERVICIO DE INMUNOLOGÍA, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. (MÁLAGA/ESPAÑA)

Antecedentes: El rechazo del injerto renal es una de las complicaciones más críticas del trasplante, afectando a la función renal y a la supervivencia del órgano trasplantado. La identificación temprana de biomarcadores que diferencien a los pacientes con y sin rechazo es fundamental para mejorar el manejo posttrasplante. En este estudio, se evaluó la expresión del receptor CD163 en monocitos de sangre periférica como posible indicador de rechazo, midiendo la intensidad de fluorescencia media (FMI) mediante citometría de flujo.

Metodología: Se analizaron dos grupos de pacientes trasplantados renales: aquellos con rechazo (n=6) y sin rechazo (n=9), con mediciones realizadas a las 48 horas y entre los días 5 y 7 posttrasplante. Además, se incluyó un grupo control (n=9) de pacientes no trasplantados para comparaciones adicionales. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para determinar diferencias significativas en la expresión de CD163 entre los distintos grupos (pacientes con y sin rechazo), y el test de Wilcoxon para comparar muestras relacionadas dentro del mismo grupo de pacientes (a las 48 horas y entre los días 5 y 7 posttrasplante).

Resultados: A las 48 horas posttrasplante, los pacientes trasplantados mostraron una expresión significativamente mayor de CD163 en comparación con el grupo control (FMI = 3.320,8 ± 1021,9 vs. FMI = 771,1 ± 64,3; $p < 0.001$). Dentro del grupo de trasplantados, los pacientes con rechazo presentaron niveles significativamente más altos de CD163 en comparación con aquellos sin rechazo (FMI = 4.155,5 ± 830,3 vs. FMI = 2.767,7 ± 728; $p = 0.005$). Durante la evolución posttrasplante (entre los días 5 y 7), los pacientes sin rechazo experimentaron un descenso significativo en la expresión de CD163 (FMI = 943,2 ± 95,65; $p < 0.001$), mientras que en los pacientes con rechazo los niveles permanecieron elevados (FMI = 3.545,3 ± 522,93; $p = 0.116$).

Conclusiones: La expresión del receptor CD163 en los monocitos de sangre periférica es significativamente más baja en los pacientes que no experimentaron rechazo durante la primera semana posttrasplante, en comparación con aquellos que desarrollaron daño inmunológico. Estos hallazgos sugieren que la medición de CD163 podría ser una herramienta útil para la detección temprana del rechazo del injerto renal y el monitoreo de la evolución posttrasplante.

708 SIN GLUCOSA, SIN EXCUSAS: EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ISGLT2 FRENTE A LA PROTEINURIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES NO DIABÉTICOS

RG. BERREZUETA BERREZUETA¹, D. ARTEAGA MENA², E. MOLINA MARTINEZ³, L. LÓPEZ RUIZ⁴, JA. MENDOZA HERNANDEZ⁵, D. GARCÍA COUSILLAS⁶, N. LOPEZ RODRIGUEZ⁷, L. MUÑOZ HERNANDO⁸, N. MOLINA ALVAREZ⁹, ML. SUÁREZ FERNÁNDEZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA, HUCA (OVIEDO)

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han emergido como una herramienta terapéutica clave en la protección renal y cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica, incluso sin diabetes. Sin embargo, su utilización en pacientes trasplantados renales aún genera controversia debido a la escasa evidencia en esta población. Este estudio evalúa el efecto de los iSGLT2 sobre la proteinuria y la función renal en pacientes trasplantados renales no diabéticos.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias entre agosto de 2022 y diciembre de 2024. Se incluyeron a 52 pacientes trasplantados renales, con filtrado glomerular estimado (FG) $>25\text{ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$ y cociente proteína/creatinina urinario $\geq 300\text{ mg/g}$. Se excluyeron 10 pacientes por seguimiento insuficiente o falta de adherencia. Se analizaron parámetros clínicos y bioquímicos a los 6, 12 y 24 meses.

Resultados: Se reevaluaron 42 pacientes, la edad media fue de 60 años; 76.2% varones; supervivencia media del injerto: 18,7 (2-41) años. El iSGLT2 más prescrito fue la dapagliflocina (76.2%). Las principales causas de proteinuria fueron, el rechazo agudo del injerto y la glomerulonefritis focal y segmentaria secundaria con un porcentaje de 30.6% cada una. La proteinuria se redujo un 20% a los 6 meses, un 15% a los 12 meses y un 10% a los 24 meses. El FG disminuyó un 12,5% en los primeros 6 meses, manteniéndose estable hasta un nuevo descenso acumulado del 14% a los 24 meses. Los electrolitos se mantuvieron estables.

El 28,6% de los pacientes suspendieron el tratamiento, principalmente por fracaso renal agudo (53,8%), infección urinaria (30,8%) e hipotensión (15,4%). En dos tercios de los casos, la suspensión fue definitiva. Se observó recuperación del FG tras la retirada en el 66,7% de los casos, aunque con incremento de la proteinuria del 98,2% a los 6 meses post-suspensión.

Conclusiones: El uso de iSGLT2 en pacientes trasplantados renales no diabéticos con proteinuria mostró una reducción mantenida de la proteinuria y una aceptable estabilidad del FG. No obstante, las tasas de suspensión fueron elevadas, especialmente por deterioro de función renal. Se requiere mayor evidencia para establecer su perfil de beneficio-riesgo en esta población.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

709 HA HABIDO UN AUMENTO DE HIPERPOTASEMIA EN EL POST-TRASPLANTE RENAL INMEDIATO? EL USO DE LAS SOLUCIONES BALANCEADAS INTRA-QUIRÓFANO COMO CAUSA DE HIPERPOTASEMIA

R. VILA I NOGUER¹, I. BENITO CASTAÑO¹, N. ORMAETXE RUIZ DE HILLA¹, N. MURUA ETXARRI¹, S. FERNANDEZ ALMARAZ¹, ED. MAMANI QUISEPÉ¹, JM. URBIZU GALLARDO¹, MB. BRALO BERASTEGUI¹, EM. ALVAREZ QUINTANA¹, S. ZARRAGA LARRONDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE CRUCES (BARAKALDO)

Introducción: Durante estos últimos años hemos visto un aumento del uso de soluciones balanceadas intra-quirófano en la cirugía del trasplante renal, y además un aumento de la hiperpotasemia en el post-trasplante renal inmediato. Por lo que hemos querido ver si hay relación entre el uso de las soluciones balanceadas (plasmalyte, ionolyte...), que tienen una concentración mayor de potasio, y el incremento de hiperpotasemia en el pos-trasplante renal, que puede conllevar a una necesidad de hemodiálisis urgente en el post-trasplante inmediato.

Material y método: estudio descriptivo de los pacientes trasplantados los años 2022 y 2023 en nuestro centro, analizando el porcentaje de hiperpotasemia en el post-trasplante renal inmediato y la relación con el uso de soluciones balanceadas.

Resultados: De los 323 trasplantados renales analizados durante los años 2022 y 2023 en nuestro centro, aproximadamente el 18% han sido diagnosticados de hiperpotasemia post-trasplante, con necesidad de hemodiálisis por este motivo en el post-trasplante inmediato. De estos, aproximadamente el 7% llegaron a hiperpotasemia en el pre-trasplante y que por eso hay que tener en cuenta que aproximadamente el 10% de los pacientes se tuvieron que dializar por diferentes causas en el pre-trasplante (la causa más frecuente la hiperpotasemia, pero también por sobrecarga de volumen). En los casos de hiperpotasemia el objetivo fue corregir la hiperpotasemia antes de la cirugía. Por lo que hay que tener en cuenta que el valor de potasio pre-trasplante puede ser después de una sesión de hemodiálisis.

También hay que tener en cuenta que aproximadamente el 15% de los trasplantados, precisaron de medidas anti-potasio intraquirófano, sobretodo administración de insulina, para corregir esa hiperpotasemia, que podría ser agravada por el uso de soluciones balanceadas

Conclusiones: En nuestra recogida de datos no podemos afirmar con firmeza que la utilización de soluciones balanceadas durante la cirugía del trasplante renal suponga una relación directa con la hiperpotasemia, dado que se trata de un estudio observacional y descriptivo en el que no podemos comparar con la no utilización de soluciones balanceadas. Aún así, si que podemos afirmar que en nuestra experiencia de años de evolución en el trasplante renal, creemos que podría haber una relación causal entre el aumento de hiperpotasemias post-trasplante inmediato y el aumento del uso de soluciones balanceadas.

710 GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA CON DEPÓSITOS DE INMUNOGLOBULINA MONOCLONAL Y TRASPLANTE RENAL: COMPARACIÓN DE DOS CASOS CON DISTINTA EXPRESIÓN CLONAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

CF. MOROCHO PINDO¹, L. CORDERO GARCÍA GALÁN¹, R. FERNÁNDEZ PRADO¹, AM. RAMOS VERDE¹, E. ASKARI ASKARI¹, MV. AGUIRRE POLO¹, L. CRIADO BELLIDO¹, A. ORTIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La glomerulonefritis proliferativa con depósitos de inmunoglobulina monoclonal (PGNMID) es una entidad poco frecuente que cursa con insuficiencia renal y proteinuria. La biopsia renal es clave para su diagnóstico, confirmándose los depósitos de inmunoglobulina monoclonal, generalmente IgG3. En un 70% no se detecta componente monoclonal (CM) en suero, orina o médula ósea (MO), lo que dificulta el diagnóstico y seguimiento.

En el trasplante renal, la PGNMID es un desafío clínico debido a su alta tasa de recurrencia (80-90%), frecuentemente dentro de los primeros 3-4 meses postrasplante, con riesgo de comprometer la función del injerto.

Presentamos dos casos con distinta evolución clínica tras el trasplante renal.

Material y métodos: Caso 1: Varón de 63 años con hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica y diagnóstico de PGNMID IgG kappa, sin detectar componente monoclonal. Recibió bortezomib, ciclofosfamida y corticoides (VCD), sin respuesta clínica, con deterioro progresivo de la función renal, iniciando hemodiálisis. Cuatro años después recibió un trasplante renal. A los tres meses presentó elevación de creatinina y proteinuria. La biopsia del injerto confirmó recidiva de la enfermedad. Se inició tratamiento con corticoides y rituximab, con estabilización clínica.

Caso 2: Varón de 49 años con hipertensión, dislipemia y fibrilación auricular, con PGNMID IgG lambda con CM detectable en sangre, orina y MO. Recibió VCD y rituximab sin respuesta, hasta requerir hemodiálisis. Fue trasplantado 8 años después del diagnóstico. En el postrasplante persistía CM por lo que se inició bortezomib como estrategia preventiva. Tras 10 meses, no se evidenció recidiva clínica ni histológica.

Conclusiones: La PGNMID plantea desafíos en el trasplante renal: la ausencia de biomarcadores que permitan evaluar la respuesta hematológica en ausencia de clones detectables complica la selección de candidatos aptos para el trasplante renal, y no hay suficiente evidencia para iniciar tratamiento preventivo para evitar recaídas de la enfermedad. Es imprescindible la implementación de estrategias multidisciplinarias entre nefrología y hematología, y biopsia del injerto ya sea por protocolo o por indicación clínica, es esencial para diagnosticar de manera temprana una recaída. Técnicas como la espectrometría de masas, NextGenerationFlow de alta sensibilidad o RACE-RepSeq podrían mejorar la detección de clones pequeños y orientar mejor las decisiones terapéuticas. Nuevos fármacos antiCD38 podrían valorarse como opción terapéutica en estos casos, aunque necesitamos más evidencia.

711 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LINFOCELE POSTRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL

G. VILLACRECES JURADO¹, R. VERASTEGUI ALBITES¹, M. PIRIS GONZALEZ¹, F. CABALLERO CEBRIAN¹, R. MORENO GARCIA¹, M. DOMINGUEZ TEJEDOR¹, S. ELIAS TRAVIÑO¹, S. JIMENEZ ALVARO¹, V. GOMEZ DOS SANTOS¹, J. BURGOS REVILLA²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL (MADRID/ ESPAÑA), ²UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) constituye una causa prevalente de enfermedad renal crónica terminal y una indicación habitual de trasplante renal. Entre las complicaciones postoperatorias, el linfocele es relevante por su potencial impacto sobre la función del injerto. El objetivo de este estudio fue identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de linfocele en una cohorte de pacientes con PQRAD trasplantados renales.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó a todos los pacientes con PQRAD sometidos a trasplante renal en el Hospital Universitario Ramón y Cajal entre marzo de 2014 y marzo de 2024. Se recogieron variables clínicas y demográficas del receptor, así como características del donante. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante modelos de regresión logística univariante y multivariante utilizando SPSS.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes con diagnóstico de PQRAD; 20 de ellos (20,8%) desarrollaron linfocele postoperatorio. El 40,6% de los receptores tenía entre 50 y 65 años, y el 52,1% de los donantes era mayor de 65 años. El régimen inmunosupresor de mantenimiento más frecuente fue tacrolimus, micofenolato mofetilo (MMF) y corticoides (81,25%). Las comorbilidades más frecuentes entre los receptores fueron hipertensión arterial (91,6%), hipercolesterolemia (41,6%) y diabetes mellitus (31,25%). En el análisis univariante, se identificaron como factores protectores la edad del donante >65 años (IC 95%: 0,01-0,8), el uso de MMF (IC 95%: 0,01-0,33), la ausencia de diabetes (IC 95%: 0,01-0,3) y la ausencia de tabaquismo (IC 95%: 0,01-0,6), todos con p < 0,05.

Conclusión: El linfocele fue una complicación frecuente. De forma inesperada, la edad avanzada del donante y el uso de MMF se asociaron con menor riesgo de su aparición. Este último hallazgo podría relacionarse con el uso de inhibidores de mTOR en los pacientes sin MMF, previamente asociados a mayor incidencia de linfocele. La asociación inversa con la edad del donante podría explicarse por alteraciones estructurales del tejido linfático en edades avanzadas. La ausencia de comorbilidades metabólicas y tabaquismo también se asoció a menor riesgo. Se precisan estudios prospectivos que confirmen estos hallazgos y profundicen en sus mecanismos.

712 ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE HAN DESARROLLADO LINFOCELE POSTRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

G. VILLACRECES JURADO¹, S. VERASTEGUI ALBITES¹, M. PIRIS GONZALEZ¹, F. CABALLERO CEBRIAN¹, R. MORENO GARCIA¹, M. DOMINGUEZ TEJEDOR¹, S. ELIAS TRAVIÑO¹, S. JIMENEZ ALVARO¹, V. GOMEZ DOS SANTOS¹, J. BURGOS REVILLA²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA), ²UROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: El linfocele es una complicación frecuente tras el trasplante renal con una incidencia reportada que varía entre el 0.6% y el 51%, que puede afectar al pronóstico del injerto y la calidad de vida del paciente. Presentamos los resultados de 34 pacientes que han desarrollado linfocele independientemente de la enfermedad renal crónica de base.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo en un periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2024; con una muestra total de 34 pacientes con diagnóstico de linfocele postrasplante renal. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, características de la enfermedad renal crónica (ERC), tipo de terapia de reemplazo renal previa (TRS), tipo de inducción inmunosupresora y presencia de rechazo agudo.

Resultado: La media de edad fue de 65,1 ± 12 años, encontrándose la mayoría de pacientes en el grupo de edad de mayores de 65 años. El 52,9% de los pacientes eran hombres y 47,1% mujeres. El 29,4% de la muestra presentaban antecedente de tabaquismo. En cuanto a los factores de riesgo: 6% tenían diabetes mellitus, el 94,1% hipertensión arterial y el 50% hipercolesterolemia. El 59% de los pacientes tenían poliquistosis renal como causa de ERC. Respecto al TRS previo, el 56% estaba en diálisis peritoneal, el 38% en hemodiálisis y el 6% se encontraban en situación de prediálisis. El tratamiento inmunosupresor de mantenimiento fue mayoritariamente micofenolato, representando un 73,5 % de los pacientes, seguido de everolimus con un 26,5%. El tiempo medio en hemodiálisis fue de 6,75 ± 2,41 años. El 12% de los pacientes presentó rechazo agudo.

Conclusión: Los pacientes con linfocele postrasplante renal en nuestra cohorte se caracterizaron por tener una edad avanzada, alta prevalencia de hipertensión arterial, predominio de poliquistosis renal como etiología de ERC y uso frecuente de micofenolato como terapia de mantenimiento. El rechazo agudo fue poco frecuente en este tipo de pacientes. Es importante tomar en cuenta dichas características para el tipo de inducción inmunosupresora y control de factores de riesgo previo a la cirugía.

713 MEDIDA DE RESULTADOS REPORTADOS POR EL PACIENTE (PROM) CON ENFERMEDAD RENAL TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO

D. REDONDO-PACHÓN¹, A. BACH¹, M. VERA¹, A. JUEZ¹, B. CHAMOUN¹, A. BUXEDA¹, C. CURBALLA¹, E. RODRIGUEZ¹, M. CRESPO¹, M.J. PÉREZ-SÁEZ¹

¹NEFROLOGÍA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR. HOSPITAL DEL MAR RESEARCH INSTITUTE (BARCELONA. ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal (ER) presenta una elevada comorbilidad y hospitalización, impactando la percepción subjetiva de salud. La evaluación mediante PROMs (medidas de resultados reportados por el paciente) ofrece información valiosa sobre el estado funcional y emocional tras ingreso hospitalario, que puede variar según el estadio de ER o modalidad de terapia renal sustitutiva. **Objetivo:** Analizar los resultados del PROM EQ-5D administrado una semana tras el ingreso hospitalario, según el estadio de ER.

Población y métodos: Todos los pacientes con ingreso en Nefrología desde mayo/2023-marzo/2025. Una semana después del alta, se administró el cuestionario EQ-5D [EQ-5D=1=estado de salud perfecto], que evalúa cinco dominios con 5 niveles (sin problemas-problemas extremos): movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Los pacientes fueron clasificados en 4 grupos: TR reciente, TR no-reciente, diálisis, ER no-diálisis.

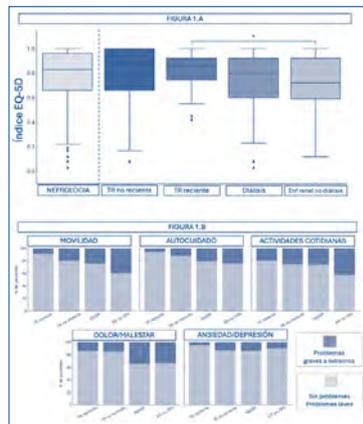
Resultados: El índice EQ-5D reportado por los pacientes de Nefrología fue 0.83 (RIQ 0.66-0.96) y el del global del hospital de 0.73 (RIQ 0.56-0.97). Los pacientes TR presentaron mejor índice EQ-5D que los pacientes en diálisis o ER no-diálisis [Figura 1A].

En cuanto a las dimensiones del EQ-5D, los grupos TR y TR no-reciente tuvieron menor proporción de pacientes que habían reportado problemas graves/extremos en movilidad, autocuidado y actividades cotidianas. En la dimensión dolor/malestar, los pacientes de ER no-diálisis (33.3%) y diálisis (34.5%) respondieron tener más problemas graves/extremos que los pacientes TR reciente (14.3%) y TR no-reciente (15.1%). Solo en la dimensión de ansiedad/depresión no encontraron diferencias entre los grupos [Figura 1B].

Conclusiones: Los pacientes ingresados en Nefrología reportaron mejor estado de salud tras el alta que el global de pacientes ingresados en el hospital. Los pacientes TR reportaron menos problemas graves/extremos en movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y dolor/malestar.

La implementación sistemática de PROMs nos permite incorporar la evaluación subjetiva en la práctica clínica para optimizar los resultados en salud renal.

Figura 1.



715 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA POST-TRASPLANTE RENAL: PAPEL DE LA RE-BIOPSIA EN SU DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

A. DOMÍNGUEZ GUASCH¹, Y. ARCE TERROBA², L. FAYOS DE ARIZÓN¹, C. CANAL GIROL¹, M. PÉREZ MIR¹, C. CÓRDOBA HERRERA¹, C. FACUNDO MOLAS¹, L. GUIRADO PERICH¹, X. BARRÓS FREIRIA¹, N. SERRA CABAÑAS¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) es una complicación frecuente pero infra-diagnosticada en el trasplante renal (TR). La dificultad para identificar un desencadenante principal en el contexto del trasplante puede limitar su tratamiento y comprometer el pronóstico. La rebiopsia identifica lesiones subclínicas, monitoriza evolución y ayuda a su manejo.

Nuestro objetivo es describir las MAT post-TR de nuestro centro, analizando su histología para evaluar su fisiopatología y respuesta al tratamiento.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico de pacientes trasplantados con MAT en biopsia renal (BR) entre 2018-2023. Se analizaron variables clínicas, analíticas e histológicas.

Resultados: De 461 BR, 47 presentaron MAT en 37 pacientes (10.2%). 20 eran varones (54%) de 60±14 años. El 86% recibió injerto de donante cadáver (17 muerte encefálica, 14 asistolia controlada, 1 asistolia no controlada) y el 14% de vivo. El tiempo de isquemia fría fue de 16.8±6 horas. 3 pacientes presentaban cPRA>90%.

La BR fue precoz (<6 meses) en 20 pacientes y tardía (>6 meses) en 17. Su indicación fue protocolo en 7 y clínica en 30 (81%) (7 disfunción primaria del injerto, 14 fracaso renal ± proteinuria, 3 proteinuria aislada, 4 hemólisis, 2 controles post-rechazo). La creatinina mediana fue de 271mmol/L; el 24% requirió diálisis. 4 pacientes presentaban mal control tensional. Los niveles medios de tacrolimus fueron 8.7±3 ng/mL.

Las causas finalmente atribuidas a la MAT fueron: rechazo agudo (59%), farmacológica (19%), SHUa recurrente (5%), atribuible a isquemia-reperusión (5%), no filiada (11%).

El 43% evolucionó a ERC G5, con una mediana de 5.3 meses hasta la pérdida del injerto. 3 recibieron un re-TR sin recidiva de MAT, y 9 fallecieron, 3 con injerto renal funcionante.

Se realizaron 18 re-BR, 8 con persistencia de MAT y 10 con resolución de ésta. De los pacientes con MAT persistente, 6 se habían asociado a rechazo, y en dos de éstos, la re-BR reportó signos de toxicidad por anticaneurínicos, cambiando su manejo posterior. Un caso fue asociado a SHUa recurrente y otro a daño de isquemia-reperusión. De los 10 pacientes con resolución de MAT en la re-BR, 4 se atribuyeron a tacrolimus, 5 a rechazo y 1 a recurrencia de SHUa.

Al comparar las características histológicas en la BR inicial, se observó mayor positividad de C4d en el grupo con resolución de MAT (13 vs 60%, p=0.040).

Conclusiones: A pesar de su naturaleza multifactorial, identificar la causa principal de la MAT post-TR es clave para su tratamiento dirigido y mejora del pronóstico. La re-BR ayuda a valorar la evolución histológica y respuesta al tratamiento.

714 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA DEL INJERTO RENAL POSTRASPLANTE: EXPERIENCIA DE UN CENTRO ENTRE 2017 Y 2024

S. ALDANA BARCELÓ¹, J. AZORES MORENO¹, MO. LÓPEZ OLIVA¹, ME. GONZÁLEZ GARCÍA¹, C. FUENTES FERNÁNDEZ¹, AM. KONSTANTOULI¹, L. LEÓN MACHADO¹, C. JIMÉNEZ MARTÍN¹

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

Introducción: La estenosis de la arteria del injerto renal (EAR) es una complicación reconocida tras el trasplante renal con potencial impacto negativo en la función del injerto y el pronóstico del paciente. El abordaje terapéutico óptimo, particularmente la elección entre angioplastia con balón o colocación de stent, sigue siendo motivo de debate. Presentamos un análisis de los casos de EAR tratados mediante intervención endovascular en nuestro centro.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional que incluye a los receptores de trasplante renal tratados por EAR en nuestro centro entre 2017 y 2024. Se analizaron variables demográficas, localización de la estenosis, complicaciones del procedimiento, tasas de reestenosis y evolución clínica.

Resultados: Un total de 21 pacientes (71.43% varones) se sometieron a 24 procedimientos angiográficos, con una prevalencia de EAR del 5.9% en nuestra cohorte. La edad media fue de 50.49 años. En el 66.7% de los casos la estenosis se localizó en la zona anastomótica. La mediana de tiempo entre el trasplante y la intervención fue de 175 días (rango: 46-1852). En el 95.8% de los procedimientos (n=23) se realizó angioplastia con balón; solo un caso requirió colocación de stent debido a rotura anastomótica intraoperatoria.

Tras la intervención, el número medio de fármacos antihipertensivos se redujo en 0.75 (mediana: 1), siendo el promedio pre-intervención de 2.79 (mediana: 3). Esta reducción fue estadísticamente significativa. En el 67% de los casos se confirmó además una disminución de al menos ≥0,3 mg/dL de creatinina sérica al mes, también con significancia estadística (p < 0,05). Se registraron complicaciones en el 20.8% de los casos: el 8.3% (n=2) fueron menores (un hematoma y un pseudoaneurisma) y el 12.5% mayores (n=3), incluyendo una disección intrarrenal con hipoperfusión del 10% del parénquima, una laceración arterial que requirió nefrectomía del injerto y una rotura anastomótica que precisó stent.

Durante el seguimiento se observó reestenosis significativa que requirió reintervención en un 13.28% de los casos (n=3). Estos resultados concuerdan con las tasas descritas en la literatura. El 87.5% de los injertos permanecen funcionales en el momento actual.

Conclusión: La angioplastia con balón sin colocación de stent es una estrategia eficaz en el manejo de la EAR, asociada a mejoras significativas en el control de la hipertensión y en la función del injerto. Este procedimiento puede realizarse en el periodo posttrasplante temprano y presenta la ventaja añadida de evitar la necesidad de tratamiento antiagregante secundaria a colocación de stent. Aunque se ha demostrado eficaz, no está exento de riesgo de complicaciones graves.

716 FINERENONA EN EL TRASPLANTE RENAL: ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA PROTEGER EL INJERTO?

A. FALCONI SARMIENTO¹, P. FRAILE GOMEZ¹, C. RODRIGUEZ TUDERO¹, E. VILLANUEVA SANCHEZ¹, D. QUISEP RAMOS¹, L. SAMPEDRO CHICA¹, K. PINOARGOTE CAÑAR¹, A. LIZARAZO SUAREZ¹, G. TABERNEIRO FERNÁNDEZ¹, A. MARTIN ARRIBAS¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: La finerenona, un antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides, ha demostrado beneficios en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) al reducir la progresión del daño renal y los eventos cardiovasculares, con menor riesgo de hipertensión en comparación con otros fármacos de su clase. Su papel en pacientes con trasplante renal aún está en estudio, especialmente en relación con la preservación de la función del injerto y la posible reducción de fibrosis.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en 10 pacientes con trasplante renal que se encontraban con dosis máximas toleradas de IECA/ARAll e ISGLT2 y que iniciaron tratamiento con finerenona, prescrito según las indicaciones por ficha técnica. Se evaluaron variables clínicas al inicio y al mes de tratamiento. Uno de los pacientes completó seguimiento a 6 meses. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS, utilizando la prueba t de Student para datos apareados, considerando significación estadística con p<0.05.

Resultados: La edad media fue de 61.7 años y el tiempo medio post trasplante de 4.3 años. La mayoría tenía ERC de origen diabético. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p>0.05), pero se observó una tendencia a la mejoría de la función renal, con un aumento promedio de 4 ml/min en la tasa de filtrado glomerular (CKD-EPI) y una reducción de la albuminuria. Los niveles de potasio sérico y tacrolimus se mantuvieron estables. En el 40% de los casos se requirió quelantes de potasio, y en el 20% se alcanzó la dosis máxima de finerenona. (Ver tablas)

Conclusiones: El uso de finerenona fue bien tolerada en pacientes con trasplante renal, mostrando una tendencia a la mejora de parámetros renales sin comprometer la seguridad. Son necesarios estudios más amplios y con mayor seguimiento para confirmar estos hallazgos.

👁 Ver tablas

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

717 POCUS EN EL TRASPLANTE RENAL: EVALUACIÓN HEMODINÁMICA DE LA CONGESTIÓN EN EL PERÍODO PERIOPERATORIO

J. PAUL-MARTINEZ¹, I. PEREZPAYA¹, C. CAÑAMERAS¹, J. SOLER-MAJORAL¹, M. MOLINA¹, N. RODRIGUEZ-CHITIVA¹, J. ARA¹, J. BOVER¹, A. VILA-SANTANDREU¹, G. ROMERO-GONZÁLEZ¹

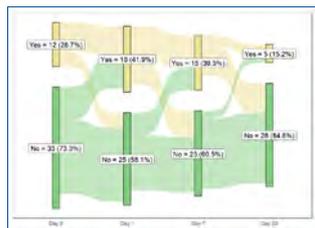
¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA/ESPAÑA)
El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

En nombre de los investigadores del estudio CONTRAS
Introducción: El trasplante renal se considera actualmente la mejor modalidad de terapia sustitutiva renal. Sin embargo, el periodo perioperatorio sigue siendo una fase crítica del trasplante, en parte debido al manejo del volumen. Desafortunadamente, existen diferencias significativas en la evaluación y el manejo del estado de volumen en este grupo de pacientes, en parte porque las métricas tradicionales, como la exploración física o la medición de la presión venosa central, carecen de precisión. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de sobrecarga de líquidos en el periodo perioperatorio del trasplante renal mediante ecografía a pie de cama (point-of-care ultrasonography, PoCUS).

Material y método: Estudio prospectivo llevado a cabo en un hospital terciario durante un periodo de dieciocho meses. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a trasplante renal único. Los criterios de exclusión fueron: necesidad de soporte vasoactivo en el periodo postoperatorio inmediato, reintervención quirúrgica, trasplante multiorgánico y ecografía no adecuada. Las exploraciones ecográficas incluyeron ecografía pulmonar, evaluación de la vena cava inferior (VCI), y el índice de pulsatilidad de la vena porta. Las exploraciones se realizaron: antes de la cirugía (D0), el día después de la cirugía (D1), siete días después (D7) y treinta días después (D30).
Resultados: Se incluyeron 45 pacientes en el análisis, de los cuales el 38,3% eran mujeres, con una edad media de 57,7 años (±15,5). El 84,8% presentaba hipertensión; el 65,2% estaban en hemodiálisis, el 15,2% en diálisis peritoneal y el 19,6% recibió un trasplante preventivo. En cuanto al tipo de donante, el 34,8% correspondió a muerte encefálica, el 43,5% a asistolia y el 21,7% a donante vivo. La congestión ecográfica se detectó en el 26,7% de los pacientes antes de la cirugía (D0), aumentando al 41,9% en el primer día postoperatorio (D1) y manteniéndose en el 39,5% en D7. En D30, persistía en el 15,2%. Por fenotipos, la congestión tisular fue del 15,6% en D0, subió al 31% en D1 y descendió al 26,3% en D7 y 9,1% en D30. La congestión venosa se observó en el 20% en D0, 26,2% en D1, 26,3% en D7 y 12,1% en D30. El fenotipo mixto se presentó en el 8,9% en D0, 14,3% en D1, 13,2% en D7 y 6,1% en D30.

Conclusión: Nuestros hallazgos destacan que más de una cuarta parte de los pacientes ya presenta evidencia ecográfica de congestión antes de la cirugía, con un aumento significativo inmediatamente después del trasplante. Aunque la congestión se resuelve gradualmente con el tiempo, una proporción considerable de pacientes permanece afectada.

Figura 1.



718 FRAGILIDAD COMO FACTOR DETERMINANTE EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

A. PARDO RUIZ¹, AE. BELLO OVALLES¹, L. SAHDALA SANTANA¹, C. GARIJO PACHECO¹, JF. SANCHEZ IGLESIAS¹, M. VILLA VALDEZ¹, F. GIL CATALINAS¹, E. NAJERA GALARRETA¹, KJ. LOPEZ ESPINOZA¹, ME. HUARTE LOZA¹

¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL SAN PEDRO LOGROÑO (LOGROÑO)

Introducción: El trasplante renal sigue siendo la opción terapéutica más eficaz para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Este procedimiento mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes y reduce la mortalidad en comparación con la hemodiálisis. La fragilidad es un factor crítico a considerar en pacientes en Lista de Espera para el Trasplante Renal, que influye significativamente en el pronóstico pre y post trasplante. El tiempo de espera antes de recibir un trasplante renal varía considerablemente y depende de múltiples factores.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes valorados en lista de espera de trasplante renal de nuestro hospital entre febrero 2022 y octubre 2024 con el objetivo de analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes, incluyendo edad, sexo y prevalencia de fragilidad mediante escala FRAIL.

Asimismo, se busca determinar el tiempo promedio transcurrido desde la primera valoración hasta la inclusión en la lista de espera para trasplante renal, así como el tiempo desde la inclusión hasta la realización del trasplante.

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS, con pruebas descriptivas.

Resultados: Se valoraron 114 pacientes entre Febrero 2022 y Octubre 2024. Como primera valoración, 26 pacientes en 2022 (29%), 40 en 2023 (45%), y 48 en 2024 (26%).

La edad media fue de 68 años, 34 fueron mujeres (39%) y 80 hombres (51%). De estos, el 14% (n=16) fueron derivados desde Hemodiálisis, el 21% (n=23) desde diálisis peritoneal y un 65% (n=75) desde ERCA.

La prevalencia de fragilidad, fue de un 1.5% (n=3) como frágiles. Estando en situación de prefragilidad el 2.1% (n=19) y no frágiles un 93.4% (n=82).

El tiempo promedio desde la primera valoración hasta la inclusión en la lista de espera fue de 9 meses, y desde el momento de inclusión hasta el trasplante de 11 meses, con una DE de 4 meses. Este retraso se debió a diversos factores: la necesidad de realizar estudios complementarios como evaluaciones cardiológicas o infecciosas. Asimismo, la presencia de comorbilidades como insuficiencia cardíaca, o antecedentes oncológicos obligó a posponer la inclusión hasta la adecuada optimización clínica. A esto se sumaron descompensaciones intercurrentes, como infecciones o ingresos hospitalarios, que interrumpieron el proceso de valoración.

Conclusión: El estudio refleja que la mayoría de los pacientes valorados para trasplante renal eran no frágiles. Los pacientes prefrágiles y frágiles se han incluido en un programa de pre-acondicionamiento para mejorar su situación basal y optimizarla de cara al futuro trasplante. La evaluación de la fragilidad es fundamental para una selección adecuada, planificación preoperatoria y mejora de los resultados post trasplante.

719 USO DE FINERENONA EN EL TRASPLANTE RENAL COMO TRATAMIENTO DE LA ALBUMINURIA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

N. LÓPEZ RODRIGUEZ¹, AM. CAVADA BUSTAMANTE², C. ESCÁGEDO CAGIGAS², ML. SUAREZ FERNANDEZ², C. SANZ GARCÍA¹, M. GÁGO FRAILE¹, N. RIDAO CANO², C. DÍAZ CORTÉ², C. PURROY IRURZUN², J. MAZÓN RUIZ¹

¹NEFROLOGÍA, HUCA (OVIEDO), ²NEFROLOGÍA, HUN (PAMPLONA), ³NEFROLOGÍA, HUCA (OVIEDO), ⁴NEFROLOGÍA, HUN (PAMPLONA)

Introducción: Tras los estudios FIDELIO y FIGARO, se aprobó el uso de finerenona para disminuir las complicaciones cardiovasculares y la progresión de la ERC en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2); no se incluyeron a pacientes con trasplante renal (TR).

Metodología: Estudio observacional prospectivo y longitudinal sobre el uso de la finerenona en el TR con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en dos centros de tercer nivel. El objetivo del estudio es determinar la eficacia medida como el descenso de la albuminuria y la seguridad del fármaco tras un mes de tratamiento.

Se recogen variables: sociodemográficas (edad, sexo, etnia), de función renal (filtrado glomerular CKD-EPI, potasio, cociente albúmina/creatinina), del TR (tipo de inmunosupresión y niveles). Para evaluar la seguridad se recogieron los eventos de hiperpotasemia, fracaso renal agudo y otros efectos secundarios.

Para el análisis estadístico se usó el SPSS versión 25. Se determinó con test de Shapiro-Wolf que las variables de la muestra no siguen la normalidad. Las variables cuantitativas se expresan en mediana y rango intercuartílico; las variables cualitativas con el recuento y porcentaje. Para el análisis diferencial se realizó el Test de Wilcoxon; puesto que se comparó la albuminuria, la función renal y la calemia antes y después del inicio de finerenona.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes con TR en tratamiento con finerenona desde enero de 2025; 18 de ellos con al menos un mes de tratamiento.

Las características basales de la muestra y los resultados se recogen en la tabla 1. Se estimó que el descenso medio de la albuminuria fue del 41,29%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p 0,008).

Conclusión: El uso de la finerenona en los pacientes TR y con DM2 trasplante renal fue seguro y consiguió un descenso en la albuminuria, sin evidenciar eventos adversos graves. Es necesario ampliar el estudio y la muestra para sacar conclusiones más relevantes.

Tabla 1.

Variables de estudio	% (recuento) / Mediana e intervalo de confianza		
Sexo % hombres (n)	63,2 (12)		
Edad (años)	60 (53-71)		
Fumadores (n)	52,6 (10)		
Consumo de alcohol % (n)	36,6 (6)		
Hipertensión arterial % (n)	72,3 (14)		
Dislipemia % (n)	89,5 (17)		
Hiperuricemia % (n)	23,1 (4)		
Enfermedades cardiovasculares % (n)	42,3 (8)		
Hemoglobina glicosilada % (n)	6,5 (5,75-7,10)		
HbA1c (mg/dl)	28 (25-32)		
ICAS y c-ARA II % (n)	88,9 (16)		
HgT2 % (n)	77,8 (14)		
Insulina (n)	50 (9)		
GRP % (n)	44,4 (8)		
Ritmoventado % (n)	72,2 (13)		
Proteína % (n)	77,4 (14)		
Tácitos % (n)/ niveles	83,3% 8 (7,28-9,10)		
imTOR % (n)/niveles	15,8% (2) 4,8 [4,4-13,4]		
Al inicio del estudio			
Al mes			
Valor de p			
Creatinina basal (mg/dL)	1,33 (1,13-1,89)	1,48 (1,3-2,02)	0,05
Filtrado glomerular estimado (ml/min/1,73m ²)	48 (33-62)	42 (30-52)	0,064
GOC albúmina/creatinina (mg/g)	397 (246-1195)	230 (153-476)	0,008***
Proteína glomerular (mmol/L)	4,8 (4,4-5)	4,8 (4,6-5)	0,824
AMPA	130-70 (120-140/65-75)	130/70 (120-135/60-75)	0,19
Suspensión Finerenona % (n)		6,3% (1)	
Lesión Renal Aguda % (n)		0	
Capturas		0	
Dosis Finerenona 10 mg		88,4% (16)	
Muerte Renal		0	
Pérdida de injerto		0	
Hospitalización por IC		0	
ICAC		0	
Muerte de otra etiología		0	

720 QUILOPERITONEO EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

GA. LEDESMAS SANCHEZ¹, G. CARREÑO CORNEJO¹, VR. MERCADO VALDIVIA¹, R. DÍAZ MANCEBO¹, A. GALLEGOS VILLALOBOS¹, Y. AMEZQUITA ORJUELA¹, S. CALDES RUISÁNCHEZ¹, C. BOLLAIN CARBONELL¹, R. ECHARRI CARRILLO¹, A. CIRUGEDA GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES)

Introducción: El quilo-peritoneo es una manifestación infrecuente caracterizada por la acumulación de líquido peritoneal rico en triglicéridos. Su diagnóstico en pacientes trasplantados renales es excepcional y plantea un amplio diagnóstico diferencial, que incluye causas traumáticas, neoplásicas, infecciosas y farmacológicas.

Caso clínico: Mujer de 28 años trasplantada renal a los 12 años (2008) por vasculitis ANCA-MPO con anticuerpos anti-MBG. Otros antecedentes: enfermedad linfoproliferativa posttrasplante (ELPTx) en abril 2021 (dos adenopatías cervicales, remisión completa tras conversión a everolimus) y embarazo no planificado en septiembre 2021 (retirada del imTOR a las 7 semanas de gestación, preeclampsia grave, inducción de gestación a las 37 semanas). Tras la gestación se reintroduce el imTOR.

En noviembre 2024 presenta ascitis de nueva aparición (ausente en ecografía de junio 2024), con vena porta dilatada (normal en TAC de 2023.) sin datos analíticos/radiológicos de hepatopatía ni hepatoesplenomegalia. Paracentesis compatible con quilo-peritoneo e hipertensión portal, recuento celular sin peritonitis, citología negativa para malignidad. Se descarta trombotosis portal por eco-Doppler y recidiva de ELPTx por TAC-body y PET-TC (además PCR VEB negativa). Biopsia hepática sin hallazgos estructurales. Existe una clara relación temporal con mandipidino (aparece a las 48h de su inicio, remite a las 72h de la suspensión). En la literatura solo encontramos 3 casos descritos de quilo-peritoneo asociado a Ca-antagonistas fuera de diálisis peritoneal, siendo los tiempos de aparición y desaparición similares a los de nuestra paciente. El mecanismo propuesto es el aumento de la permeabilidad linfática o disfunción del drenaje linfático intestinal inducida por vasodilatación esplácnica, en nuestro caso además quizás favorecido por el imTOR.

El mandipidino no justificaría la hipertensión portal. En este momento aparece deterioro de función renal y anemia, a lo que se asocian en las siguientes dos semanas datos de hemólisis, trombopenia y esquistocitos. Se realiza una biopsia renal compatible con rechazo humoral crónico activo y celular borderline, junto con datos sugestivos de microangiopatía trombótica (MAT) incipiente, por lo que se inicia eculizumab con buena respuesta, pero sin mejoría de función renal. Es posible que la MAT justifique la hipertensión portal de la paciente.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar los antagonistas del calcio como causa potencial de quilo-peritoneo. Además, subraya la necesidad de una evaluación multidisciplinaria para descartar causas más prevalentes como neoplasias o infecciones. En pacientes trasplantados, el diagnóstico se complica por la coexistencia de múltiples factores, como lo inmunosupresores, el rechazo y complicaciones hematológicas como la MAT.

721 VALORACIÓN DE LA INMUNIDAD HUMORAL Y CELULAR FRENTE AL CMV EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL: IMPLICACIONES PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Y LA PROFILAXIS

C. GARCÍA MAJADO¹, M.J. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, J.E. PASACHE CHONG¹, M. GOZALO², C. GONZÁLEZ-RICO³, M.O. VALENTÍN¹, C. LÓPEZ DEL MORAL¹, R. VALERO¹, E. RODRIGO¹, J.C. RUIZ¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL (SANTANDER, ESPAÑA),
²MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL. CIBER DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS - CIBERINFEC (SANTANDER, ESPAÑA), ³ENFERMEDADES INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL. CIBER DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS-CIBERINFEC (SANTANDER, ESPAÑA)

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes trasplantados renales con un potencial impacto deletéreo sobre la supervivencia del injerto y del paciente. Las estrategias actuales de prevención están basadas en la estratificación del riesgo en función del estado serológico de donante y receptor. Sin embargo, la serología no permite conocer el estado de inmunidad celular frente al virus que constituye un factor clave en la defensa del individuo. La prueba interferón-gamma anti-CMV (Quantiferon®)* basada en la detección de interferón-gamma producido por linfocitos T CMV-específicos, ha surgido como una herramienta útil en la evaluación de dicha respuesta. El objetivo del estudio es analizar la correlación entre la serología y el Quantiferon en una cohorte de pacientes trasplantados renales y sus implicaciones en la práctica clínica.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en una cohorte de pacientes receptores de trasplante renal que tenían determinaciones de serología CMV (IgG) y Quantiferon en el periodo pre y/o postrasplante inmediato. Se analizó la prevalencia de Quantiferon negativo entre los pacientes seropositivos así como la evolución de la inmunidad celular en el subgrupo de pacientes con Quantiferon basal negativo y determinaciones seriadas.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, con una edad media de 58,1 años (DE 13,3), de los cuales 46 (57,2%) eran hombres. Un total de 66 pacientes (82,5%) fueron seropositivos para CMV y 51 (63,7%) presentaron un resultado positivo en Quantiferon. Del total de pacientes seropositivos, 12 (18,2%) mostraron un Quantiferon negativo, y 3 (4,5%) tuvieron un resultado indeterminado. Ningún paciente seronegativo tuvo una respuesta positiva en Quantiferon. En el subgrupo de 6 pacientes de alto riesgo (serología y Quantiferon basal negativos) en ninguno se observa desarrollo de respuesta inmune tras la profilaxis.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes trasplantados renales, el 18,2% de los pacientes seropositivos no presentaron inmunidad celular frente a CMV, lo que traduce un mayor riesgo de infección que pasaría desapercibido si solo se utiliza la serología como herramienta de estratificación. Además, la ausencia de conversión a Quantiferon positivo en el subgrupo con determinaciones seriadas sugiere una incapacidad persistente de desarrollar inmunidad frente al virus. Estos resultados apoyan la necesidad de integrar la prueba de Quantiferon en la evaluación pre y postrasplante para lograr una mejor estratificación del riesgo y permitir estrategias individualizadas de profilaxis y seguimiento postrasplante.

* Reactivo: Quantiferon® -CMV ELISA (QIAGEN). Equipo: LIAISON® XS (DiaSorin).

722 ¿MENOS ES MÁS? ESTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL TRASPLANTE INMEDIATO
 LR. LÓPEZ RUIZ¹, DV. VARELA HERRERO¹, LP. PÉREZ BAGICALUPE¹, NR. RIDAO CANO¹, JH. DE LA HERA GALARZA², ES. SÁNCHEZ ÁLVAREZ³, MG. GAGO FRAILLE⁴, MS. SUÁREZ FERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO/ESPAÑA), ²MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HUCA (OVIEDO/ESPAÑA), ³CARDIOLOGÍA. HUCA (OVIEDO/ESPAÑA), ⁴CARDIOLOGÍA. HUCA (OVIEDO/ASTURIAS)

Introducción: La cirugía del trasplante renal (TR) y las comorbilidades del paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) o terminal condicionan la estancia hospitalaria tras el procedimiento. Sin embargo, es esencial al igual que en otras cirurgías, que el tiempo de ingreso se reduzca al máximo sin aumentar los reingresos.

Material y método: Estudio descriptivo, analítico, observacional y retrospectivo de la estancia hospitalaria tras el TR en nuestra comunidad entre enero del 2020 hasta diciembre del 2022.

Resultados: Un total de 156 pacientes recibieron TR y fueron incluidos en nuestro estudio, de los cuales 1 falleció. De la muestra, 73% fueron hombres y 56% realizaba hemodiálisis (HD), seguidos por grupo de diálisis peritoneal (DP) 36,54%. La mediana de tiempo de ingreso fue de 7 días.

En la tabla 1 se pueden observar los datos más significativos de nuestro estudio.

En el gráfico 1 se puede observar la desviación estándar de días según la situación previa al trasplante.

En el postrasplante inmediato (30 días) el 12% necesitó reingreso (19), siendo la causa más frecuente los procesos infecciosos (8) seguidos de complicaciones quirúrgicas (6); 2 pacientes presentaron complicaciones infecciosas y quirúrgicas simultáneamente. La mayoría de ellos fueron hombres (16) y el grupo más afectado fue el de HD (11).

Conclusiones: La estancia hospitalaria fue aceptable incluso en pacientes mayores, con un escaso porcentaje de reingresos. Sugerimos evaluar las altas precoces en el postrasplante inmediato ya que disminuyen los costes y reducen el número de complicaciones como las infecciones nosocomiales.

Tabla 1.

	%	DATOS GENERALES				HOMBRES		MUJERES		ERCA		HD	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD	58,1	53,22	5,336	5,977									
TIPO DE TR													
IMEDIATO	73	46,15	29	18,58	19	11,54	10	6,39	19	12,05	11	6,98	
NO IMEDIATO	27	16,86	17	10,83	8	5,13	9	5,71	8	5,13	5	3,27	
PRETRASPLANTE	56	34,74	35	21,79	20	12,54	15	9,49	16	10,26	11	6,98	
POSTRASPLANTE	100	62,26	65	40,92	39	24,23	26	16,29	29	18,26	20	12,54	
PRETRASPLANTE + POSTRASPLANTE	156	96,52	100	62,26	59	36,86	45	28,14	45	28,14	31	19,42	
PRETRASPLANTE + NO IMEDIATO	54	33,97	35	21,79	20	12,54	15	9,49	16	10,26	11	6,98	
PRETRASPLANTE + IMEDIATO	102	62,55	65	40,92	39	24,23	26	16,29	29	18,26	20	12,54	
NO IMEDIATO + POSTRASPLANTE	27	16,86	17	10,83	8	5,13	9	5,71	8	5,13	5	3,27	
NO IMEDIATO + PRETRASPLANTE	27	16,86	17	10,83	8	5,13	9	5,71	8	5,13	5	3,27	
NO IMEDIATO + PRETRASPLANTE + POSTRASPLANTE	54	33,97	35	21,79	20	12,54	15	9,49	16	10,26	11	6,98	
NO IMEDIATO + POSTRASPLANTE	27	16,86	17	10,83	8	5,13	9	5,71	8	5,13	5	3,27	
NO IMEDIATO + PRETRASPLANTE + POSTRASPLANTE	54	33,97	35	21,79	20	12,54	15	9,49	16	10,26	11	6,98	
PRETRASPLANTE + POSTRASPLANTE	100	62,26	65	40,92	39	24,23	26	16,29	29	18,26	20	12,54	
PRETRASPLANTE + PRETRASPLANTE + POSTRASPLANTE	156	96,52	100	62,26	59	36,86	45	28,14	45	28,14	31	19,42	

723 LOS INHIBIDORES DEL COTRASPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (iSGLT2) REDUCEN A LARGO PLAZO LA PROTEINURIA EN EL TRASPLANTE RENAL

OR. RAÑO SANTAMARÍA¹, GR. PAREDES CÁRDENAS¹, DS. SIERRA CASTRO¹, LR. RIVERA CHAVEZ¹, YM. GARCÍA MARCOTE¹, DA. ASTUDILLO JARRÍN¹, PO. OTERO ALONSO¹, JO. QUISEP GONZALEZ¹, AG. GARCÍA ENRIQUEZ¹, J.C. CALVIÑO VARELA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LUCUS AUGUSTI (LUGO/ESPAÑA)

Introducción: Los iSGLT2 han demostrado importantes beneficios cardiovasculares en el manejo de los pacientes con diabetes, así como en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca y en la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). El trasplante renal (TR) es un modelo de hiperfiltración donde estos fármacos podrían ser especialmente útiles, aunque sus estudios en el tratamiento de esta población siguen siendo escasos. Por ello, nos hemos propuesto analizar la evolución de un grupo de pacientes con TR, seguidos en nuestro centro, y que recibían iSGLT2.

Pacientes y métodos: Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 38 pacientes, 27 varones y 11 mujeres, de 66 ± 8,5 años, trasplantados desde al menos 9 meses y con función renal estable, a los que se les había prescrito un iSGLT2 en el contexto de diabetes, insuficiencia cardíaca y/o albuminuria. Analizamos el efecto sobre la función renal, albuminuria, control glucémico, peso, anemia, electrolitos, metabolismo calcio-fósforo al inicio y a los 12 meses de tratamiento, así como sus efectos secundarios.

Resultados: De los 38 pacientes incluidos, 23 (60%) eran diabéticos. La inmunosupresión en la mayoría de los casos consistía en prednisona, tacrolimus y micofenolato. 16 pacientes (42%) recibían imTOR. Tras un año de tratamiento, la función renal varió de una creatinina de 1.6 ± 0.63 hasta 1.7 ± 0.75 mg/dl (p=0,01), y de un FG calculado (CKD-EPI) de 47 ± 17.4 a 40 ± 17.3 ml/min (p<0.01). La albuminuria se redujo desde 387 ± 506.4 a 209 ± 236.6 mg/g (p= 0.01). Se objetivó un descenso en la tensión arterial sistólica de 143 ± 17,6 a 135 ± 12,7, y diastólica desde 82 ± 11,1 a 79 ± 10,5 mmHg (p<0,05). Se apreció un descenso del peso (82 ± 15.9 vs 79 ± 14.1 Kg, p<0,01) y un aumento de la hemoglobina desde 13,3 ± 1,50 a 13,8 ± 1.61 g/dL (p<0.01), sin correlación entre ambas variables. No se apreciaron diferencias reseñables en el resto de variables. El tratamiento fue bien tolerado siendo el efecto secundario más frecuente la infección urinaria (4 casos, 10,5%).

Conclusión: En nuestra serie, el tratamiento con iSGLT2 reduce la albuminuria en un 45%, acompañándose de un leve deterioro esperable de la función renal, y con escasos efectos secundarios. Son necesarios más estudios para confirmar si los efectos beneficiosos demostrados con estos fármacos sobre la progresión de la ERC de otras etiologías son extrapolables a la población trasplantada.

724 EXPERIENCIA CON INHIBIDORES DEL CHECKPOINT INMUNOLÓGICO EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL Y CÁNCER METASTÁSICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO
 PD. DONOSO NARANJO¹, NS. SANTOS COLLADO¹, MS. SUÑER POBLET¹, BG. GASCO MARTOS¹, AS. SUAREZ BENJUMEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA)

Introducción: Los receptores de trasplante de órganos sólidos (TOS) presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar neoplasias de novo, debido al uso prolongado de inmunosupresores. Los inhibidores del checkpoint inmunológico (ICPs), como anticuerpos contra CTLA-4, PD-1 y PD-L1, han demostrado eficacia en neoplasias avanzadas. Sin embargo, en receptores de trasplante renal su uso implica un riesgo elevado de rechazo agudo, con una incidencia cercana al 40 %, lo que representa un desafío clínico.

Objetivo: Describir la experiencia de un centro hospitalario en el uso de ICPs en pacientes con trasplante renal y cáncer metastásico de órgano sólido. Se analizó su eficacia oncológica, los eventos adversos inmunomediados, el rechazo y la disfunción del injerto renal, así como desenlaces de morbimortalidad.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo unicéntrico en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), incluyendo pacientes con trasplante renal y cáncer metastásico tratados con ICPs (nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab) entre enero de 2020 y marzo de 2025. Se recopilaron datos de bases institucionales y registros de farmacia. El análisis estadístico fue descriptivo, enfocándose en seguridad (rechazo, eventos adversos, mortalidad) y respuesta tumoral.

Resultados: De 3.093 pacientes con trasplante renal, se identificaron 7 tratados con ICPs por cáncer metastásico: tres con carcinoma pulmonar no microcítico, dos con carcinoma epidermoide, uno con carcinoma urotelial y otro con carcinoma renal de células claras. No se observaron rechazos agudos del injerto. Se documentaron eventos adversos inmunomediados en cuatro pacientes (60 %), incluyendo neurotoxicidad, hepatotoxicidad, diabetes mellitus de novo y necrosis cortical. Tres pacientes desarrollaron fracaso renal agudo, de los cuales uno evolucionó hacia microangiopatía trombótica con pérdida del injerto. En cuanto a la eficacia oncológica, cinco pacientes presentaron progresión tumoral y dos una respuesta parcial. La mortalidad fue del 57,1 %, relacionada con la progresión oncológica.

Conclusiones: En esta cohorte limitada, los ICPs mostraron baja respuesta tumoral y alta toxicidad inmunomediada en pacientes con trasplante renal. Aunque no se evidenció rechazo agudo, se registraron complicaciones graves como microangiopatía trombótica. Pese al riesgo, los ICPs pueden representar la única opción terapéutica en ciertos casos, lo que exige una evaluación individualizada del riesgo-beneficio y la implementación de estrategias de inmunosupresión personalizadas.

[Ver tablas](#)

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

725 USO DE LA ECOGRAFÍA POCUS EN LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE CONGESTIÓN EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO

I. GARCÍA GARCÍA¹, E. MARTÍNEZ MORALES¹, C. MARTÍN RODRÍGUEZ¹, L. MARTÍN TESTILLANO¹, E. GARCÍA MENÉNDEZ¹, P. VILLEGAS SÁNCHEZ¹, B. SÁNCHEZ SOBRINO¹, P. LÓPEZ SÁNCHEZ¹, JM. PORTOLÉS PÉREZ¹, D. JANEIRO MARÍN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA) (MADRID)

Introducción: La función retrasada del injerto renal se ha asociado con una menor supervivencia del injerto y un mayor riesgo de disfunción crónica. La ecografía POCUS (point-of-care ultrasound) podría facilitar la detección precoz de congestión venosa y pulmonar, permitiendo optimizar el manejo hemodinámico y, con ello, reducir la necesidad de diálisis en el postoperatorio inmediato.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, que incluyó a 67 pacientes sometidos a trasplante renal. Se compararon 37 pacientes monitorizados con ecografía POCUS durante el posttrasplante inmediato frente a 30 pacientes en los que no se utilizó esta herramienta. Se evaluó la necesidad de diuréticos, albúmina y diálisis. En el grupo de pacientes monitorizados con ecografía POCUS, se determinó el tipo de congestión mediante POCUS (líneas B y diámetro de la vena cava) y la gravedad de la misma mediante bioimpedanciometría (BIA) durante las dos primeras semanas posttrasplante.

Resultados: En el grupo con ecografía POCUS se observó un mayor uso de diuréticos y albúmina, siendo este último estadísticamente significativo ($p < 0,05$). La necesidad de diálisis fue menor en este grupo, aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,305$). En los pacientes monitorizados con ecografía, se observó una disminución progresiva de los signos de congestión tanto venosa como tisular, así como de la gravedad de la misma según BIA (Tabla 1).

Conclusiones: La implementación de la ecografía POCUS como herramienta de seguimiento en el posttrasplante inmediato podría ser útil para anticipar la congestión, permitiendo un manejo precoz y más individualizado del paciente, con un posible impacto en la reducción de la necesidad de diálisis. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos y valorar su impacto clínico a medio y largo plazo.

Tabla 1. Resultados obtenidos por POCUS y BIA.

DATOS OBTENIDOS POR POCUS Y BIA			
	48 HORAS	1ª SEMANA	2ª SEMANA
LÍNEAS B			
<3campo y < 15	88,8%	87,8%	96,1%
>3campo o >15	11,1%	12,1%	3,8%
DIÁMETRO CAVA			
<2 cm	72,2%	87,8%	88,4%
≥ 2cm	27,7%	12,1%	11,5%
GRADO CONGESTIÓN			
Grave (OH>10% peso seco)	18,7%		
Moderada (OH 5-10% peso seco)	6,2%	28,1%	71,7%
Leve (OH<5% peso seco)	75%	71,8%	88%

726 EL RETO DEL EMBARAZO EN EL TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

A. MORALES ROSAS¹, N. CALVO ROMERO¹, M. PUJOL PUJOL¹, C. FERNANDEZ FERNANDEZ¹, C. RIAZA ORTIZ¹, R. JIMÉNEZ ORTEGO¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, B. RODRÍGUEZ CUBILLO¹, IM. PÉREZ FLORES¹, AI. SÁNCHEZ FRUCTUOSOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

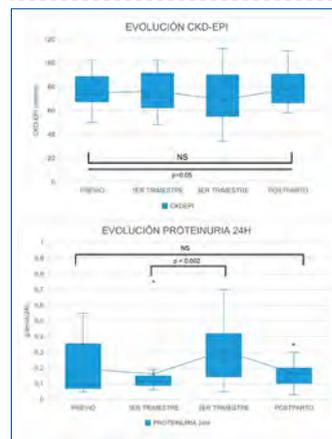
Introducción: El embarazo tras un trasplante renal se considera de alto riesgo. Está descrito que las complicaciones relacionadas con el embarazo son más frecuentes en las mujeres trasplantadas. Nuestro objetivo es analizar el riesgo materno y fetal, así como la función del injerto durante el embarazo en mujeres trasplantadas renales.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se evaluaron todos los embarazos consecutivos de pacientes receptoras de trasplante renal con hijos recién nacidos vivos (RNV), entre 2005 y 2025 de nuestro centro. Se evaluó el impacto del embarazo en los riesgos obstétricos, función del injerto y desarrollo fetal. Análisis estadístico realizado con SPSS(v25) empleando los test χ^2 para variables categóricas y ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: Se analizaron 20 embarazos de 12 mujeres trasplantadas renales con una mediana de duración de 36,9 semanas de gestación (RIC: 34-40), con 16 RNV en total. Cuantificamos 5 cesáreas (35.7%) y 8 partos prematuros (50%). La mediana del peso al nacer fue de 2427 gramos (RIC: 2175-3000). En 8 mujeres (57.1%) observamos deterioro de la función renal >10ml/min en el tercer periodo, con mejoría postparto (Figura 1). Notificamos un aumento de la proteinuria >0.5g/24h con el mismo comportamiento. Observamos un mayor número de preeclamsias entre las pacientes con trasplante renal >5 años de evolución (3 preeclamsias; 18.8%). La inmunosupresión utilizada más frecuente fue tacrolimus, azatioprina y prednisona (8 pacientes; 50%).

Conclusiones: El embarazo en pacientes trasplantadas es considerado de riesgo. Sin embargo, en nuestra muestra observamos un deterioro de función renal y aumento de proteinuria durante el mismo con recuperación posterior, no encontrando diferencias entre la función renal basal o la proteinuria con las cifras posteriores al embarazo. Por ello lo consideramos una opción segura siempre que el seguimiento se realice en unidades especializadas.

Figura 1.



727 NEOPLASIAS POSTRASPLANTE RENAL: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y MANEJO MULTIDIMENSIONAL EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA

AM. ALEJANDRO MORALES¹, MA. MARIA ANGELES MORENO DE LA HIGUERA¹, MM. MARIA MUÑIZ¹, M. MARINA PUJOL PUJOL¹, CR. CRISTINA RIAZA¹, CF. CARLOS FERNANDEZ¹, R. RAQUEL JIMENEZ¹, A. ARIANNE AIFFIL¹, B. BEATRIZ RODRÍGUEZ CUBILLO¹, AS. ANA ISABEL SANCHEZ FRUCTUOSOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: Las neoplasias posttrasplante (NPT) emergen como causa creciente de morbimortalidad en receptores de TR (RTR).

Objetivos: Identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de NPT en RTR. Describir las características clínicas, el manejo terapéutico y la evolución de los pacientes con NPT.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en 338 RTR adultos con trasplante funcional entre enero 2017 y enero 2025. Se registraron variables basales: edad, sexo, función renal (CKD-EPI), tipo de donante, régimen de inducción y mantenimiento inmunosupresor, toxicidad por tacrolimus y tabaquismo. En los 52 casos con NPT se documentaron histología, estadio (localizado, ganglionar, metastásico), tiempo hasta el diagnóstico, tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia), modificaciones del inmunosupresor, efectos adversos y outcomes (curación, progresión, muerte). Análisis descriptivos (medianas e IQR), regresión logística para factores de riesgo y análisis de supervivencia tipo Cox uni/ multivariante (SPSS v.19; $p < 0,05$).

Resultados: La incidencia de NPT fue del 15 % (52/338). Mediana de seguimiento: 1 170 días (IQR 502-2 186); tiempo hasta NPT: 864 días (IQR 485-1 494). Las neoplasias cutáneas no melanómicas representaron el 48 % de los casos, con curación del 100 %. Los tumores digestivos (16 %), pulmonares (15 %) y hematológicos (10 %) presentaron ≥ 60 % de estadios metastásicos y mortalidad oncológica del 23 %. El tabaquismo activo fue el único factor de riesgo independiente (OR 3,41; $p=0,007$). El 78,6 % recibió tratamiento oncológico de primera línea. El esquema CNI + mTORi fue el más usado; la mediana hasta ajuste inmunosupresor fue de 114 días. La mediana hasta la curación fue de 67 días y el tiempo hasta la muerte tras NPT agresiva, de 903 días. Solo el 23 % obtuvo seguimiento paliativo, mejorando el control sintomático (dolor, tristeza) y la planificación anticipada de cuidados (89 % vs. 2 %; $p=0,002$).

Conclusión: Las NPT constituyen complicaciones frecuentes y mortales en RTR; el tabaquismo es el principal factor de riesgo modificable. Un manejo terapéutico individualizado y multidimensional, que incluya ajustes de inmunosupresión y apoyo paliativo precoz, es esencial para mejorar los resultados oncológicos y la calidad de vida de esta población.

728 PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y EN LOS NIVELES DE P-CRESOL

M. PUJOL PUJOL¹, E. DE AREBA IGLESIAS², A. AIFFIL MENESES¹, N. CALVO ROMERO¹, I. ORTEGA MADUEÑO², B. RODRÍGUEZ CUBILLO¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, AI. SÁNCHEZ-FRUCTUOSOS¹, I. PÉREZ FLORES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de sintomatología gastrointestinal (SGI) en receptores de trasplante renal (RTR) de >6 meses y los principales factores de riesgo (FR). 2) Analizar su impacto en la calidad de vida (CV), la adherencia terapéutica (AT) y las concentraciones plasmáticas de p-cresol, toxina relacionada con disfunción endotelial e inflamación.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes unicéntrico que incluyó 105 RTR estables, que realizaron un test de CV (GIQLI) y otro de AT (SMAQ) y se les hizo analítica rutinaria incluyendo niveles de p-cresol, medido mediante HPLC. Los RTR con cirugía gastro-intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal o con neoplasia activa, a excepción de carcinoma cutáneo no melanoma, fueron excluidos. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y medicación concomitante.

Resultados: La edad media fue de 62 años (SD 14 años), 64.8% eran hombres, 88.6% caucásicos y llevaban 9.8 años trasplantados (4.8- 16.0). Un 96% eran hipertensos, 39% diabéticos, 46.7% cardiopatas y 5% hepatopatas. Los tratamientos más frecuentes fueron: tacrolimus- micofenolato 85%, estatinas 83%, inhibidor bomba de protones 74.3%, bloqueo SRAA 65.7%, metformina y/o iSGLT2 56.2%, probióticos 23.8%. Un 26.7% había recibido antibioterapia en los 3 meses previos. Se detectó SGI (aerofagia 62.9%, dispepsia 51.4%, dolor abdominal 29.5%, diarrea 25.7%, estreñimiento 21.9%) en un 37% (39/105), con alto impacto en CV y AT (tabla 1). Los FR implicados en la SGI se describen en la tabla 2. Niveles de p-cresol >2.4 mg/l ($p50$) se relacionaron con urgencia defecatoria [RR: 0.22 (0.06-0.77), $p=0.015$].

Conclusión: Los RTR tienen una elevada prevalencia de SGI, implicando una peor CV, y relacionándose con menor AT y niveles de p-cresol, lo que puede tener implicaciones en la supervivencia de injerto y paciente. Personalizar la terapia inmunosupresora y evitar el abuso de antibióticos podrían ser dos factores claves para intentar disminuir la SGI, sobre todo en aquellos RTR con mayor susceptibilidad.

Ver tablas

729 IMPACTO DEL MANTENIMIENTO DE LA INMUNOSUPRESIÓN TRAS LA PÉRDIDA PRECOZ DEL INJERTO RENAL EN LA SENSIBILIZACIÓN INMUNOLÓGICA: ANÁLISIS OBSERVACIONAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS

CF. CARLOS FERNANDEZ¹, AM. ALEJANDRO MORALES¹, BR. BEATRIZ RODRIGUEZ CUBILLO¹, M. MARINA PUJOL PUJOL¹, CR. CRISTINA RIAZA¹, A. ARIANNE AIFFIL¹, NC. NATIVIDAD CALVO¹, MA. MARIA ANGELES MORENO¹, R. RAQUEL JIMENEZ¹, AS. ANA ISABEL SANCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Objetivo Primario: Evaluar si el mantenimiento de IS tras la pérdida precoz del injerto se asocia a menor sensibilización inmunológica, medida por presencia de AcHLA y ADEs. Como objetivos secundarios, describir la cohorte de pacientes afectados, su evolución y la posibilidad de reinclusión en lista.

Métodología: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes con pérdida del injerto renal en el primer mes postrasplante desde el 1 enero 2022 hasta el 14 abril 2025. Se comparó la presencia de AcHLA postexplantado y el número de ADEs según el mantenimiento o no de IS, así como variables clínicas, demográficas, características del trasplante y eventos adversos relacionados con el tratamiento inmunosupresor. Se aplicó test de Fisher y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron 15 pacientes con pérdida precoz del injerto renal (mediana de 14 días, RIQ: 6-38). El 40% (n=6) mantuvo tratamiento inmunosupresor tras el explante. La presencia de anticuerpos anti-HLA post fue menor en los pacientes con IS (50%) frente a aquellos sin IS (88.9%), sin alcanzar significación estadística (p = 0.2352). Los ADEs se identificaron en el 16.7% de los pacientes con IS vs 44.4% sin IS (p = 0.5804). Al final del seguimiento, el 100% de los pacientes sin IS presentaban criterios de hiperinmunización (PATHI o HI) frente al 33.3% de los que mantuvieron IS. La incidencia de eventos infecciosos en el grupo con IS fue del 25%, frente al 15% en el grupo sin IS.

Conclusión: El mantenimiento de inmunosupresión tras la pérdida precoz del injerto podría reducir la sensibilización inmunológica, facilitando una futura inclusión en lista de espera con menor riesgo inmunológico. Se precisan estudios con mayor tamaño muestral para validar estos resultados.

730 PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO EN EL TRASPLANTE RENAL

I. DE LA CUEVA¹, A. ROMERO², MD. MACHADO³, D. CARRASCO⁴, C. MOLIZ⁵, R. ESPAÑA⁶, J. ALONSO⁷, LM. CASTELO⁸, E. GARCIA⁹, V. LÓPEZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, INSTITUTO BIOMÉDICO DE INVESTIGACIÓN DE MÁLAGA (IBIMA)- PLATAFORMA BIONAND, RICORS2040 (RD21/0005/0012) Y (RD24/0004/0026). (MÁLAGA/ESPAÑA), ²UROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA), ³ENFERMERÍAS INFECCIOSAS. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA), ⁴UROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA)

Introducción: El pseudoaneurisma infeccioso (PI) es una complicación vascular rara pero grave en el trasplante renal, con un alto riesgo de hemorragia, pérdida del injerto y mortalidad. Su presentación clínica es inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico temprano.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 60 años con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a síndrome de Alport, quien desarrolló un pseudoaneurisma de la anastomosis arterial cuatro meses después de recibir un trasplante renal de donante cadáver. La paciente había presentado bacteriemia recidivante por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente sin foco clínico aclarado. El diagnóstico se estableció mediante Angiografía por Tomografía Computarizada (Angio-TC) que evidenció un pseudoaneurisma de 2 cm en la arteria iliaca externa derecha. Se realizó manejo quirúrgico con bypass femoro-femoral y trasplantectomía, con evolución postoperatoria favorable. Completó 12 semanas de antibioterapia dirigida.

Conclusión: El PI en pacientes trasplantados renales es una entidad poco frecuente pero con elevada mortalidad. Su diagnóstico requiere una alta sospecha y un enfoque multidisciplinar. La bacteriemia persistente por *Pseudomonas aeruginosa* fue el factor desencadenante en este caso, precisando abordaje quirúrgico para el control de la infección y la prevención de complicaciones hemorrágicas.

731 INFLAMACIÓN CRÓNICA Y TRASPLANTE RENAL

MA. FERNÁNDEZ MARTÍN¹, TE. RONDA SERRAT¹, AY. MOULTAMIS¹, PA. ARDURA AGUDÍN¹, KE. COBO CAMPUZANO¹, IV. CORRALES SESLAYA¹, AR. COCA¹, BE. FERNÁNDEZ CARBAJO¹, PI. PASCUAL NÚÑEZ¹, AL. MENDILUCE HERRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HCUV (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: La inflamación crónica está fuertemente relacionada con la mortalidad y el riesgo cardiovascular, debido entre otras razones al papel fundamental que cumple en la síntesis de la placa de aterosclerosis. Además, en los últimos años son muchos los estudios que han relacionado la inflamación crónica con el desarrollo y la evolución de la enfermedad renal.

Objetivo: analizar la influencia de la inflamación crónica pretrasplante en la evolución de la función renal y en el desarrollo de complicaciones tras el trasplante renal.

Material y método: el estudio consta de 72 pacientes con trasplante renal en nuestro centro a lo largo del 2024. Determinamos la proteína C reactiva (PCR) antes del trasplante, que se utilizó como marcador de inflamación crónica, por tratarse del parámetro más accesible en la práctica clínica. Basándonos en la literatura existente y en la distribución de la variable en nuestra muestra, se estableció el punto de corte con cifras de PCR de 4 para determinar la existencia de inflamación crónica previa a la intervención.

Resultados: La PCR antes del ingreso media era 3,9 +/- 6,4, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 37.

Se analizaron las características basales de los trasplantados en función de tener PCR mayor o menor de 4 en el momento del ingreso. Se encontró que, en el grupo con PCR elevada, la edad era mayor y la diuresis residual, menor. Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto a las comorbilidades en función de la PCR.

Se analizó la funcionalidad del injerto, la mortalidad y las complicaciones postquirúrgicas en función de la PCR al ingreso.

No se encontraron relaciones entre los niveles de PCR y la función retrasada del injerto o con el filtrado glomerular durante el primer año.

En la muestra se notificaron 2 éxitos secundarios a complicaciones post-quirúrgicas. Ambos, presentaban PCR elevada previa al trasplante, pero el número de casos es escaso para poder analizarlo.

Sin embargo, se determinó que existía una relación significativa entre una PCR aumentada y tener más complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica (infecciones, dehiscencias de la herida o necesidad de reintervención quirúrgica).

Conclusiones: La inflamación crónica antes del trasplante parece relacionarse con un mayor número de problemas de la herida quirúrgica.

Probablemente sea necesario realizar un seguimiento a largo plazo de estos pacientes y analizar persistencia de inflamación crónica tras el trasplante renal para poder determinar la repercusión de estos parámetros sobre la evolución de la función renal.

732 EL TRATAMIENTO CON ISGLT2 NO INCREMENTA EL RIESGO DE ITU EN TRASPLANTADOS RENALES

LS. LÓPEZ ROYO¹, C. MEDRANO VILLARROYA¹, J. CACHO ALONSO¹, D. BELTRÁN MALLÉN¹, VA. VILLA AYALA¹, FA. GUEVARA MADRID¹, J. GUILLÉN CRUSELLS¹, C. GRACIA MARTÍN¹, B. SUREDA DE LUCIO¹, A. GUTIÉRREZ DALMAU¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA/ESPAÑA)

Introducción: Los iSGLT2 son fármacos que inhiben la reabsorción de glucosa en el túbulo contorneado proximal renal, demostrando amplio beneficio para el control de la diabetes, cardiovascular y renal. No obstante, el contexto de la glucosuria puede crear un caldo de cultivo favorable para el crecimiento bacteriano, aumentando potencialmente el riesgo de infecciones genitourinarias. Sin embargo, este efecto adverso no se ha estudiado adecuadamente en poblaciones especiales y de riesgo como los trasplantados renales (TRs). El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar de manera observacional retrospectiva las diferencias en incidencia de ITUs (definidas por la necesidad de tratamiento antibiótico) en dos cohortes de TRs con y sin iSGLT2.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes TRs en Aragón entre 2019 y 2022 expuestos a tratamiento con iSGLT2 durante al menos 1 mes. Estos pacientes se compararon con una cohorte de pacientes TRs control no expuestos a iSGLT2, ajustada por fecha de trasplante, edad, diabetes, y tiempo de seguimiento postrasplante. El grupo iSGLT2 fue observado durante los primeros 12 meses de tratamiento, y el grupo control durante el mismo periodo y desde un punto temporal equidistante del trasplante.

Resultados: De los 290 pacientes TRs en Aragón entre 2019 y 2022, 83 están o han estado en tratamiento con iSGLT2. 5 casos fueron excluidos por ausencia de datos para el seguimiento. Se analizaron 78 casos y 78 controles, que no mostraron diferencias en las características basales de ambas poblaciones. El fármaco fue retirado en 13 casos (7 por ITUs, 2 por reducción del FG, 3 por intolerancia y 1 por causa desconocida).

Se halló que 21/78 pacientes (26,92%) de ambos grupos desarrollaron ITUs (OR = 1.0). El tiempo de observación de ambas cohortes fue de 748 meses, produciéndose 38 episodios de ITU en el grupo iSGLT2 (0,0508 ITUs/mes) vs 41 episodios de ITU en el grupo control (0,0548 ITUs/mes) (p=ns). Nuestro estudio estuvo limitado por tratarse de una observación retrospectiva y por la posibilidad de sesgo en la población control por la decisión clínica de no iniciar iSGLT2 en pacientes con tendencia a ITUs.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que la exposición a iSGLT2 en pacientes trasplantados renales no incrementa significativamente el riesgo de ITU en esta población, como ya ha sido demostrado en población general (meta-análisis de Puckrin et al.), por lo que este grupo de pacientes posiblemente mantiene el gran beneficio renal y cardiovascular de estos fármacos sin riesgos adicionales.

Resúmenes

Trasplante renal - Aspectos clínicos y complicaciones

733 INCIDENCIA DE CÁNCER EN TRASPLANTE RENAL: NUESTRA EXPERIENCIA

A. LÓPEZ DE LA TORRE MOLINA¹, M. RAMÍREZ PEÑA¹, M. ALMENARA TEJEDERAS¹, MA. RODRÍGUEZ PÉREZ¹, F. ALONSO GARCÍA¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)
Introducción: Los pacientes con trasplante renal presentan mayor riesgo de cáncer que la población general, pero en España faltan datos fiables por la ausencia de registros específicos.
Objetivos: Analizar la incidencia de cáncer en pacientes trasplantados renales en nuestra área sanitaria. Se estudiaron posibles factores de riesgo relacionados con la enfermedad neoplásica y la mortalidad de esta población.
Materiales y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a 319 pacientes en seguimiento en consulta de trasplante renal en nuestra área sanitaria durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2024. El periodo de seguimiento se realizó desde la primera consulta en nuestro centro hasta el exitus del paciente, pérdida de seguimiento o fin de estudio (31/01/24).
 Se registraron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de los pacientes, además la incidencia de diferentes tipos de lesiones neoplásicas y preneoplásicas.
Resultados: Total 319 pacientes: • 57% hombres. Edad media 59 ± 12 años; • 25,7% diabéticos; • 84,6% hipertensos; • Filtrado glomerular 43,9 ml/min/1,73m², CAC 308 ± 612 mg/g; • Etiología enfermedad renal: 29% glomerulopatía, 24% no filiada, 16,3% nefritis tubulointersticial crónica, 12% poliquistosis, 9% diabética, 4,7% vascular, 5% otras causas; • Se dividió la muestra en bajo riesgo inmunológico (63%) y moderado-alto riesgo inmunológico (los que habían recibido basiliximab o TMO (globulina antimitótica) en la pauta de inducción, respectivamente) (34%). Tiempo medio de seguimiento 3 (DE +/- 2) años. 17% presentó algún tipo de rechazo, El 35% de los cuales se trató con TMO.
 91 pacientes (28,5%) presentaron alguna neoplasia durante el seguimiento, incidencia acumulada 23% y tasa de incidencia 18+3,5/1000 personas-año. En 73 (79,3%) el diagnóstico neoplásico fue posterior al trasplante con tiempo medio desde el trasplante hasta el desarrollo tumor 8,5 ± 7,4 años. 5 de los pacientes que habían presentado un tumor pretrasplante desarrolló un tumor después del trasplante (26%).
 Hombres mayor incidencia de cáncer: 35 (65,7%) (IQ 29-42,9) frente a 26 (19%) (IQ 13,1-26,2) en mujeres (p 0,01).
 Diferencias en el grupo que recibió TMO para el tratamiento contra el rechazo: 9 (45%) (IQ 25,1-66,2) frente a 6 (17,6%) (IQ 7,3-31,2) (p 0,02).
 Exitus 73 (23%) pacientes por causa infecciosa (30, 44,1%), neoplásica (16, 23,5%) y cardiaca (7, 10,3%). La mortalidad fue mayor en los pacientes con neoplasia [37 (40,3%, 31-50,9) versus 36 (15,9%, 11,6-21), p<0,001].
Conclusiones: • Un tercio de pacientes trasplantados presentaron algún tipo de neoplasia. Aunque la tasa de incidencia de neoplasia fue ligeramente inferior a la descrita en la literatura; • Tumores más frecuentes fueron de piel, pulmón y los hematológicos, respaldando nuevamente los estudios previos; • Incidencia de neoplasia fue mayor en el sexo masculino y los pacientes con rechazo tratado con TMO; • La mortalidad fue mayor en el grupo con neoplasia, por lo que el diagnóstico de cáncer no solo impacta en la calidad de vida sino también en la mortalidad.

734 USO DE BELIMUMAB EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES: DOBLE BENEFICIO EN LA SUSPENSIÓN DE GLUCOCORTICOIDES Y EL CONTROL DE MANIFESTACIONES EXTRARRENALES

I. MARTÍN CAPÓN¹, J.F. COLINA GARCÍA¹, A. HUERTA¹, S. MELLOR¹, M. GALINDO¹, E. MORALES¹

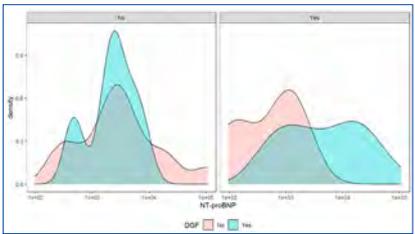
NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID, ESPAÑA); NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (MADRID, ESPAÑA); MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (MADRID, ESPAÑA); REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO¹² OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA)
Introducción: La nefritis lúpica (NL), una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), tiene un impacto considerable en el pronóstico a largo plazo de los pacientes. A pesar de los avances en el tratamiento, hasta un 15% de los afectados progresa a enfermedad renal terminal (ERT) en un plazo de 15 años, siendo el trasplante renal la opción de reemplazo preferida. Belimumab ha emergido como una terapia prometedora, asociada con mayores tasas de remisión y mejores desenlaces renales en NL. No obstante, la evidencia sobre su uso en pacientes con trasplante renal y su interacción con otros agentes inmunosupresores sigue siendo escasa.
Materiales y métodos: Se presentan tres casos clínicos de pacientes trasplantados renales y antecedente de NL que recibieron Belimumab después del trasplante con el objetivo de optimizar el manejo de las manifestaciones extrarrenales de su enfermedad sistémica. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad del uso de Belimumab en este contexto clínico específico.
Resultados: La inducción inmunosupresora para el trasplante se realizó con glucocorticoides, Basiliximab, Tacrolimus y Micofenolato en todos los casos, con uno de ellos recibiendo Timoglobulina al octavo día post-trasplante por un rechazo agudo celular. Al momento de iniciar tratamiento con Belimumab, los 3 pacientes incluidos estaban en tratamiento con prednisona a 10 y 7,5 mg de prednisona al día, presentaban un SLEDAI de 4, 6 y 8 puntos, una función renal estable, y un tiempo tras el trasplante renal de 5 años, 2 años, y 1 mes. Las manifestaciones extrarrenales del LES desarrolladas tras el trasplante renal incluían artalgias, astenia y parámetros de actividad inmunológica. El tratamiento con Belimumab logró controlar dichas manifestaciones, así como disminuir el SLEDAI, reducir la dosis de glucocorticoides a 2,5 mg/día, o incluso suspenderlos por completo en uno de los casos. Durante el seguimiento, no se observó deterioro de la función renal, recaídas de NL, o evidencia de daño aloinmune del injerto tras 3, 5 y 7 años tras el trasplante renal.
Conclusiones: De manera similar a lo documentado en población no trasplantada, estos casos clínicos destacan el potencial de Belimumab como una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de las manifestaciones extrarrenales del LES en pacientes trasplantados renales, así como para reducir su exposición a los glucocorticoides. Sin embargo, se requieren ensayos clínicos con cohortes más amplias para confirmar la utilidad de esta estrategia terapéutica.

735 INTOLERANCIA A FLUIDOS Y FUNCIÓN RETARDADA DEL INJERTO: EVALUACIÓN DINÁMICA CON POCUS Y BIOMARCADORES TRAS EL TRASPLANTE RENAL

G. ROMERO GONZÁLEZ¹, J. PAUL-MARTÍNEZ¹, I. PEREZPAYA¹, M. URRUTIA-JOU¹, J. SOLER-MAJORAL¹, F. GRATEROL-TORRES¹, M. MOLINA¹, J. BOVER¹, J. ARA¹, A. VILA-SANTANDREU¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA/ESPAÑA)
El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:
 En nombre de los investigadores del estudio CONTRAS
Introducción: Más del 50% de los pacientes en diálisis presentan insuficiencia cardíaca (IC), y hasta un 40% pueden desarrollarla tras el trasplante renal (TR), siendo la función retardada del injerto (FRI) un posible factor perpetuador. La congestión es un mecanismo fisiopatológico clave en estos casos, pero su evaluación durante el periodo perioperatorio sigue siendo limitada, a pesar del uso habitual de grandes volúmenes de fluidos. La evaluación multiparamétrica, que combina ecografía a pie de cama (POCUS) con biomarcadores como NT-proBNP y CA125, se propone como una estrategia más precisa para identificar la intolerancia a fluidos (IF). El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución de los biomarcadores y los hallazgos ecográficos de congestión durante el periodo perioperatorio en receptores de TR.
Materiales y métodos: Estudio prospectivo realizado en un hospital terciario durante 18 meses. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a TR, excluyendo aquellos con necesidad de soporte vasoadyuvante en el postoperatorio inmediato, reintervención quirúrgica, trasplante multiorgánico o ecografías no adecuadas. NT-proBNP y CA125 se midieron en cuatro momentos: preoperatorio (D0), primer día postoperatorio (D1), día 7 (D7) y día 30 (D30). Se clasificó como IF a los pacientes con congestión pulmonar, derrame pleural o vena cava inferior >2,1 cm junto con un índice de pulsatilidad de la vena porta >30%.
Resultados: Se analizaron 45 pacientes (38,3% mujeres; edad media 57,7 ± 15,5 años). El 84,8% eran hipertensos; el 65,2% estaban en hemodiálisis, el 15,2% en diálisis peritoneal y el 19,6% recibió el TR en fase prediálisis. Los donantes fueron: 34,8% en muerte encefálica, 43,5% en asistencia controlada y 21,7% vivos. NT-proBNP fue elevado en D0 (mediana 2471,5 pg/mL) y D1 (2008 pg/mL), con un pico en D7 (2760 pg/mL) y descenso en D30 (800 pg/mL). CA125 aumentó progresivamente: D0 (17,5 U/mL), D7 (39 U/mL), con disminución en D30 (21 U/mL). La proporción de IF fue del 26,7% en D0, 41,9% en D1, 39,5% en D7 y 15,2% en D30. La FRI se presentó en el 37,8% de los pacientes; de ellos, el 54,5% eran IF en D1.
Conclusiones: La IF es frecuente tras el trasplante, especialmente en pacientes con FRI. La evaluación multiparamétrica mejora la detección de congestión y apoya un manejo individualizado de fluidos. Se requieren más estudios.

Figura 1.



736 NECESIDAD DE SUSPENSIÓN DEL TERCER FÁRMACO INMUNOSUPRESOR EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL > 65 AÑOS

A. GONZÁLEZ¹, M.J. PÉREZ-SÁEZ¹, P. MARTÍN¹, A. JUÉZ¹, A. BUXEDA¹, B. CHAMOUN¹, C. CURBALLA¹, M. LINAREZ¹, M. CRESPO¹, D. REDONDO-PACHÓN¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA)
Introducción: La pauta de inmunosupresión más eficaz en receptores de trasplante renal (RTR) se basa en la combinación de tres fármacos (tacrolimus+micofenolato+prednisona o tacrolimus+everolimus+prednisona). Sin embargo, a veces hay que suspender uno de los tres fármacos, habitualmente debido a intolerancia o aparición de complicaciones (infecciosas/neoplásicas). El objetivo de nuestro estudio fue comparar las características basales y evolución postTR de RTR>65 años en tratamiento con dos vs. tres fármacos inmunosupresores.
Métodos: Estudio retrospectivo con 228 RTR >65 años (enero/2017-marzo/2022). Se recogieron variables del donante, receptor y resultados postTR. La mediana de seguimiento fue de 40,6 [26-57] meses.
Resultados: La edad media fue de 73 años, 46,5% mujeres. El 48% iniciaron con tacrolimus+micofenolato+prednisona; 52% tacrolimus+everolimus+prednisona). A los 12 meses postTR, el 34,2% estaba en biterapia tacrolimus+prednisona, siendo el 53,9% al finalizar el seguimiento. La causa de suspensión fue infecciosa en el 70,5%. Los pacientes que precisaron suspensión del 3er fármaco eran mayores (73,6 vs. 72,2 años) y más frágiles (Fried 2 vs. 1), con injertos de donantes mayores y menor porcentaje de donante vivo, y con peores resultados de función renal al año (Tabla). Además, los pacientes en biterapia tuvieron más eventos infecciosos y neoplásicos durante el seguimiento sin objetivarse más rechazo agudo o desarrollo de novo DSA. Solo en el 12,8% se reintrodujo el 3er fármaco tras la suspensión. La mortalidad y pérdida del injerto fue similar entre ambos grupos. Los predictores independientes para la suspensión del 3er fármaco fueron la neoplasia postTR y fragilidad (Fried<2).
Conclusiones: La suspensión del 3er fármaco es una situación frecuente en RTR >65 años, y suele producirse tras la aparición de eventos infecciosos de manera precoz. Anticiparse a estas complicaciones y avanzar hacia un enfoque de inmunosupresión individualizado deben ser prioridades clave en la gestión del RTR de edad avanzada en los próximos años.

Tabla 1.

ANÁLISIS UNIVARIANTE					
Variable	Total (n=228)	Grupo 1 (n=115)	Grupo 2 (n=113)	p-valor	
Características del receptor					
Edad media ± SD	73,6 ± 3,4	72,2 ± 3,4	75,0 ± 3,2	0,005	
Sexo masculino, % (n)	54,8 (129)	49,5 (104)	59,3 (114)	0,007	
Función renal, % (n)	100 (228)	100 (115)	100 (113)	0,999	
Diálisis pre-trasplante, % (n)	11,0 (25)	12,2 (11)	9,7 (11)	0,451	
Diálisis post-trasplante, % (n)	14,0 (32)	15,7 (14)	12,4 (14)	0,216	
Diálisis pre-trasplante y post-trasplante, % (n)	1,8 (4)	1,7 (2)	1,8 (2)	0,947	
Age-specific, % (n)	17,9 (40)	17,7 (16)	18,0 (18)	0,795	
Frágil según Fried, % (n)	63,6 (145)	63,5 (58)	63,7 (72)	0,911	
Age-specific y Frágil según Fried, % (n)	1,0 (2)	1,0 (1)	1,0 (1)	0,999	
Características del donante					
Edad media ± SD	73,6 ± 3,4	73,1 ± 3,6	74,3 ± 3,2	0,009	
Sexo masculino, % (n)	54,8 (129)	49,5 (104)	59,3 (114)	0,005	
Función renal, % (n)	100 (228)	100 (115)	100 (113)	0,999	
Diálisis pre-trasplante, % (n)	10,5 (24)	10,4 (9)	10,6 (12)	0,751	
Diálisis post-trasplante, % (n)	17,6 (40)	17,0 (15)	18,2 (21)	0,418	
Diálisis pre-trasplante y post-trasplante, % (n)	2,2 (5)	2,2 (2)	2,3 (3)	0,844	
Age-specific, % (n)	17,9 (40)	17,7 (16)	18,0 (18)	0,795	
Frágil según Fried, % (n)	63,6 (145)	63,5 (58)	63,7 (72)	0,911	
Age-specific y Frágil según Fried, % (n)	1,0 (2)	1,0 (1)	1,0 (1)	0,999	
Características de la vena porta					
Índice de pulsatilidad, % (n)	34,2 (78)	33,1 (30)	35,4 (40)	0,345	
Índice de pulsatilidad y congestión, % (n)	1,0 (2)	1,0 (1)	1,0 (1)	0,999	
Características de la función renal					
Función renal a 12 meses, % (n)	100 (228)	100 (115)	100 (113)	0,999	
Función renal a 12 meses y post-trasplante, % (n)	12,8 (29)	12,2 (11)	13,3 (15)	0,683	
Función renal a 12 meses y post-trasplante y Frágil según Fried, % (n)	1,0 (2)	1,0 (1)	1,0 (1)	0,999	
Función renal a 12 meses y post-trasplante y Frágil según Fried y Frágil según Fried, % (n)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,999	
ANÁLISIS MULTIVARIANTE					
Variable	OR	IC95%	p-valor		
Edad	1,00	0,99-1,01	0,960		
Sexo masculino	0,90	0,77-1,04	0,201		
Diálisis pre-trasplante	0,93	0,73-1,18	0,588		
Diálisis post-trasplante	0,90	0,73-1,10	0,274		
Diálisis pre-trasplante y post-trasplante	1,00	0,73-1,36	0,989		
Age-specific	0,97	0,83-1,13	0,710		
Frágil según Fried	1,27	1,03-1,57	0,022		
Age-specific y Frágil según Fried	0,96	0,76-1,21	0,810		

