



## CARTAS

# *Compatibilidades HLA anticuerpos linfocitotóxicos y rechazo en el trasplante renal*

**D. Moreno, A. Mármol y J. C. Pérez de Prado**

Servicio de Trasplantes. Instituto de Nefrología. La Habana. Cuba.

Sr. Director:

A partir de la realización del primer trasplante renal de donante cadáver, en el Instituto de Nefrología, en febrero de 1970, en Cuba, se han efectuado 2.493 trasplantes, de ellos 100 procedentes de donante vivo emparentado (96 y 4%, respectivamente) y 20 trasplantes combinados páncreas riñón.

Los primeros 100 trasplantes fueron realizados teniendo en cuenta la compatibilidad en el grupo sanguíneo y la negatividad de la prueba cruzada entre el suero del receptor y linfocitos del donante, este grupo de pacientes, tratados exclusivamente con azatioprina y prednisona, exhibió una supervivencia actuarial del injerto de sólo un 30% al año<sup>1-3</sup>.

En el año 1972 fue introducido en nuestro país el tipaje del complejo mayor de histocompatibilidad HLA, primeramente para moléculas clase I y en 1992 para las de clase II; en 1987 se comenzó a definir el carácter de respondedor o no de los pacientes mediante el empleo de protocolos transfusionales. En este mismo año se logró un mejor nivel organizativo en la distribución de órganos para trasplantes: fue creada la Coordinación Nacional con sede en el Instituto de Nefrología y centros regionales radicados en las provincias de Santiago de Cuba, Holguín, Camagüey y Ciudad de La Habana, en Servicios de Nefrología donde se realiza el tipaje tisular y el trasplante.

La distribución de órganos en nuestro país ha tenido en cuenta esencialmente las compatibilidades HLA entre el donante y el receptor, el nivel de an-

ticuerpos linfocitos tóxicos presente en aquéllos y otros aspectos de índole clínico y social.

En Cuba, con una población de 11.200.000 h. y 954 pacientes en tratamiento dialítico, de los que sólo 592 están considerados como candidatos para trasplante, es difícil encontrar una pareja donante receptor altamente compatible. El 65% de los pacientes recién aloinjertos con 0 y 1 compatibilidad y en 1997 el tipaje HLA no se tuvo en cuenta para el trasplante; en esas condiciones la supervivencia actuarial del injerto al año fue del 85% y de los pacientes el 100%, habiendo sido tratados todos los casos con ciclosporina, azatioprina y prednisona<sup>4</sup>.

Nosotros realizamos un estudio retrospectivo en 274 receptores de un primer trasplante donante cadáver, tipados sólo en las determinantes antigénicas clase I, analizamos la incidencia de rechazo, su impacto sobre la supervivencia del injerto y su relación con el nivel de compatibilidad HLA y los anticuerpos linfocitotóxicos presentes en los receptores. Todos los casos fueron tratados con azatioprina y prednisona solamente.

El análisis del efecto combinado del nivel de compatibilidad HLA y anticuerpos linfocitotóxicos sobre el rechazo (tabla I) revela que existió una incidencia de rechazo similar en los pacientes con 0-1 y 2 ó más compatibilidades, pero éste fue más frecuente en los pacientes respondedores. No existió diferencias significativas entre las categorías analizadas, probablemente por el número reducido de pacientes en los que se determinó el nivel de anticuerpos linfocitotóxicos.

En la medida en que las técnicas de inmunosupresión han incorporado nuevos y potentes fármacos, cabría preguntarse la validez de organizar sistemas distributivos de órganos para trasplante en base al complejo mayor de histocompatibilidad, sabiendo que el resultado a largo plazo del trasplante está influido por éste<sup>5,6</sup> y que puede constituir una plataforma para estructurar la distribución de órganos con justicia y equidad.

**Correspondencia:** Dr. Dario Moreno Vega  
Instituto de Nefrología  
Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán  
Ave. 26 y Rancho Boyeros. La Habana 6  
Cuba

**Tabla I.** Rechazo, compatibilidades y anticuerpos linfocitotóxicos

Rechazo	Respondedor	Rechazo				Total
		Sí	%	No	%	
0-1	Sí	18	90	2	10	20
	No	38	80	9	20	47
2-4	Sí	23	89	5	11	28
	No	33	76	10	24	43
<b>Total</b>		<b>112</b>	<b>81,1</b>	<b>26</b>	<b>18,8</b>	<b>138</b>

**BIBLIOGRAFIA**

1. Buch A, Magrans Ch, Ferrándiz R, Casals J, Mañalich R, Suárez O, Alfonzo J, Heras A, Méndez R, Arce S, Fragoso A, Gómez H, Rodríguez A: Nuestra experiencia en trasplante renal. Informe preliminar. *Rev Cub Cir* 11: 407-433, sept-dic., 1992.
2. Magrans CH, Alfonzo J, Mañalich R, Gómez A, Rodríguez López A, Suárez Savio O, Rodríguez Sotelo P, Gómez Barry H, Heras H, González Sureda O, Pita A, Buch A: Trasplante renal. Experiencia en 38 trasplantes de más de un año de realización. *Rev Cub Cir* 13: 421-426, julio-agosto 1974.
3. Magrans Ch, Alfonzo J, Mañalich R, Suárez Savio O, Rodríguez Sotelo P, Gómez A, Rodríguez López A, Heras A, Arce S, González O, Buch A. Trasplante renal en Cuba. *Antioquía Médica* 25 (3): 30-40, 1975.
4. Moreno D, Mármol A, Alfonzo JP, Pérez de Prado JC, Gómez A: Beneficio y riesgos en la asociación de ciclosporina A y ketoconazol en el trasplante renal. *Nefrología* XVIII 6: 454-457, 1998.
5. Herrera R, Moreno D, Enamorado A, Cuéllar C. Alfonzo J y cols.: Profilaxis del rechazo en el trasplante renal con el anticuerpo monoclonal (AcM) IORT T3. *Revista Española de Trasplante* 3 (1). 445-45, 1993.
6. Waldmann TA, O'Shea John: The use of antibodies against the IL-2 receptor in renal transplantation current opinion. *Immunology* 10: 507-512, 1998.