

463 IMPACTO DEL KIDNEY DONOR PROFILE INDEX (KDPI) EN LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO EN LA POBLACIÓN TRASPLANTADA RENAL DEL SUR DE ESPAÑA

I. LÓPEZ¹, J. ALONSO¹, A. DUARTE¹, P. RÚZ-ESTEBAN¹, M. CABELLO¹, C. JIRONDA¹, E. SOLA¹, M. RODRÍGUEZ², D. HERNÁNDEZ²

¹NEFROLOGÍA. HRU CARLOS HAYA (MÁLAGA); ²NEFROLOGÍA. H. TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)

Introducción: El Kidney Donor Profile Index (KDPI) es un score que utiliza 10 variables del donante, muy utilizado en EEUU como herramienta para el cribaje de los donantes. Ha demostrado predecir tanto la supervivencia a corto como a largo plazo del injerto renal. Sin embargo se desconoce si esta herramienta clínica tiene el mismo valor predictivo en otra población.

Objetivo: Analizar la asociación entre el KDPI y la supervivencia del injerto en Trasplante renal de donante cadáver (TRDC).

Materiales y métodos: estudio longitudinal, retrospectivo, en el que se incluyen 733 TRDC realizados en nuestro centro (1999-2012). Se calculó el KDPI en todos los donantes.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 49,9±13,8 años (61% varones). El tiempo medio en diálisis fue de 38±35 meses. En el 85% de los casos fue su primer trasplante. La edad media de los donantes fue de 49,4±17,3 años (61% varones). El 31% eran hipertensos y el 12% diabéticos. El ACV fue la causa más frecuente de muerte (61%). En todos los casos el donante falleció por muerte encefálica. El tratamiento inmunosupresor más utilizado (88%) fue la triple terapia con esteroides, MMF y tacrolimus. En el 61% se utilizó inducción (46% antiCD25, 14% Timoglobulina). 150 pacientes (17.1%) perdieron el injerto durante el seguimiento (96±58 meses). La causa más frecuente fue la muerte con injerto funcionando.

La mediana del KDPI fue de 63 (RIC 34-86). Los pacientes se dividieron en dos categorías: KDPI ≤80 (502 pacientes) y KDPI>80 (231 pacientes). Los donantes con un KDPI >80 eran mayores (65±7 vs 41±14 años; p<0.001), y tenían más HTA (63% vs 16%; p<0.001) y diabetes (26,3% vs 5,4%; p<0.001). Los pacientes que recibieron un injerto con un KDPI<80 también eran mayores (60±8 vs 45±13 años; p<0.001) y más diabéticos (14,4% vs 6,9%; p=0.001. No hubo diferencias en el tiempo de isquemia fría (15,6±4,2 vs 15,2±4,6; p=0.3).

La supervivencia del injerto al primer, quinto y décimo año fue significativamente inferior en pacientes con un KDPI >80, tanto la global (88%, 74%, 52% vs 91%, 83%, 70%; p<0.001) como la censurada para la muerte del paciente (91%, 83%, 71% vs 93%, 87%, 80%, p=0.03). El análisis multivariante de Cox mostró que el valor de KDPI (≤ o > 80) se asoció de forma significativa con la pérdida del injerto (HR 1.9; IC 95% 1.1-3.3; p=0.009).

Conclusiones: En nuestra población trasplantada renal, un valor KDPI superior a 80 representa un importante factor para la pérdida del injerto, con un incremento del riesgo de 1.9 veces.

464 DONANTE DE CRITERIO EXPANDIDO TRAS MUERTE CARDIACA (CDD): UNA FUENTE CRECIENTE DE ÓRGANOS PARA EL TRASPLANTE RENAL (TxR)

J. PORTOLES¹, M.J. PEREZ-SAEZ¹, F. MORESO¹, J. ESPI¹, R. VALERO², MA. MAZUECOS³, ML. RODRÍGUEZ FERRERO⁴, J. JUEGA⁵, A. ALONSO⁶, J. PASCUAL⁷

¹NEFROLOGÍA. H.U. PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA), ²NEFROLOGÍA. H.U. DEL MAR (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. H.U. VALL DE HEBRON (MAJADAHONDA), ⁴NEFROLOGÍA. H.U. LA FE (VALENCIA), ⁵NEFROLOGÍA. H.U. MARQUES DE VALDECILL (SANTANDER), ⁶NEFROLOGÍA. H.U. PUERTA DE MAR (CADIZ), ⁷NEFROLOGÍA. H.U. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), ⁸NEFROLOGÍA. H.U. GERMAN TRIAS I PUJOL (BADALONA), ⁹NEFROLOGÍA. C.H.U. A CORUÑA (A CORUÑA)

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

Grupo GEODAS3-SENTRA / RedinRen 16/009/009

Introducción: Los programas de donación tras parada cardíaca controlada (cDCCD) han conseguido 739 donantes en el periodo 2012-16. Nuestro grupo reúne 19 centros para un análisis desde la perspectiva de la evolución clínica. Los criterios de aceptación iniciales recomendados en las Guías (65 años con los ≤ 65 años).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los TxR realizados en los centros del grupo GEODAS3/SENTRA.

Resultados: Hemos incluido 311 donantes cDCCD (57.2 años), 75 injertos se implantaron fuera del grupo. Analizamos dos grupos: 135 receptores de riñones > 65 años (ECcDCCD) y 426 ≤ 65 de años (SCcDCCD). El tiempo de seguimiento medio fue 13 meses. Los receptores de ECcDCCD eran mayores y más comorbidos con uso menor de Timoglobulina sin otras diferencias relevantes en el proceso de TxR. Los receptores de ECcDCCD tuvieron mayor mortalidad, pero tras corregir por su edad y comorbilidad desaparece este efecto. Los resultados de eventos y supervivencia del injerto son similares. Las características de los pacientes y resultados clínicos a corto plazo se detallan en la Tabla 1.

Figura.

	Estándar SCcDCCD n=426	Expandido ECcDCCD n=135	p-valor
Receptores			
Edad	53,6 (11,5)	65,8 (8,8)	<0,001
Diabéticos mellitus (%)	26,1	51,4	<0,001
TRIS previo (nº)/TxR	77,1/22,8	84,9/15,1	0,08
Tx ERCA (%)	5,9	2,2	0,1
Diálisis vintage (years, median [IQR])	3,07 [2,96-3,57]	3,29 [2,61-4,01]	0,08
Donantes			
Edad	52,7 (9,4)	72 (4,9)	<0,001
Muerte CV (%)	49,2	67,8	<0,001
Proceso TxR			
HLA mismatch (medio [SD])	4 (1,3)	3,5 (1,4)	<0,001
Inducción IS (Timoglo vs Basil. %)	70,7	57	0,004
RESULTADOS			
Fallo Primario (%)	3,1	3,7	0,71
Función retrasada EGF (%)	46,7	55,4	0,09
eGFR med. 12 (ml/min, media [SD])	59,2 (14,5)	50,4 (11,7)	<0,001
Superv. Paciente 1,2 años	97,9% / 97,1%	91,8% / 81,8%	0,01
Superv. Injerto 1,2 años	98,2% / 96,1%	95,5% / 95,5%	0,481

No hay diferencias en tiempo de isquemia fría ni en el tiempo de isquemia fría.

Conclusiones: El uso de riñones de donantes > 65 años esta aumentando y se selecciona para receptores mayores y más comorbidos. La edad del receptor es el factor de riesgo más relevante para la supervivencia. Los resultados de eventos y supervivencia renal son similares a los dos grupos analizados. Los donantes > 65 años ECcDCCD son una oportunidad razonable para mejorar las opciones de nuestros pacientes en lista de espera.

465 DETERMINACIÓN DE LOS PRODUCTOS AVANZADOS DE LA GLUCACION (AGEs) MEDIANTE AUTOFLUORESCENCIA DERMICA EN TRASPLANTADOS RENALES (TxR): INFLUENCIA DE LA CLÍNICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

J. CALVIÑO VARELA¹, S. CIGARRAN GULDRIS¹, L. GONZALEZ-TABARÉS¹, N. MENENDEZ GRANADOS², N. CALLEJO LÓPEZ³, J. LATORRE CATALÁ⁴, C. COBELLO CASAS⁵, S. CILLERO REGO⁶, B. MILLAN DIAZ⁷, A. SANJURJO AMADO⁸

¹NEFROLOGÍA. EOXI LUGO CERVO- MONFORTE (LUGO); ²NEFROLOGÍA. EOXI LUGO CERVO- MONFORTE (BURELA); ³NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (BURELA) El acúmulo de AGEs es un mecanismo patogénico que conduce a complicaciones vasculares en diferentes procesos como envejecimiento, diabetes y enfermedad renal crónica (ERC). La enfermedad cardiovascular (ECV) posttrasplante sigue siendo elevada a pesar de la corrección de factores asociados a la uremia incluyendo una mayor eliminación de AGEs. Nuestro objetivo fue evaluar el acúmulo de AGEs mediante autofluorescencia dérmica (AFD) en pacientes TxR y evaluar los factores relacionados con los AGEs y el riesgo CV.

Se analizaron 191 TxR estables (117 y 74 M, de 56±13.1 años) en estadios 1-4 de ERC y más de 12 meses de trasplante. La inmunosupresión (IS) consistía generalmente en anticalcineurínicos/inhibidores mTOR con MMF, con/sin esteroides. Se evaluaron: diabetes, antecedentes de ECV, ateromatosis subclínica mediante ITB e índice doppler de resistividad del injerto renal, MAPA-24h, medidas antropométricas y nutricionales (incluyendo dinamometría), bioquímicas (hemoglobina, albúmina, transferrina, CKD-EPI, calcio, fósforo, PTHi, Vitamina D y proteína C Reactiva). En orina se determinó albuminuria y índice doppler de resistividad de fosfato (RTP). Los AGEs se midieron mediante AFD, en unidades arbitrarias (UA). Se calculó la edad vascular mediante la fórmula de Koetsier (AFD-0.83/0.024) y el riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años mediante la fórmula REGICOR.

Resultados: Del grupo analizado, el 31% eran diabéticos (60 pacientes) mientras que en el 15% (28 casos) existían antecedentes de ECV. La media de AFD fue de 2.99±0.83 UA. Consiguientemente, la edad vascular estimada fue de 90±34.6 años (30 años mayor que la cronológica). En el análisis univariable, la AFD fue mayor en varones (3.1±0.90 vs 2.8±0.67), diabéticos (3.2±0.86 vs 2.9±0.81) y aquellos con esteroides (3.1±0.91 vs 2.7±0.71 UA), sin influencia con otros IS. Se evidenció una correlación positiva con la PAS nocturna (r=0.24), parathormona (r=0.21), fósforo (r=0.30) y negativa con hemoglobina (r= -0.31), CKD-EPI (r= -0.35) y RTP (r= -0.26). Entre los parámetros nutricionales la AFD mostró una correlación negativa con la albúmina, transferrina, circunferencia del brazo y dinamometría (r= -0.20). El daño vascular subclínico estimado por ITB y doppler renal (r=0.22) así como la escala REGICOR (r=0.40) también se correlacionaron significativamente. Tras un ajuste multivariable solo la edad, sexo masculino, uso de esteroides, fosfatemia y dinamometría mantuvieron una relación significativa con la AFD.

Conclusiones: La AFD puede suponer un método no invasivo, clínicamente útil, para estimar el riesgo cardiovascular en la población trasplantada. Además de la edad y el sexo masculino, nuestros resultados sugieren que la carga de fósforo, el uso de esteroides y el estado nutricional son los determinantes más importantes del acúmulo de AGEs a largo plazo en el trasplante renal.

466 SUBPOBLACIÓN NKG2C+ Y RIESGO DE INFECCIÓN POR CMV EN TRASPLANTE RENAL

D. REDONDO¹, M. CRESPO¹, J. YÉLAMOS², A. MUNTASELL², M.J. PÉREZ-SÁEZ³, C. VILCHES³, J. PASCUAL¹, M. LÓPEZ-BOTET⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR-IMM (BARCELONA), ³INMUNOLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MADRID)

Introducción: La infección por CMV en pacientes trasplantados renales (TR) se ha asociado a un aumento del riesgo de pérdida de injerto y menor supervivencia del paciente. La infección por CMV produce expansión de células NK, especialmente de subpoblaciones NKG2C+. El genotipo NKG2C influye en la respuesta adaptativa de las células NKG2C+.

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la distribución de células NK y el fenotipo y genotipo NKG2C+ en relación con la infección por CMV en pacientes TR.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal (n=253) y un estudio prospectivo (n=122) de pacientes TR en Hospital del Mar (Barcelona). Se recogieron variables clínicas y se realizó estudio de inmunofenotipado de subpoblaciones NK (mediante citometría de flujo) y genotipado NKG2C.

Resultados: En el estudio transversal, se observó que los pacientes con infección sintomática por CMV presentaban mayor proporción de células NKG2C+ (34.8%vs25.1%, p=0.03); los factores de riesgo asociados a infección por CMV fueron el aumento del %NKG2C+ (HR 1.02) y la inducción con timoglobulina (HR 2.6)

El estudio longitudinal mostró que los pacientes con niveles pretrasplante de NKG2C+ más elevados presentaban menor incidencia de infección por CMV (HR 0.96 [IC95% 0.94-0.98], p=0.004). La supervivencia libre de CMV fue mayor en los pacientes con %NKG2C+>24% (N=37) cuando se comparaba con los que tenían %NKG2C+<24% (n=85) (82% vs 60%, p=0.02).

En ambos estudios, el genotipo NKG2C (NKG2C +/+ o NKG2C +/-) se asoció al %NKG2C detectado en sangre periférica.

Conclusiones: Los pacientes con CMV sintomático presentan una expansión de células NKG2C+. Los niveles elevados pretrasplante de NKG2C+ son un factor protector para el desarrollo de infección por CMV. La respuesta adaptativa NKG2C+ parece estar implicada en el control de la infección por CMV en pacientes trasplantados renales. Serán necesarios más estudios para su evaluación como potencial biomarcador.

Figura.



Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

467 EVOLUCIÓN Y SUPERVIVENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO II. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

N. TOAPANTA GABOR¹, F. GONZÁLEZ RONCERO¹, M. SUÑER POBLET¹, G. BERNAL BLANCO¹, A. SUAREZ BENJUMEA¹, M. PÉREZ VALDIVIA¹, J.J. EGEA GUERRERO¹, J. ROCHA CASTILLA¹, M. GENTIL GIOVANNI¹

¹UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. (SEVILLA); ²COORDINADOR SECTORIAL DE TRASPLANTES SEVILLA-HUELVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. (SEVILLA)

Introducción: Durante los últimos años la disminución de riñones disponibles para trasplante procedentes de donantes en muerte encefálica ha estimulado el desarrollo del donante en asistolia. Presentamos nuestra experiencia en trasplante renal (TR) con donantes en asistolia (DA) tipo II de Maastricht en 5 años.

Material y métodos: 50 pacientes trasplantados renales (TR), asistolia tipo II, realizados entre marzo del 2012- febrero del 2017, con una mediana de seguimiento de 33 meses. Se recogió datos demográficos, etiología de la enfermedad renal, evolución de la función renal post TR. Análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: El 64% de los donantes son grupo A, con edad media 39±12 años (rango 15-55 años) Cr media 1,24±0,2 mg/dl. Edad media del receptor 51±11 años, tiempo de estancia en diálisis 30±24 meses, todos fueron 1º trasplante, excepto 1. El PRA pre TR fue <25%, inmunosupresión inicial esteroides, micofenolato, timoglobulina e introducción retrasada de tacrolimus. El 6% nunca funciona (2 trombosis, 1 laceración), el 79,6% función renal retrasada con una duración de 14±9 días. Rechazo agudo 6%. Cr. media al 3º mes de 1,7±0,8mg/dl y al 1º año 1,5±0,8mg/dl, siendo la última disponible 1,54±0,7mg/dl. Proteinuria al 3º mes, 1º y 3º año 0,70, 0,41 y 0,26 g/día. Supervivencia del receptor 1º,3º,5º año son: 100, 100, 86% y del injerto censurada para muerte: 94, 91 y 91% respectivamente. Fracaso del injerto 6% (2 por trombosis arterial 9º y 14º día post TR y 1 por trombosis venosa inmediata) en el 1º año post TR; y el 2% al segundo año post TR (1 por recidiva de GN (GSFS). Exitus: 4% (1 por Ca de pulmón en el 4º año y 1 por Glioblastoma multiforme en el 5º año). Infección por CMV 21,3% y el 2% enfermedad. Viremia por BK entre 1.000-10.000 de 4,3% y >10.000 el 2,1%, ningún caso de nefropatía demostrada.

Conclusiones: En nuestra experiencia el TR de DA tipo 2 presenta una frecuencia limitada de riñón no funcional y elevada de retraso funcional, pero los resultados en supervivencia y función renal son muy aceptables, y comparables a los donantes con criterios expandidos en muerte encefálica, actualmente predominantes.

468 ESTUDIO DE FUNCION TUBULAR EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES: DENT-LIKE DISEASE?

P.M. GARCIA GARCIA¹, A. RODRIGUEZ MUNOZ¹, M. FROMENT BLUNT¹, D. LUIS RODRIGUEZ¹, A.M. JARQUE LOPEZ¹, A. RIVERO GONZALEZ¹, J.M. GONZALEZ POSADAS¹, M.L. MACIA HERAS¹, V. GARCIA NIETO², J.F. NAVARRO GONZÁLEZ¹

¹NEFROLOGÍA. H.U.N.S. CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE); ²NEFROLOGÍA PEDIATRICA. H.U.N.S. CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: Muchas de las lesiones que ocurren en el injerto renal, tienen su localización a nivel tubulointersticial (rechazo agudo, necrosis tubular aguda, algunas infecciones o toxicidad por fármacos).

Objetivos: Estudiar la función tubular en pacientes trasplantados renales (TR).

Pacientes y método: Estudio transversal en pacientes TR de nuestro centro, con FG>60 ml/min (para evitar el efecto de la ERC sobre la función tubular). El estudio tubular consistió en la determinación analítica (sangre y orina) de Creatinina, Ca, P, así como de proteínas de origen tubular, como b2microglobulina(b2m) y proteína de células de Clara(CC16)(que son expresión de un defecto de reabsorción tubular) y N-acetilglucosaminidasa(NAG) (expresa lesión celular del túbulo proximal). Se calcularon cocientes urinarios en relación con Creat urinaria. Para el estudio del manejo del agua, medimos el volumen urinario por 100 ml de FG (V/FG %), y la capacidad de concentración urinaria, mediante la medida de la osmolalidad urinaria máxima tras administración sublingual de 20 mcg desmopresina. Se calculó la eliminación urinaria de P (reabsorción tubular de P(mL/FG) y el umbral urinario de P(reabsorción tubular de fosfato/FG o TP/FG (mg/dl)).

Resultados: Estudiamos 54 pacientes, 72% hombres, edad 48,8±12,4 años, duración de trasplante 5,6±4,6 años. El defecto tubular más frecuente fue el defecto de concentración urinaria (en 70,2% de los pacientes), así como un volumen urinario aumentado (en 55,6%). El porcentaje de pacientes con eliminación elevada de b2m(70%) y de CC16(60,8%) fue mayor que aquellos con excreción elevada de NAG(19,6%). Encontramos hiperfosfatemia(TRP<75%) en 34,7% e hipercalcemia en 27,3%. Solo 8 pacientes presentaron un estudio tubular normal. Cuando comparamos pacientes con defecto de concentración urinaria y excreción elevada de proteínas tubulares (n=28) con aquellos con estudio tubular normal, encontramos diferencias en los niveles plasmáticos de P (3,24±0,54 vs 3,6±0,34 mg/dl,p=0,02), TP/FG (2,5±0,44 vs 2,97±0,41 mg/dl,p=0,02) y en la media de niveles plasmáticos de tacrolimus del seguimiento postrasplante (9,03±1,38 vs 7,87±0,48 ng/ml).

Observamos que el nivel de tacrolimus del seguimiento postrasplante que predice el desarrollo de tubulopatía es:8,05 ng/ml (RR+9;CI 95%:1,25-67,89;p=0,006).

Conclusiones: Los pacientes TR presentan una alta tasa de alteraciones tubulares. La presencia de dificultad para concentrar la orina, poluria, alta excreción de proteínas tubulares, hiperfosfatemia e hipercalcemia se asemejan a las encontradas en la Enfermedad de Dent. Esta enfermedad genética se produce por un defecto de endocitosis en las células tubulares proximales. Las alteraciones tubulares en TR podrían estar en relación con alteraciones en la endocitosis del túbulo proximal y esto podría estar relacionado con la exposición a anticalcineuricos, si bien, son necesarios mas estudios.

469 RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS CON Y SIN ANTICUERPOS ANTI-HLA DONANTE-ESPECÍFICOS

M. CRESPO¹, D. REDONDO¹, J. GIMENO², C. GARCÍA³, M.J. PÉREZ-SÁEZ², M. MIR¹, C. BUTLER⁴, N. VALENZUELA⁴, E. REED⁴, J. PASCUAL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ³LABORATORIO DE REFERENCIA DE CATALUÑA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ⁴UCLA IMMUNOGENETICS CENTER. UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA (LOS ANGELES (USA))

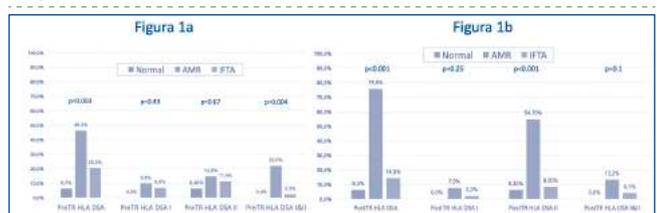
La correlación entre rechazo mediado por anticuerpos (AMR-categoría 2 de Banff) y presencia de anticuerpos anti-HLA donante-específicos (DSA) circulantes significativa pero imperfecta en receptores de trasplante renal (TR). Revisamos la histología y los estudios de anticuerpos anti-HLA en TR con biopsias (BR) diagnósticas de AMR y los comparamos con TR con biopsias normales (categoría 1) o con fibrosis intersticial y atrofia tubular (IFTA-categoría 5).

Población y métodos: 234 TR ABO compatibles con BR realizadas entre 2011-2015 con estudio de anticuerpos anti-HLA pre y postrasplante. Clasificación de BR según Banff 13 y determinación de la especificidad de los anticuerpos anti-HLA detectados.

Resultados: Seleccionamos 118 TR con biopsias normales (n=16), AMR (n=53) e IFTA (n=49). La supervivencia del injerto censurando muerte fue peor en TR con AMR que con IFTA o BR normal (p=0.04). Los TR con AMR tenían con más frecuencia DSA pretrasplante que aquellos con IFTA o BR normal (46.3%, 20.5 and 6.3%, p=0.003). Las diferencias se debieron a la presencia de HLA-DSA combinados I&II pero no a DSA aislado clase I o II(22 vs 2.3 y 0%, p=0.004) (figura 1a). En el momento de la BR, 75.5% TR con AMR tenían HLA-DSA (7.5% clase I, 54.7% II y 13.2% combinados I&II), pero también 14.6% con IFTA y 6.3% normales tenían HLA-DSA (figura 1b). En 12 TR con AMR (22.6%) no detectamos DSA pretrasplante o peri-biopsia. Los TR con AMR con y sin HLA-DSA eran similares en características clínicas, excepto mayor sensibilización HLA preTR en los casos conHLA-DSA y menor compatibilidad DR, sin diferencias en función del injerto o inmunosupresión. Las BR de TR con AMR con y sin HLA-DSA mostraban semejante inflamación microvascular y daño crónico.

Conclusiones: El 20% de los TR con AMR no muestran HLA-DSA. Estos pacientes se encuentran menos sensibilizados pretrasplante, sin otras diferencias clínicas o histológicas.

Figura.



470 EL POLIMORFISMO MRP2 COMO FACTOR DE RIESGO DE INFECCIÓN POR CMV Y DIARREA GRAVE EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

B. RODRIGUEZ CUBILLO¹, C. MARTÍNEZ VALIENTE¹, N. CALVO ROMERO¹, M. MIRANDA-CAM¹, J.M. BAUTISTA CAÑAS¹, V. LÓPEZ DE LA MANZANARA¹, M.A. MORENO DE LA HIGUERA¹, M. CALVO ARÉVALO¹, I. PÉREZ FLORES¹, A.I. SÁNCHEZ FRUCTUOSO¹

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

Introducción: En ocasiones el uso del ácido micofenólico(MPA) se ve limitado por su regular tolerancia digestiva e infecciones graves. El MPAG es un molécula procedente del metabolismo del MPA que es excretada en la vía biliar a través del transportador MRP2, esencial en la circulación enterohepática. Existe controversia en el impacto farmacodinámico y clínico que pueda suponer el polimorfismo de este transportador en el paciente en tratamiento con ácido micofenólico.

Objetivos: Investigar si la presencia del polimorfismo condiciona un mayor riesgo de infección por CMV o diarrea grave en el paciente trasplantado renal.

Métodos estadísticos: Estudio retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes trasplantados renales estables desde 1987 a 2011. Se realizó el estudio del polimorfismo MRP2 a 394 pacientes. Se analizaron concentraciones de MPA sanguíneas (12 extracciones) para el cálculo del área bajo la curva (ABC) de 148 pacientes. Se investigaron los episodios de infección por CMV y de diarrea grave a lo largo del seguimiento. Se utilizaron las pruebas de T-student, log Rank y regresión de Cox para el análisis estadístico.

Resultados: Los pacientes portadores del polimorfismo presentaron mayor exposición al MPA, (ABC 12h 70,48vs 61,26 p 0,098), siendo significativa la diferencia en las últimas 6 horas de la curva (p0,048). La presencia del polimorfismo (heterocigosis) del MRP2 asocia menor supervivencia libre de infección de infección por CMV y de diarrea grave (log Rank 0,056 y 0,043) y un mayor riesgo de infección por CMV y diarrea (HR 4,007IC1,158-13,871 p0,009);(HR 2,264IC1,004-5,105 p0,049) Figura1

Figura.

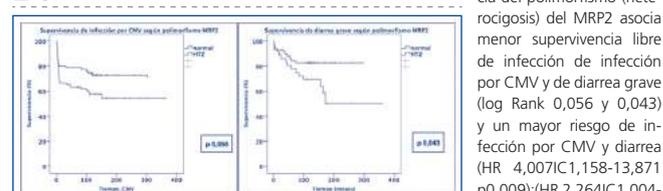


Figura 1. Curvas de supervivencia (Kaplan Meier) de infección por CMV y diarrea grave.

Conclusiones: - El polimorfismo de MRP2 asocia mayores concentraciones de MPA. -El polimorfismo de MRP2 puede ser un factor de riesgo de infección por CMV y de GEa grave.

471 IMPACTO DEL POLIMORFISMO MRP2 EN MALIGNIDAD, INFECCIONES Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

M. MIRANDA-CAMÍ¹, B. RODRÍGUEZ CUBILLO¹, I. PÉREZ FLORES¹, N. CALVO¹, JM. BAUTISTA CAÑAS¹, M. CALVO AREVALO¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, C. MARTÍNEZ VALIENTE², A. SHABAKA¹, AI. SANCHEZ-FRUCTUOSO¹

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

Introducción: En ocasiones el uso del ácido micofenólico(MPA) se ve limitado en pacientes que muestran signos de un exceso de inmunosupresión. El MPAG es un molécula procedente del metabolismo del MPA que es excretada en la vía biliar a través del transportador MRP2, esencial en la circulación enterohepática. Existe controversia en el impacto farmacodinámico y clínico que pueda suponer el polimorfismo de este trasportador en el paciente en tratamiento con ácido micofenólico.

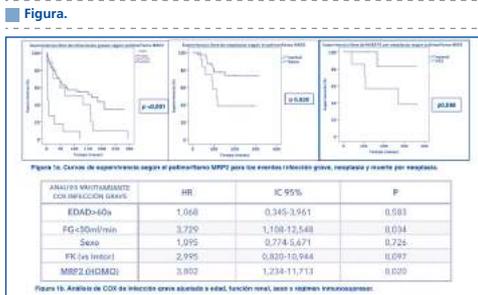
Objetivos: Investigar si la presencia del polimorfismo condiciona un mayor riesgo de infecciones, malignidad o mortalidad.

Métodos estadísticos: Estudio retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes trasplantados renales estables desde 1987 a 2011. Se realizó el estudio del polimorfismo MRP2 a 394 pacientes. Se analizaron concentraciones de MPA sanguíneas (12 extracciones) para el cálculo del área bajo la curva (ABC) de 148 pacientes. Se investigaron los episodios de infecciones, la aparición de tumores y la mortalidad de 80 pacientes a lo largo del seguimiento. Se utilizaron las pruebas de T-student, chi2, y log Rank para el análisis estadístico.

Resultados: En pacientes portadores del polimorfismo (homo+HTZ), 33% presentaron al menos una neoplasia y el 11,3 % fue diagnosticado de >1 tumor. 7,7% de los tumores se diagnosticaron en estadio avanzado y el 25% de pacientes recibió tratamiento con objetivo paliativo. El 28,2% de los pacientes murió a causa del tumor. Los pacientes con el polimorfismo de MRP2 muestran menor supervivencia libre de infecciones, neoplasias, y muerte secundaria a neoplasia con respecto al paciente sin el polimorfismo (p <0,001, p 0,020, p 0,088 respectivamente).

Figura1a. En el análisis multivariante la presencia de polimorfismo MRP2 (homocigosis) asoció mayor riesgo de infección grave.Fig1b.

Conclusiones: El polimorfismo MRP2 puede ser un factor de riesgo de neoplasia, mortalidad e infecciones.



472 LA LIGADURA DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA TRAS EL TRASPLANTE RENAL INDUCE UN DETERIORO PRECOZ Y REVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO

I. LÓPEZ-LÓPEZ, E. ESQUIVIAS DE MOTTA, ML. AGÜERA MORALES, C. RODELO HAAD, M. SÁNCHEZ-AGESTA MARTÍNEZ, MI. ANSIO VAZQUEZ, FM. AMARAL NEIVA, A. RODRIGUEZ BENOT, P. ALJAMA GARCÍA

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

Introducción: En la práctica clínica habitual, no se recomienda el cierre rutinario de la fístula arteriovenosa (FAVI) tras el trasplante renal. Sin embargo, se ha reportado que ligar la FAVI puede ser beneficioso desde el punto de vista cardiovascular. Estudios recientes han descrito un deterioro más rápido de la función del injerto renal tras esta intervención. Realizamos un estudio con el objetivo de comprobar si la ligadura de la FAVI influye sobre la función del injerto renal, y sobre la supervivencia a largo plazo del injerto y del paciente.

Materiales y métodos: Identificamos aquellos pacientes sometidos a ligadura de la FAVI (n=49) tras recibir un trasplante renal, y seleccionamos un grupo control macheando por sexo, edad del donante y receptor y tiempo de trasplante. Analizamos la función del injerto renal antes de la ligadura de FAVI, al mes, y a los 6 y 12 meses tras la intervención, comparando con la función del injerto renal del grupo control en los mismos tiempos y evaluando supervivencia del paciente y del injerto renal a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes y 49 controles macheados (1:1). En la muestra, un 76.8% eran varones. La mediana de tiempo transcurrido desde la realización de la FAVI hasta su ligadura fue de 8.33 (4.98-13.95) años. La edad media en el momento del trasplante fue de 45.6±13 años y la mediana de tiempo desde el trasplante hasta la ligadura de FAVI fue 6.96 (2.62-11.97) años. Observamos un deterioro en la función del injerto en los pacientes intervenidos al mes (p<0.001) y a los 6 meses (p=0.002), sin embargo a los 12 meses la función renal retornó a sus niveles basales (p=0.264) (tabla 1).

La supervivencia del paciente y del injerto renal a largo plazo, censurando y sin censurar por el fallecimiento del paciente, fue similar en ambos grupos.

Conclusión: El cierre de la fístula arteriovenosa tras el trasplante renal se asocia con un deterioro precoz en la función del injerto. Sin embargo, este deterioro es reversible y no afecta a la supervivencia del injerto ni del paciente a largo plazo.

Tabla 1. Función renal de los pacientes de ambos grupos al mes, a los 6 y a los 12 meses tras ligadura de la FAVI medida con creatinina en plasma (mg/dl)

Tiempo	LIGADURA FAVI Cr (mg/dl)	No Ligadura FAVI Cr (mg/dl)	p
1 mes	1.49 ± 0.82	1.73 ± 0.76	< 0.001
6 meses	1.38 ± 0.78	1.77 ± 1.07	0.002
12 meses	1.17 ± 0.87	1.61 ± 0.70	0.264

473 LA PRESENCIA DE RECHAZO SUBCLÍNICO AL AÑO DEL TRASPLANTE MODULA LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA MEDIDA A TRAVÉS DE LOS NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA

C. GARCÍA-CARRO¹, C. DÖRJE², A. ÅSBERG², K. MIDTVEDT², H. HOLDAAS², A. REISÆTER², D. SERÓN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HIBRON (BARCELONA), ²TRANSPLANT MEDICINE. OSLO UNIVERSITY HOSPITAL (OSLO)

La inflamación en el injerto renal se asocia con modificaciones pro-inflamatorias de las células mononucleares periféricas, lo que sugiere que la inflamación local renal contribuye en cierta medida a la inflamación sistémica. En este sentido, el objetivo de nuestro trabajo es evaluar la relación existente entre el rechazo subclínico en biopsias de protocolo del injerto al año del trasplante y la inflamación sistémica medida mediante los niveles de proteína C reactiva (CRP) en sangre en el momento de la biopsia.

Analizamos 544 biopsias de seguimiento realizadas al año del trasplante y clasificadas como normal (n=368), borderline (n=148) o rechazo subclínico (SCR) (n=28). Los niveles de CRP en sangre en el momento de la biopsia se dividieron en cuartiles. Los pacientes con niveles de CRP en el primer, segundo y tercer cuartil se clasificaron como CRP baja (n=408) y los pacientes en el cuarto cuartil se clasificaron como CRP alta (n=136).

El análisis univariado mostró que la proporción de pacientes con SCR era más alta en el grupo CRP alta (10.3% vs 3.4%, p= 0.0067). En el análisis multivariado, los predictores independientes de CRP alta fueron el IMC (OR 1.072 y 95% CI 1.027-1.119), la presencia de urocultivo positivo el día de la biopsia (OR 2.760 y 95%CI 1.205-6.323) y la presencia de SCR en la biopsia de seguimiento (OR 7.260 y 95%CI 3.530-14.935).

En conclusión, en este trabajo describimos que la presencia de SCR al año del trasplante se relaciona con un incremento en la inflamación sistémica medida mediante los niveles de CRP en sangre.

474 SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS (SPI): UNA ENTIDAD NO SIEMPRE RESUELTA TRAS EL TRASPLANTE RENAL

J. CALVIÑO VARELA¹, S. CIGARRÁN GULDRIS², L. GONZÁLEZ TABARES¹, M. GUIJARRO DEL AMO³, N. MENÉNDEZ GRANADOS⁴, N. CALLEJO LÓPEZ⁴, C. COBELO CASAS⁴, B. MILLÁN DÍAZ⁴, A. SANJURJO AMADO⁵, MJ. SOBRIDO GÓMEZ⁵

¹NEFROLOGÍA. EOXI CERVO-LUGO-MONFORTE (LUGO), ²NEFROLOGÍA. EOXI CERVO-LUGO-MONFORTE (BURELA), ³NEUROLOGÍA. EOXI CERVO-LUGO-MONFORTE (LUGO), ⁴NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (BURELA), ⁵NEUROGENÉTICA. IDIS-SERGAS (A CORUÑA)

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) se ha identificado como un nuevo factor de riesgo cardiovascular que frecuentemente se asocia a la enfermedad renal terminal (hasta en un 50%). Aunque suele corregirse tras el trasplante, la prevalencia de SPI en estos pacientes podría no ser tan baja como cabría esperar dado que ciertas alteraciones urémicas, relacionadas con el SPI, pueden persistir incluso con un trasplante funcionante. El objetivo de este estudio ha sido determinar la prevalencia y las condiciones relacionadas con el SPI en pacientes con trasplante renal.

Utilizando los criterios del Grupo Internacional de Estudio de SPI se ha realizado un cuestionario validado a 129 pacientes con trasplante renal, 82 hombres y 47 mujeres, seguidos durante más de un año y con función renal estable (creatinina 1,5 ± 0,54 mg/dL). A los pacientes clasificados como probable SPI por el cuestionario, se les realizó una valoración neurológica para excluir aquellos con trastornos similares pero no diagnósticos de SPI.

Resultados: La frecuencia de casos probables de SPI seleccionados mediante el cuestionario fue del 29,5% (18 hombres y 20 mujeres). Tras la exploración neurológica, el diagnóstico se confirmó en 18 pacientes, suponiendo una prevalencia total del 14,5% (superior al 4,5%, previamente descrito en la población general). Por tanto, se identificaron 6 hombres (7,5%) y 12 mujeres (27,3%) con SPI. El valor predictivo positivo para el cuestionario fue notablemente más alto en mujeres (60%) que en hombres (33%), indicando una mayor tasa de trastornos similares al SPI (falsos positivos) entre los hombres. Aparte de las diferencias entre sexos, los casos de SPI no mostraron diferencias en relación con edad, diabetes, terapia anticalcineúrica, función renal, anemia o tiempo de trasplante. Tampoco en la presión arterial ni en el número de antihipertensivos, aunque los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) se utilizaban con una frecuencia significativamente menor en aquellos con SPI (22,2 vs 47,2%). Debido al predominio de mujeres con SPI, se realizó un análisis específico que mostró que las mujeres con SPI presentaban una peor función renal estimada por CKD-EPI (52±17.5 vs 42±13.9 ml/min) y una menor tasa de reabsorción tubular de fosfato (75±10.5 vs 65±9.2 %).

Conclusiones: La prevalencia de SPI tras el trasplante renal continúa siendo alta (14,5%), siendo dos veces más frecuente en mujeres. La influencia del SRAA, el deterioro funcional del injerto y la sobrecarga de fosfato asociada al SPI y su posible contribución al daño cardiovascular en la población trasplantada precisaría de más estudios.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

475 IMPACTO DEL INICIO RETRASADO DE FUNCIÓN RENAL POSTRASPLANTE SIN NECESIDAD DE DIÁLISIS

C. ARIAS CABRALES, M.J. PÉREZ SÁEZ, D. REDONDO PACHÓN, M. CRESPO, M. MIR, A. CALIFANO, C. BURBALLA, A. GRANADOS, A. BUXEDA, J. PASCUAL
NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

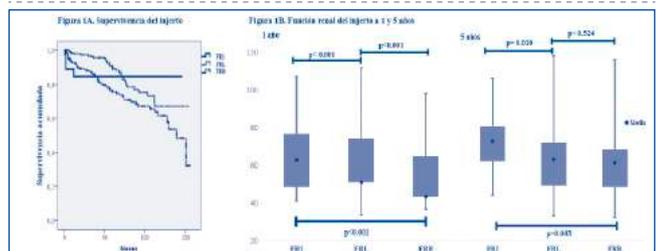
Introducción: La función retrasada del injerto (FRR) definida como necesidad de diálisis durante la primera semana post-trasplante renal (TR) se ha relacionado con peor supervivencia del injerto. Existen pocos datos sobre la relevancia de la recuperación "lenta" de la función renal (FRL) sin necesidad de diálisis. Analizamos el impacto de presentar función renal inmediata (FRI), FRL o FRR sobre la supervivencia del injerto y función renal.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de TR de donante fallecido realizado en 2004-2015. Se excluyeron los riñones nunca funcionantes y los perdidos los primeros 3 meses. FRI >10% de descenso de creatinina en las primeras 24h; FRL, ausencia de descenso de creatinina en las primeras 24h; FRR, necesidad de diálisis la primera semana. Evaluamos supervivencia global del injerto y función renal a 1 y 5 años.

Resultados: De los 451 TR incluidos, 78 (17,3%) presentaron FRI, 186 (41,2%) FRL y 187 (41,5%) FRR. En análisis univariante, tanto FRR como FRL se asociaron con peor supervivencia del injerto (fig 1A) y peor función renal a 1 y 5 años (Fig 1B). Tras ajuste multivariante, la FRR y la FRL perdieron esa capacidad predictiva de pérdida del injerto, mientras que la FRI se asoció con mejor supervivencia del injerto (HR de pérdida 0.19 [0.06-0.65], p=0.008). La FRR se relacionó con peor función renal a 1 año (HR 1.94 [1.02- 3.66;p=0.043], y la FRL con peor aún (HR 2.50 [1.12-5.61]; p=0.026)). A 5 años, solo la FRL se asoció con peor función renal (HR 4.27 [1.18-15.47]; p=0.027)), la FRR no.

Conclusiones: Los pacientes que no descienden creatinina durante las primeras 24h posttrasplante tienen un 80% más de riesgo de pérdida del injerto y peor función renal a largo plazo. Excluyendo los riñones nunca funcionantes y las pérdidas precoces, la FRL se asocia con peor evolución incluso que la FRR.

Figura.



476 EL POLIMORFISMO MRP2: INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN EL TRASPLANTE RENAL

J.M. BAUTISTA CAÑAS, M. MIRANDA-CAM, B. RODRÍGUEZ CUBILLO, I. PEREZ FLORES, N. CALVO, M. CALVO AREVALO, MA. MORENO DE LA HIGUERA, A. AMIR SHABAKA, C. MARTINEZ VALIENTE, AL. SÁNCHEZ FRUCTUOSO

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

Introducción: En ocasiones el uso del ácido micofenólico(MPA) se ve limitado por sus efectos secundarios y es preciso modificar el régimen inmunosupresor.

El MPAG es un molécula procedente del metabolismo del MPA que es excretada en la vía biliar a través del transportador MRP2, esencial en la circulación enterohepática. Existe controversia en el impacto farmacodinámico y clínico que pueda suponer el polimorfismo de este trasportador en el paciente en tratamiento con ácido micofenólico.

Objetivos: a) Investigar si la presencia del polimorfismo condiciona un mayor riesgo de cambio en el régimen inmunosupresor.

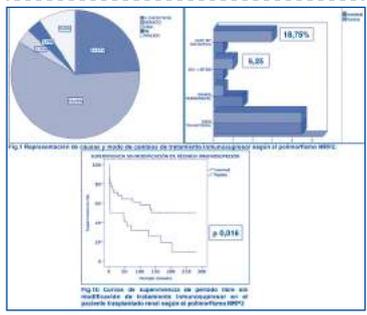
Métodos estadísticos: Estudio retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes trasplantados renales estables desde 1987 a 2011. Se realizó el estudio del polimorfismo MRP2 a 394 pacientes. Se analizaron concentraciones de MPA sanguíneas (12 extracciones) para el cálculo del área bajo la curva (ABC) de 148 pacientes. Se investigaron las modificaciones en el cambio del régimen inmunosupresor en 89 pacientes a lo largo del seguimiento. Se utilizaron las pruebas de T-student, log Rank y regresión de Cox para el análisis estadístico.

Resultados: a) Los pacientes portadores del polimorfismo en homocigosis precisaron más frecuentemente cambios en su régimen inmunosupresor (82,4 vs 48,2% p 0,010). Fig 1.

b) La presencia del polimorfismo (homocigosis) del MRP2 asocia menor supervivencia libre de modificación de inmunosupresión (log Rank 0,016 Fig1). c) En el análisis de regresión de COX (univariante) el polimorfismo de MRP2 asoció mayor riesgo de modificación en el tratamiento inmunosupresor (HR 2,283 IC 1,146-4,545 p0,019).

Conclusiones: El polimorfismo MRP2 puede ser un factor de riesgo de necesidad de cambio de régimen inmunosupresor. El conocimiento del polimorfismo previo al trasplante puede ayudar a la individualización del tratamiento inmunosupresor antes del sufrimiento de efectos secundarios al tratamiento con ácido micofenólico.

Figura.



477 INMUNOADSORCIÓN (IA) ESPECÍFICA COMO TÉCNICA DE ACONDICIONAMIENTO EN EL TRASPLANTE RENAL ABO INCOMPATIBLE (ABOI)

MA. HERREROS GARCIA, JM. DIAZ GOMEZ, C. CANAL GIROL, E. COLL PIERA, MJ. LLORET CORA, N. SERRA CABAÑAS, C. FACUNDO MOLAS, JA. BALLARIN CASTAN, L. GUIRADO PERIS

NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN PUIGVERT (BARCELONA)

Introducción: El trasplante renal ABOi es una buena estrategia para aumentar el número de donantes. La IA específica nos permite eliminar exclusivamente las isoaglutininas (IgG e IgM), dirigidas contra los antígenos A y B presentes, entre otras, en las células endoteliales que son la principal diana en el rechazo humoral del trasplante ABOi

Material y métodos: 8 pacientes trasplantados renales de donante vivo ABOi entre 2015 y 2017. El acondicionamiento se realizó con Rituximab (375 mg/m², 1 mes pre-trasplante), Inmunoadsorción específica con el sistema Glycosorb®, gammaglobulina policlonal e inmunosupresión de inducción con tacrólimus(0,2 mg /kg/día v.o.), micofenolato (1 g/12 horas v.o), corticoides (200 mg intraoperatorio seguidos de 1 mg /kg /día v.o) y timoglobulina. El día del trasplante el objetivo en el título de isoaglutininas ha de ser ≤1:4 y se realiza IA posttrasplante si el título de las mismas es ≥ 1:8 la primera semana y ≥ 1:16 la segunda.

Resultados: El título inicial de isoaglutininas va de 1:8 a 1:1024, realizándose una media de 2,87 sesiones de IA pretrasplante (rango 2-4) y 1,25 posttrasplante (rango 0-7). La media de recambios plasmáticos es de 4,14 /sesión (rango 2,5-5,6), procesándose un volumen de 11,9 litros/sesión (rango 6-17litros). La supervivencia del paciente es del 100% y 87,5% del injerto (1 paciente perdió el injerto a las 2 semanas del trasplante por trombosis del mismo). La media de creatinina al alta es de 194 umol/l, a los 3 meses de 140 umol/l y a los 6 meses de 130 umol/l.

Conclusión: La IA específica no deplecciona de factores de coagulación a diferencia de la plasmaféresis, nos permite procesar grandes volúmenes de plasma sin saturarse las columnas a diferencia de las técnicas semiespecíficas con lo cual el número de sesiones pretrasplante se reduce a pesar de tener títulos tan elevados como 1:1024.

Tabla 1.

Sexo D	Edad D	Grupo D	Sexo R	Edad R	Grupo R	Isoaglutininas IgG pre IA	Isoaglutininas IgG pre trasplante	Sesiones IA Pre	Sesiones IA Post	Creatinina 3 meses (umol/l)	Creatinina 6 meses (umol/l)
M	62	A1	M	60	O	1:16	1:16	2	0	99	90
M	56	A1	M	50	O	1:16	1:2	2	0	147	145
M	58	A1	M	61	O	1:1024	1:1	2	1	134	143
M	70	A1	M	62	O	1:8	1:2	2	0	209	190
M	59	B	M	64	A	1:16	1:2	3	1	34	100
M	62	A1	M	38	O	1:64	1:2	2	0	110	117
M	60	A1	M	61	O	1:64	1:1	4	1	192	192
M	50	AB	M	57	O	1:32(A)	1:2(B)	4	7	Pérdida injerto	

478 GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL POST- TRASPLANTE: DE NOVO C3 GLOMERULONEFRITIS

N. SERRA CABAÑAS, C. FACUNDO MOLAS, C. CANAL GIROL, Y. ARCE TERROBAN, B. BARDAJÍ DE QUIXANO, I. SILVA TORRES, N. AYASREH FIERRO, I. DA SILVA, J. BALLARIN CASTAN, L. GUIRADO PERICH

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

Introducción: La gammapatía monoclonal de significado renal (GMSR) incluye todas las patologías renales causadas por una inmunoglobulina monoclonal secretada por un clon de célula B no maligno. El espectro de GMSR es amplio, incluyendo una entidad reciente como la glomerulonefritis por C3 (GMN C3). Hasta el momento actual, la aparición de esta entidad tras el trasplante renal (TR) prácticamente no ha sido descrita.

Material y métodos: Se describen todos los pacientes de nuestro centro que tras el TR han desarrollado una GMN C3 asociada a una GMSR.

Resultados: Caso 1: Hombre 74 años con enfermedad renal crónica (ERC) no filtrada. Inició DP en 2001. 2006: TR donante cadáver (DC). Función renal (FR) estable sin proteinuria hasta 2012 que aparece 1g/24h. Biopsia renal (BR): glomerulonefritis proliferativa mesangial y endocapilar segmentaria y difusa. No se pudo realizar inmunofluorescencia. Proteinograma: banda monoclonal IgM Kappa (CM 2.8g/L). PBJ negativo. Aspirado de médula ósea (AMO) normal. Enero 2016: deterioro FR e proteinuria nefrótica. BR: GMN C3. Proteinograma: estabilidad CM. AMO normal. Realizamos tratamiento con Rituximab con buena respuesta inicial pero posteriormente deterioro de FR iniciando diálisis en Enero 2017.

Caso 2: Mujer 61 años con ERC de origen genético. Inició hemodiálisis en 2004. 2010: TR DC. FR basal: creatinina 180 umol/L con leve proteinuria. Julio 2016 incremento de proteinuria (9 gr/24h) y deterioro FR hasta creat 300 umol/L. Proteinograma: banda monoclonal IgG Kappa (CM 1.9g/L). AMO normal. PBJ:

Cadenas ligeras kappa (0.26g/L). BR: GMN C3 e IFTA. Ante la importante fibrosis y el deterioro severo de FR no realizamos ningún tratamiento específico. Reinició hemodiálisis en Noviembre 2016.

Caso 3: Mujer 66 años con ERC por PQRAD. Inició hemodiálisis en 1999. 2004: Primer TR DC. FR correcta sin proteinuria. Abril 2014 proteinuria nefrótica y deterioro FR. BR: GMN C3 y RHC. Deterioro rápido de FR iniciando diálisis en Agosto 2014. Mayo 2016: segundo TR DC. FR correcta sin proteinuria hasta 6 meses post-TR que aparece proteinuria. Se realiza BR. Proteinograma: banda monoclonal IgA Lambda (CM 2.7g/L). PBJ negativo. AMO normal. Pendientes resultado de BR para decidir actitud.

Conclusiones: La GMSR en forma de GMN C3 tras el TR suele manifestarse con proteinuria nefrótica y posteriormente deterioro rápido de FR llevando a la pérdida del injerto en poco tiempo. Aparece en el contexto de cualquier tipo de inmunoglobulina monoclonal y no es necesaria una elevada concentración del componente monoclonal. El uso de Rituximab o otras pautas como Bortezomib con dexametasona puede ser eficaz aplicado precozmente pero son necesarios estudios para definir cuál es el mejor estrategia para cada situación clínica.

479 EVOLUCIÓN DE LOS AUTOANTICUERPOS IGA ANTI BETA2- GLICOPROTEÍNA I EN PACIENTES TRAS EL TRASPLANTE RENAL

F. GARCÍA-MARTÍN¹, M. SERRANO², E. GONZÁLEZ-MONTE¹, JA. MARTÍNEZ-FLORES², MJ. CASTRO², O. CABRERA-MARANTE², D. PÉREZ², E. PAZ-ARTAL², JM. MORALES¹, A. SERRANO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID)

Introducción: El Síndrome antifosfolípido (sAPL), es una enfermedad cuya patogenia reside en la presencia de autoanticuerpos de subclase IgG e IgM contra fosfolípidos, y/o proteínas de unión a fosfolípidos (cardiolipina y B2-glicoproteína respectivamente) asociados a un mayor riesgo de trombosis y a una elevada morbimortalidad. La prevalencia del sAPL en la patología renal ya ha sido descrita. En estudios recientes se ha visto que anticuerpos del isotipo IgA también desarrollan sAPL en pacientes dializados.

El objetivo de este estudio fue conocer la influencia del trasplante renal en la prevalencia de anticuerpos anti B2-glicoproteína I de clase IgA (aB2-GPI IgA) en pacientes dializados y su evolución tras el trasplante renal.

Pacientes y métodos: Se determinaron los aB2-GPI IgA en 232 pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en lista de espera de trasplante y en 257 pacientes trasplantados renales: 70 (27%) en los primeros tres meses, 47 (18%) entre los 3-6 meses, 61 (24%) entre los 6-12 meses y 79 (31%) en el segundo año postrasplante.

Los anticuerpos aB2-GPI IgA se cuantificaron mediante ensayos inmunoenzimáticos QUANTA Lite (INOVA Diagnostics, San Diego, CA). El punto de corte fue el proporcionado por la casa comercial: 20 UI/dl.

Resultados: Los valores de aB2-GPI IgA fueron significativamente más elevados en los pacientes en hemodiálisis que en los trasplantados (21.7 ± 4.3 UI/dl vs 11.8 ± 1.5 UI/dl, p<0.001). Los niveles después del trasplante siempre fueron inferiores que los de los pacientes dializados. Entre los pacientes en diálisis el 32% tenía aB2-GPI IgA positivos (70/232). La prevalencia disminuyó drásticamente tras el trasplante renal: solo 28 (10.9%) eran aB2-GPI IgA positivos (p<0.01). Según el tiempo postrasplante la prevalencia fue del 6%, 9%, 18% y 11% a los tres primeros meses, entre 3-6 meses, entre 6-12 meses y a los 24 meses respectivamente.

Conclusiones: La prevalencia de aB2-GPI IgA en pacientes dializados es elevada. El trasplante renal disminuye significativamente la prevalencia de aB2-GPI IgA en los pacientes urémicos. El papel de la buena función renal y el de la inmunosupresión pueden explicar este descenso en los pacientes trasplantados.

480 MANIFESTACIONES TROMBÓTICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS CON ANTI-CUERPOS IGA ANTI BETA2 GLICOPROTEÍNA I (BETA2-GPI): PAPEL DE LOS INMUNOCOMPLEJOS CIRCULANTES BETA2-GPI/IGA

F. GARCÍA-MARTÍN¹, M. SERRANO², E. GONZÁLEZ-MONTE¹, D. PÉREZ², JA. MARTÍNEZ-FLORES², O. CABRERA-MARANTE², D. PLEGUEZUELO², E. PAZ-ARTAL², JM. MORALES¹, A. SERRANO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID)

Introducción: El síndrome antifosfolípido (APS) se caracteriza por trombosis recurrente y/o abortos en pacientes con autoanticuerpos antifosfolípidos (aPL). Los anticuerpos anti beta2-glicoproteína I de clase IgA (aB2-GPI IgA) son un factor de riesgo de trombosis y de pérdida del injerto. Un 30% de los dializados tienen aB2-GPI IgA positivos en el momento del trasplante, sin embargo, sólo el 10% de ellos pierden el injerto. El valor predictivo de los aPL es bajo y se necesitan nuevos marcadores para identificar pacientes con aPL elevado riesgo. Los inmunocomplejos de IgA unidos a B2-GPI (B2-GPI-CIC) se han asociado con eventos trombóticos agudos. El objetivo del estudio fue evaluar el valor predictivo de los B2-GPI-CIC para la aparición de fenómenos trombóticos en pacientes trasplantados.

Material y métodos: Estudio de seguimiento de 2 años en los pacientes que recibieron un trasplante renal en el período 2000-2011. En 365 pacientes (27%) los aB2-GPI IgA fueron positivos. Se establecieron dos grupos: Grupo 1 pacientes positivos para aB2-GPI IgA y para B2-GPI-CIC (n = 125). Grupo 2 solo positivo para aB2-GPI IgA (n = 240). Se tomó como grupo control los pacientes con anticuerpos negativos (n = 974).

Los niveles de autoanticuerpos y B2-GPI-CIC se cuantificaron inmediatamente antes del trasplante y fueron seguidos durante seis meses. Los aB2-GPI IgA se cuantificaron mediante ensayos inmunoenzimáticos QUANTA Lite, el punto de corte fue el proporcionado por la casa comercial: 20 UI/dl. Los B2-GPI-CIC se midieron mediante un ensayo propio ELISA de captura (positivos >20.9 AU).

Resultados: En el grupo 1, el 46,4% de los pacientes presentó manifestaciones trombóticas frente al 10,4% en el grupo 2 (p <0,001). La incidencia de trombosis del injerto en el grupo 1 (31,2%) fue significativamente mayor que en el grupo 2 (3,3%, p <0,001). En el análisis multivariante, la presencia de B2-GPI-CIC fue una variable independiente de trombosis post-trasplante (HR: 6,72; IC del 95%: 4,81-9,37) y, de forma más llamativa, para la trombosis del injerto (HR 14,75; IC del 95%: 9,11 - 23,89). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con B2-GPI-CIC negativos y el grupo control.

Conclusiones: La presencia de B2-GPI-CIC es un predictor de eventos trombóticos y de pérdida del injerto. Los pacientes positivos para aB2-GPI IgA sólo corren el riesgo de sufrir trombosis si son B2-GPI-CIC positivos. Los pacientes con B2-GPI-CIC negativos tienen el mismo riesgo que el grupo control. La prevención de trombosis debe centrarse en pacientes con B2-GPI-CIC positivos.

481 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PROGRESIÓN DE PLACA CAROTÍDEA DESPUÉS DEL TRASPLANTE RENAL

M. AZANCOT, N. RAMOS, A. CARABEN, I. TORRES, E. ESPINEL, F. MORESO, D. SERÓN

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA)

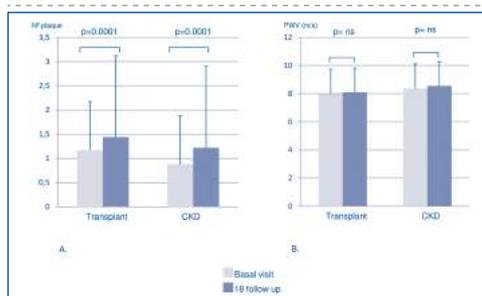
Introducción: La aterosclerosis subclínica está asociada con un aumento en la mortalidad cardiovascular. El objetivo es estudiar la presencia y la progresión de placas subclínicas durante el seguimiento de 18 meses en pacientes trasplantados renales y con enfermedad renal crónica (ERC) con función renal similar.

Métodos: Se incluyen una cohorte de pacientes trasplantados renales y otra de pacientes con ERC no en diálisis sin antecedentes de evento cardiovascular previo. En la visita basal se realiza monitorización ambulatoria de la presión arterial. La ecografía de carótida y velocidad de onda de pulso (VOP), se realizaron en la visita basal y a los 18 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 92 trasplantados renales y 96 pacientes con ERC. La prevalencia de placa carotídea fue del 56% en los pacientes trasplantados renales y 38,5% en pacientes con ERC (p=0.02). La VOP no fue diferente entre ambos grupos. El número de placas se incrementa en un 27,8% de los pacientes trasplantados y en un 28,9% de los pacientes con ERC, mientras que la VOP se mantuvo estable en el período de seguimiento en ambos grupos. En los pacientes trasplantados, la edad, el tiempo de trasplante y el patrón reverse dipper fueron predictores independientes de la presencia de placa carotídea. En los pacientes con ERC, la edad fue la única variable que se asoció a la presencia y progresión de la placa carotídea.

Conclusión: el número de placas progresa mientras que la VOP permanece estable, lo que sugiere que la valoración de la placa carotídea es un método más adecuado para la monitorización de la aterosclerosis subclínica en un corto período de tiempo. El patrón reverse dipper influye sobre la aterosclerosis subclínica en los pacientes trasplantados renales.

Figura.



482 PAPEL DE LA ASOCIACIÓN PRECOZ DE UN I-MTOR CON TACROLIMUS EN LA INFECCIÓN POR POLIOMAVIRUS BK EN TRASPLANTE RENAL

V. LÓPEZ¹, C. JIRONDA¹, T. VAZQUEZ¹, M. CABELLO¹, E. SOLA¹, M. LEÓN¹, D. HERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HRU DE MÁLAGA (MÁLAGA), ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HRU DE MÁLAGA (MÁLAGA)

Introducción: La replicación por poliovirus BK (PVBK) se detecta hasta en un 60% de los pacientes que reciben un trasplante renal con una incidencia de Nefropatía del 5-10%, causando la pérdida del injerto hasta en el 70% de los casos. Una intervención terapéutica precoz, disminuyendo la inmunosupresión, es clave en estos casos. Los inhibidores de mTOR (I-mTOR) pueden jugar un papel importante por su efecto antiviral.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, con seguimiento longitudinal, que incluye 20 pacientes trasplantados renales desde Mayo del 2012 a Septiembre del 2016, en los que se realizó la sustitución del MMF por un I-mTOR y la minimización del Tacrolimus, tras detectarse replicación PVBK. Se analizó la evolución de las variables tanto clínicas como analíticas durante el período de seguimiento.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 55±14 años (80% varones) y la de los donantes de 58±13 años (50% varones). El 30% tenían un trasplante previo. Todos habían recibido triple terapia con Tacrolimus, MMF y prednisona. El 85% recibieron inducción (seis pacientes anti-CD25 y once Timoglobulina).

En el momento de la conversión (18±7 semanas postrasplante), todos presentaban viremia BK y 16 de ellos además viremia. En 15 pacientes se realizó una biopsia renal por sospecha de nefropatía (NPVBK), confirmándose el diagnóstico en 11 de ellos.

La mediana del tiempo de seguimiento postconversión fue de 11 meses (RIQ 9-24). Durante ese tiempo dos pacientes diagnósticos de NPVBK perdieron la función del injerto. El resto mantuvieron una función renal estable a los 6 meses y al año postconversión (MDRDa basal: 35±12 vs 6 meses: 35±1 ml/min; p=0.9); (MDRDa basal: 37±12 vs 1 año: 36±18 ml/min; p=0.7). A los 6 meses, el 61% de los pacientes habían negativizado la viremia. No se observaron efectos adversos atribuidos al I-mTOR, salvo en un paciente que requirió la suspensión por diarrea. No hubo ningún episodio de rechazo agudo.

Conclusiones: La conversión precoz a una terapia basada en I-mTOR y Tacrolimus en pacientes que desarrollan replicación por PVBK es una estrategia eficaz y segura, proporcionando un adecuado control de la infección y una elevada supervivencia del injerto incluso en aquellos que desarrollan NPVBK.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

483 INFECCIÓN POR HONGO FILAMENTOSO EN TRASPLANTADO RENAL

E. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, M.J. TORRES SÁNCHEZ², M. PEÑA ORTEGA¹, M. PALOMARES BAYO¹, A. RUIZ SANCHO², A. OSUNA ORTEGA¹

¹NEFROLOGÍA. CHUGRA (GRANADA), ²MEDICINA INTERNA. CHUGRA (GRANADA)

Introducción: Las infecciones en el paciente trasplantado son causa importante de morbilidad. Entre ellas, las infecciones fúngicas. Presentamos el caso clínico de un paciente trasplantado renal que sufre una infección por *Scedosporium apiospermum*.

Se trata de un hongo filamentoso con una incidencia del 0.05% en trasplante renal, coloniza fácilmente lesiones residuales y senos faciales, su peculiaridad es la resistencia a anfotericina B. La infección diseminada es la forma más frecuente, con afectación cerebral en la mayoría de los casos y una mortalidad muy elevada (alrededor del 75%).

Caso clínico: Varón de 70 años con antecedentes personales: FRCV, enfermedad renal crónica secundaria a nefroangiosclerosis que recibe trasplante renal el 31/05/2016. Inmunosupresión: tacrolimus 5mg/24h + micofenolato de mofetilo 500mg/12h + prednisona 20mg/24h.

En el día +77, comienza con clínica de visión borrosa y miodesopsias en ojo izquierdo que precisa ingreso por hemovítreo realizándose vitrectomía. Sospecha inicial: lesión inflamatoria, de probable origen fúngico por el aspecto de la misma, comenzando tratamiento con voriconazol oral. En el día +93 se realiza exploración oftalmológica que emite el diagnóstico de panuveítis infecciosa. Se solicitan serologías, IGRA y cuantificación en sangre de *Candida* y *Aspergillus*. Así mismo se inicia tratamiento empírico con sulfadiazina + pirimetamina + prednisona a dosis altas. Se obtiene muestra vítrea con PCR positiva para CMV diagnosticándose de panuveítis infecciosa por CMV, comenzando tratamiento intravenoso y se realiza inyección intravítrea de ganciclovir. Finalmente, tras mala evolución, se realiza enucleación del ojo izquierdo. Tras la intervención, el paciente comienza con deterioro del nivel de conciencia progresivo y fiebre. Se realiza punción lumbar con diagnóstico de Meningoencefalitis pendiente de filiación.

Ante los factores de riesgo se inicia tratamiento empírico con meropenem, linezolid y anfotericina B liposomal. Tras persistencia de los síntomas, se realizan TC y RMN de cráneo donde destaca hidrocefalia hipertensiva y ventriculitis moderada-severa.

Tras colocación de drenaje intraventricular urgente presenta leve mejoría inmediata post-intervención. Paralelamente, en Microbiología es identificado en el cultivo de líquido cefalorraquídeo el hongo *Scedosporium apiospermum*. A las pocas horas el paciente comienza de nuevo con bajo nivel de conciencia, se realiza TC urgente que informa de hemorragia subaracnoidea ventricular, finalmente el paciente fallece.

Conclusiones: Las infecciones fúngicas son cada vez más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos. Su manejo resulta complicado debido a la mayor resistencia de algunos hongos a los antifúngicos y a la dificultad para la identificación precoz. Debemos considerar la posibilidad de infección por *Scedosporium apiospermum* en inmunodeprimidos y realizar un tratamiento antifúngico de mayor cobertura.

Figura.



484 ECULIZUMAB EN PROFILAXIS DEL SINDROME HEMOLITICO UREMICO ATIPICO EN TRASPLANTE RENAL

C. FERNANDEZ RIVERA, M. CALVO RODRIGUEZ, T. FERREIRO HERMIDA, A. LÓPEZ MUÑOZ, P. OTERO ALONSO, B. FERREIRO ALVAREZ, N. AZCÁRATE RAMIREZ, A. ALONSO HERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA (A CORUÑA)

El pronóstico de los pacientes trasplantados con síndrome hemolítico atípico (SHUA) post-trasplante es peor que en el resto de la población trasplantada debido a la pérdida del injerto por recidiva de la enfermedad de base.

El objeto del estudio es analizar el pronóstico de los pacientes diagnosticados de SHUA y trasplantados bajo profilaxis con eculizumab. Estudiamos 4 pacientes (2 hombres), edad media 45 años (31-59), trasplantados con Eculizumab. Dos pacientes habían recibido previamente un trasplante con recidiva y pérdida de sus injertos. 3 pacientes presentaban mutaciones en Factor H y una paciente un polimorfismo asociado a factor H. La administración de eculizumab variaba según el tipo de trasplante (vivo o cadavérico). Recibían una dosis de 1200 mg el día de trasplante o el día previo al trasplante más una dosis la semana anterior (donante vivo) seguido de cuatro dosis de 900 mg semanales y posteriormente 1200 mg cada 2 semanas. Se realizó vacunación antimeningocócica (Tetravalente y Bexero), y además los pacientes recibieron penicilina V oral. La inmunosupresión administrada fue tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y prednisona. Se realizó inducción con Timoglobulina en 2 por hipersensibilización y en dos con basiliximab. Tres pacientes recibieron su injerto de un donante habiendo recibido muerte encefálica y un paciente recibió en trasplante de su esposa. El tiempo de isquemia fría fue de 1 hora y 15 minutos en el donante vivo y entre 16 y 22 horas en los donantes cadavéricos. Un paciente tuvo un retraso en la función inicial (25%). En la biopsia a la semana del trasplante, un paciente presentó un rechazo Borderline y fue tratado con 3 bolus de 6 metilprednisolona. Tras un período de seguimiento de 5-11 meses, no se registró ningún episodio de rechazo o evidencia de recidiva. La creatinina al último seguimiento fue de 1,1±0,12 mg/dl, Hto: 41±5,9%, Plaquetas: 170x1000±27, Haptoglobina: 124±70 mg/dl, C3:100±37 mg/dl, CH50:10±0,5 U/ml. Realizada biopsia de protocolo al 6º mes, sin evidencia de recidiva de SHUA. No se registraron infecciones por CMV. Un paciente presentó replicación virus BK al tercer mes y Nefropatía BK en la biopsia de protocolo al 6º mes. No disponemos de niveles de eculizumab ni de C5-9. La monitorización es clínica mediante función renal, C3, CH50, haptoglobina y biopsia a la semana y 6º mes. No hemos tratado de suspender el tratamiento. La supervivencia de paciente e injerto es 100%.

Conclusiones: El pronóstico de los pacientes con SHUA trasplantados renales bajo profilaxis con eculizumab es excelente a corto-medio plazo. Necesitamos monitorizar los niveles para optimizar la dosis. Mantenemos de momento tratamiento de forma indefinida, lo mismo que la profilaxis antibiótica.

485 MENOR INCIDENCIA DE INFECCIÓN CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTES TRATADOS CON CERTICAN DE NOVO Y TACROLIMUS FRENTE MMF Y TACROLIMUS

C. FERNANDEZ RIVERA, M. CALVO RODRIGUEZ, T. FERREIRO HERMIDA, A. LÓPEZ MUÑOZ, P. OTERO ALONSO, B. FERREIRO ALVAREZ, N. AZCÁRATE RAMIREZ, A. ALONSO HERNÁNDEZ

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA (A CORUÑA)

CMV es probablemente la infección más importante en trasplante renal, no solo por su elevada incidencia, sino por los efectos tanto directos como indirectos que ocasiona al paciente. La utilización i-mTOR es mucho menor que el régimen comúnmente usado (derivados del ácido micofenólico + tacrolimus) y suele ser inferior al 10% de los pacientes.

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de CMV en pacientes tratados con everolimus de novo + tacrolimus y comparar los resultados con pacientes inmunosuprimidos con derivados del ácido micofenólico y tacrolimus.

Material y métodos: Se estudian 120 pacientes 40 tratados con everolimus de novo, 24 hombres, edad media 52,8±11 vs 80 pacientes (grupo control), tratados con MMF o micofenolato sódico, 51 hombres, edad media 55,2±11 años. Todos recibieron tacrolimus y esteroides. Se realizó inducción con basiliximab excepto en 4 pacientes que se empleó timoglobulina. Había un 34% de pacientes con everolimus que eran donante CMV+/Receptor - y un 19% en grupo control que recibieron valganciclovir durante 3 meses. Variables: edad, sexo, tipo de donante, enfermedad de base, tiempo isquemia fría, complicaciones urológicas, rechazo agudo, función renal, incidencia infección CMV (replicación viral).

Resultados: Existía más pacientes con enfermedad poliquística y cáncer en el grupo de everolimus frente al grupo control (p>0,01) y más pacientes en asistolia en el grupo control (p=0,04). Tras un seguimiento de 12,8±5,8 meses, no existía diferencia en complicaciones urológicas, función retrasada del injerto, rechazo agudo, diabetes post-trasplante, suspensión del tratamiento, eventos cardiovasculares, función renal y supervivencia. La frecuencia de CMV es 2 pacientes (5%) en grupo everolimus frente a 30(37,5%) en grupo control (p<0,001). Estas diferencias eran mayores cuando se analizaba el grupo de pacientes D+/R-. 1 (7,7%) grupo everolimus y 10 (66,7%) grupo control (p<0,001). En análisis de regresión de Cox el uso de everolimus de novo fue un factor de protección de infección CMV: 0,039(IC95%: 0,005 - 0,288); p=0,002.

Conclusiones: El uso de everolimus de novo en nuestra serie se asocia a una baja incidencia de infección por CMV, incluso en pacientes D+/R-.

486 INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE RENAL. PAPEL DEL TEST DE LIBERACIÓN DE GAMMA-INTERFERÓN (IGRA)

MC. DE GRACIA GUINDO¹, MC. RUIZ FUENTES¹, J. RODRIGUEZ GRANGER², MP. GALINDO SACRISTÁN¹, N. RUIZ FUENTES³, JM. OSORIO MORATALLA¹, A. OSUNA ORTEGA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), ²MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), ³DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E IO. UNIVERSIDAD DE JAÉN (JAÉN)

Introducción: El ensayo de liberación de gamma-interferón (Interferon-Gamma Release Assays - IGRA) en la monitorización diagnóstica y terapéutica de la infección por citomegalovirus (CMV) en trasplante renal, introduce una perspectiva inmunológica de respuesta celular frente al virus. Objetivos: 1. Valorar el efecto predictivo de IGRA (Quantiferon) para CMV pretrasplante renal, en la aparición de infección/enfermedad. 2. Evaluar la relación entre IGRA pretrasplante y tratamiento antiviral intravenoso.

Métodos: El estudio incluyó 75 pacientes, realizándose test IGRA previo a la realización del trasplante renal. Se recogieron variables clínicas de la enfermedad renal y trasplante, incluyendo las relacionadas con CMV. Como variables analíticas, se recogieron inmunoglobulinas, complemento y cuantificación de DNA de CMV. Se realizó análisis univariante y de regresión logística. SSPS 23.

Resultados: Edad receptor 53.88±13.24 años, isquemia fría 12.89±4.35 h, timoglobulina 51.9%, FRI 38.3% y rechazo agudo 4.9%, D+/R- 6.1%, D+/R+ con IGRA negativo 15.1%, infección por CMV 50%, enfermedad 35.9%, tiempo de negativización de DNA viral 56.61±23.5 días. En el análisis univariante en relación a infección por CMV, el tratamiento con timoglobulina presentaba una relación significativa (p=0.001). En estudio de regresión logística, las variables significativas en relación a infección por CMV posttrasplante fueron serología del donante (p=0.044) y tratamiento con timoglobulina (p=0.004), la probabilidad de infección resultaba menor ante IGRA positivo (p=0.025). No hubo variables significativas en relación a presencia de enfermedad. El resultado de IGRA pretrasplante no presenta relación estadísticamente significativa (p=0.060) con la necesidad de tratamiento antiviral intravenoso. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el tiempo de negativización de DNA viral, en relación con el resultado de IGRA, con análisis realizado mediante Kaplan Meier (p=0.059). La dosis acumulada de timoglobulina, y nivel sérico de inmunoglobulinas y complemento (C3) no presentaron diferencias en los distintos grupos según IGRA. No se encontraron diferencias en el tiempo de negativización de DNA viral, en relación con el resultado de IGRA (Kaplan Meier p=0.059).

Conclusiones: En nuestra población los factores de riesgo para la aparición de infección por CMV fueron la serología del donante y el tratamiento con timoglobulina, y como factor de protección, un IGRA pretrasplante positivo. - No encontramos diferencias significativas según IGRA pretrasplante, en aparición de enfermedad por CMV, en necesidad de tratamiento i.v., ni en tiempo de negativización de PCR viral. - Se necesitan estudios más amplios para valorar el efecto de la inmunosupresión en la monitorización de infección por CMV mediante IGRA, para poder individualizar profilaxis/ tratamiento según las características individuales del trasplante.

487 INTERPRETACIÓN DE LA PROCALCITONINA EN TRASPLANTE INMEDIATO
 S. CARRION CEDENO, J. DIAZ PERERA, M. ARTAMENDI LARRAGAÑA, N. CHAHBOUNE, A. COLOMA LÓPEZ, F. GIL CATALINAS, M. SIERRA CARPIO, C. DALL'ANESE SIEGHENTALER, E. HUARTE LOZA
 NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

Introducción: La procalcitonina (PCT) y la proteína C reactiva (PCR) son marcadores específicos de infección. Diversos estudios han demostrado elevación de PCT, en ausencia de infección, en pacientes trasplantados renales que reciben terapias de inducción.

Objetivo: Analizar la relación entre PCT y PCR con la terapia de inducción y presencia de infección.

Métodología: Estudio retrospectivo, observacional de 67 pacientes que recibieron trasplante renal, donante cadáver, en el periodo 2011 -2017.

Se compararon medias de PCT y PCR en relación al tipo de inducción y a criterios clínico-microbiológicos de infección, a 24 horas y 7 días del trasplante, mediante prueba U Mann Whitney.

Resultados: La media de edad fue 52,84 (± 13,07) años, 71,6% varones y en el 89,6% se realizó un primer trasplante. Como tratamiento de inducción recibieron Timoglobulina (ATG) 62,7% y Basiliximab (BSA) 37,3%.

El 12% de los pacientes tuvo infección según Microbiología, siendo la orina el origen principal (62,5%). Un 7,5% presentó clínica de infección con cultivos negativos.

En los resultados, presentados en la tabla adjunta, encontramos diferencias en los valores de PCT y PCR a las 24 horas del trasplante, según la inducción recibida, siendo significativamente más elevados en el grupo de ATG. En el análisis a la semana, solo se mantuvieron las diferencias para la PCT.

En relación con la presencia de infección a los 7 días, observamos diferencias en los valores de PCR siendo más elevada en el grupo de infección, 54 (± 31,41) vs. 28,66 (± 30,20) mg/L (p 0,03). No hubo diferencias significativas para la PCT (p 0,59).

Conclusiones: En la población estudiada, el aumento de PCT no depende de la infección sino del tipo de tratamiento de inducción. La PCT no sería por lo tanto, un buen marcador de infección en el post-trasplante inmediato.

Tabla 1. Resultados según tipo inducción.

A LAS 24 HORAS	ATG (n 42)	BSA (n 25)	p VALOR
PCT (ng/ml)	42,75 (39,62)	3,48 (10,11)	0,001
PCR (mg/L)	61,12 (34,78)	38,28 (23,10)	0,003
A LOS 7 DÍAS			
PCT (ng/ml)	12,57 (16,19)	1,5 (4,20)	0,001
PCR (mg/L)	30,74 (27,44)	31,40 (36,53)	0,77

Valores expresados como media (desviación estándar); p valor calculado con Mann Whitney.

488 LA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE I-MTOR: RAPAMICINA VS EVEROLIMUS
 R. VALERO¹, A. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO², E. RODRIGO³, I. PÉREZ-FLORES⁴, MA. DE COS⁵, S. GATIUS⁶, L. BELMAR⁷, J. DELGADO⁸, C. SANGO⁹, J.C. RUIZ⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER);²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER);⁴FARMACOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER); ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER); ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER); ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID); ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: Los medicamentos inmunosupresores son considerados fármacos de estrecho margen terapéutico cuya variabilidad en los niveles plasmáticos se considera factor pronóstico. Numerosos estudios han demostrado una relación directa entre una alta variabilidad intrapaciente de los niveles plasmáticos de anticalcineurínicos (ACN), y un peor pronóstico en la supervivencia a largo plazo del injerto renal. Estudios recientes sugieren que existe menos variabilidad en los niveles del tacrolimus cuando se utilizan preparados comerciales de liberación retardada que se administran una vez al día, que cuando se utilizan las clásicas formulaciones que precisan dos administraciones diarias. Nuestro objetivo es analizar la variabilidad intrapaciente de niveles plasmáticos de fármacos inhibidores de mTOR (i-mTOR) y comparar la variabilidad de sirolimus con la de everolimus en trasplantados renales convertidos a i-mTOR.

Material y método: Se analizaron 256 trasplantados renales adultos convertidos a i-mTOR entre Enero de 2009 y Diciembre de 2015 en dos centros hospitalarios. El tiempo medio postrasplante en el momento de la conversión fue de 51,6 meses. 117 pacientes fueron convertidos a sirolimus (SRL) y 139 pacientes fueron convertidos a everolimus (EVE). El coeficiente de variación (CV) se calculó utilizando al menos 3 niveles plasmáticos entre los meses 3 y 18 postconversión. Las conversiones realizadas en el primer año de trasplante (121) y las posteriores al año (135) se analizaron de forma separada. El CV se correlacionó con la evolución del injerto (supervivencia del injerto y/o función renal).

Resultados: La media y la mediana del CV fueron de 25,6 +/- 13,0% y 23,7 +/- 12,1%, respectivamente. El CV medio de SRL fue de 23,8% y el de EVE de 27,1% (p=0,04). En el subgrupo de pacientes convertidos después del primer año de trasplante, el CV medio de SRL fue de 23% y el de EVE de 29% (p= 0,008). El 59,8% de los pacientes convertidos a SRL y el 41,7% de pacientes convertidos a EVE presentaron un CV por debajo de la mediana (p= 0,04). No se encontraron diferencias significativas en la evolución del injerto entre los pacientes con mayor o menor CV en nuestra serie, con un seguimiento medio de 58,5 +/- 21,4 meses.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que el SRL presenta un CV menor que el EVE. Puede ser que esta diferencia tenga un valor pronóstico a largo plazo, aunque en nuestra serie y con nuestro seguimiento, no hayamos encontrado diferencias significativas. Es posible que esto sea debido a que la mayoría de los pacientes fueron convertidos en una fase muy estable del periodo postrasplante.

489 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO: RESULTADOS EN 234 PACIENTES
 C. FERNANDEZ RIVERA, M. CALVO RODRIGUEZ, T. FERREIRO HERMIDA, A. LÓPEZ MUÑOZ, BN. LEITE COSTA, R. RIBERA SANCHEZ, B. FERREIRO ALVAREZ, N. AZCARATE RAMIREZ, A. ALONSO HERNÁNDEZ
 NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA (A CORUÑA)

Introducción: En la última década la actividad de trasplante renal de donante vivo (TRDV) ha aumentado de forma progresiva y se debe a los excelentes resultados de supervivencia del injerto y del paciente, y a la mayor seguridad para el donante con la introducción de técnicas quirúrgicas menos invasivas.

Objetivo: Analizar la actividad de TRDV en nuestro hospital y comparar los datos con los obtenidos en trasplante renal procedente de donante cadáver (TRDC).

Material y métodos: Entre 2003 y 2016 se han realizado nuestro hospital 234 TRDV, (22.81% del trasplante renal). La edad de los donantes fue 44.8 +/- 14.6 años y de los receptores 51.3 +/- 10.3. Sexo: donantes (61.4% mujeres, 38.6% hombres), receptores (44.3% mujeres, 55.7% hombres). Parentesco: Emparentados (madre/padre a hijo/a: 60, hermanos: 51, no emparentados (mujer a marido y marido a mujer: 77). Compatibilidad: 167 ABO compatibles, 42 ABO incompatibles, 23 HLA incompatibles, 2 HLA y ABO incompatibles. Diálisis previa: 37% hemodiálisis, 16% diálisis peritoneal, 46% prediálisis. Estadística: t student, Chi cuadrado, supervivencia según Kaplan-Meier y Log -Rank test.

Resultados: La incidencia de rechazo agudo fue del 13.4% (fundamentalmente rechazo agudo celular). Función retrasada del inferto: 12.6%. Infección CMV en 15%, y 10.6% diabetes de novo. En cuanto a la función renal, comparando con el TRDC, se obtuvieron diferencias significativas en creatinina: 1,7±2,4 mg/dl al mes, 1,5±0,9 al año, 1,4±0,7 al 3 año y 1,4±0,5 al 5º año en TRDV vs 2,46±1,26 mg/dl al primer mes, 1,77±0,88 al año, 1,73±0,84 a los 3 años y 1,7 ± 087 a los 5 años en TRDC (p<0,05). La supervivencia del injerto fue del 93.8% al año, 92.7% al 3º año, y 91.1% a los 5 años en TRDV vs 88%, 84,4% y 80,9% respectivamente en TRDC (p =0,013), siendo el rechazo crónico la principal causa de pérdida del injerto, así como muerte con injerto funcionante. La supervivencia del paciente en TRDV fue 100% al año, 98% 3 año y 96,5% al 5º años vs 95%, 92% y 89% respectivamente en TRDC (p=0,001).

Conclusiones: En nuestro hospital el TRDV representa el 22.81% del programa de trasplante. Al igual que en otras series, el TRDV se considera la mejor opción de tratamiento renal sustitutivo ya que ofrece mejores resultados en cuanto a función renal y supervivencia del paciente y del injerto.

490 VARIABILIDAD EN LA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL EN EL ÁREA DE REFERENCIA DE UN CENTRO TRASPLANTADOR
 N. TOAPANTA GAIBOR, G. BERNAL BLANCO, A. SUAREZ BENJUMEA, M. PÉREZ VALDIVIA, M. SUÑER POBLET, F. GONZÁLEZ RONCERO, J. ROCHA CASTILLA, M. GENTIL GOVANTES
 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. (SEVILLA)

Introducción: El acceso de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) a la lista de espera de trasplante renal (TR) depende de la aplicación de los criterios generales y de la sistemática de selección de las distintas unidades de tratamiento de la ERCT.

Material y métodos: Estudio en el área de referencia (población cercana a los 2.5 millones) de un centro de TR de adulto. Fuente de datos: SICATA (Nº de pacientes en diálisis); situación respecto al TR: base de datos de Inmunología (BDI). Se clasifican los casos como: excluidos (E), no figuran o dados de baja en BDI; registrados en BDI con estudio inmunológico incompleto (EII) (no consta grupo sanguíneo y/o tipaje HLA); en contraindicación temporal (CT) y activos (A).

Resultados: De 1424 pacientes en diálisis, el 58% son E, 18% EII, 14% en CT y 10% en A. Existen grandes diferencias en la proporción de pacientes en situación A (media del sector 10%): entre los dependientes de las 3 unidades hospitalarias (2.9 a 13.4%) y entre centros de hemodiálisis (4.2 a 29.2%). También hay grandes diferencias en las proporciones de casos con EII entre hospitales (0% a 57%) y entre centros de diálisis (0% a 58%) así como en la población en CT entre hospitales (19% a 50%) y entre centros de diálisis (2.5% a 19.3%). Un factor determinante en la situación es la edad del paciente puesto que la media variaba de forma significativa entre EII, CT y A (60.3, 54.8 y 52.3 años respectivamente, p<0.001), así como la proporción de mayores de 60 años [EII 141 (49,8%), CT 92 (32,5%), A 50 (17,6%), p<0.001]. Se detecta una diferencia marcada entre las dos provincias incluidas en el sector. También existe notables diferencias en la inclusión de pacientes en situación prediálisis entre las tres unidades hospitalarias.

Conclusiones: Detectamos una gran variabilidad entre las unidades hospitalarias y periféricas de tratamiento sustitutivo en cuanto a la inclusión en lista activa de TR y proporciones de pacientes con EII o en CT. Es imprescindible la implantación de una sistemática más homogénea de selección de casos, mediante la asignación de recursos específicos.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

491 ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE NO INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL EN UN CONJUNTO DE CENTROS DE HEMODIÁLISIS

N. TOAPANTA GAIBOR, F. GONZÁLEZ RONCERO, M. PÉREZ VALDIVIA, G. BERNAL BLANCO, A. SUAREZ BENJUMEA, M. SUÑER POBLET, J. ROCHA CASTILLA, M. GENTIL GOVANTES

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. (SEVILLA)

Introducción: El acceso de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) a la lista de espera (LE) de trasplante renal (TR) depende de la aplicación de criterios generales y de la sistemática de selección de las distintas unidades de tratamiento de la ERCT.

Material y métodos: Estudio en los centros de hemodiálisis no hospitalarios (n=9) de una provincia, dependientes de un centro de TR de adulto. Casos: 228 pacientes registrados en la base de datos de Inmunología y no activos por estudio inmunológico incompleto (falta grupo sanguíneo y/o tipaje HLA) o en contraindicación temporal (CT) por estudio pre-TR incompleto o comorbilidad. Se determina la situación mediante visita al centro y examen de la historia clínica local con el nefrólogo responsable.

Resultados: Según el motivo principal de no inclusión en lista, agrupamos los casos en: 1) 65 pacientes (28.5% del total) tenían estudio básico incompleto (pendientes de valoración por Cardiología 34%, Urología 26%, ambas 18%, no iniciado estudio 12%, otras 9%). 2) 117 pacientes con comorbilidad inicial o sobrevenida (51.3% del total, con/sin estudio básico completo) pendientes de: completar estudio del problema o de confirmar su resolución, intervenciones quirúrgicas / otros tratamientos, o tiempos de espera tras curación aparente: obesidad 30%, cáncer 17%, comorbilidad cardiovascular 14%, digestiva 10%, infecciones 9%, trastornos neuro-psiquiátricos 7%, varios 13%. 3) 46 pacientes (20.2% del total) presentaban otras situaciones: mal cumplidor terapéutico 30%, voluntad del paciente 26%, problemática social 9% y el resto en realidad se consideraban excluidos definitivos por el centro pero no comunicados. Se aprecia una importante diversidad, significativa, en la incidencia de estas causas entre los centros analizados.

Conclusiones: Detectamos una elevada incidencia de casos en espera de pruebas cardiológicas o urológicas básicas para inclusión inicial en lista. También existen proporciones altas de pacientes pendientes de estudios o intervenciones para la resolución de comorbilidades. Destacar la alta incidencia de obesidad como causa más frecuente de no inclusión en LE. De lo anterior se deduce la necesidad de un mayor apoyo y coordinación con los centros hospitalarios de referencia, con vistas a incrementar y depurar nuestra lista de espera de TR.

492 PREVALENCIA DE SENSIBILIZACIÓN TRAS TRANSPLANTECTOMIA POR CAUSAS NO INMUNOLÓGICAS Y FACTORES RELACIONADOS

EE. MELLILLI¹, C. JIRONDA GALLEGOS², M. LEPORÉ¹, V. LOPEZ JIMENEZ², A. MANONELLES¹, M. CABELLOS DIAZ², D. HERNÁNDEZ², O. BESTARD¹, JM. CRUZADO¹

¹UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA); ²UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA)

Introducción: Casi el 25 % de pacientes en lista de espera para un trasplante renal presenta anticuerpos anti-HLA preformados. La Transplantectomía (TRX) se ha relacionado como causa frecuente de sensibilización aunque no se conoce exactamente la prevalencia de formación de anticuerpos anti-HLA tras pérdida del injerto precoz por causas no inmunológicas. No queda claro tampoco si puedan existir factores clínicos relacionados con la sensibilización tras TRX y por esa razón decidimos realizar un estudio retrospectivo.

Métodos: 62 pacientes trasplantados en las dos instituciones (Málaga 17, Barcelona 45) fueron sometidos a transplantectomía precoz por causas no inmunológicas en el periodo analizado (Enero 2010- Marzo 2016). Pacientes con anticuerpos anti-HLA pre trasplante fueron excluidos (=11) así como pacientes que no tenían un estudio completo con Luminex pre y post TRX (=13). En todos los pacientes la inmunosupresión fue suspendida después de la remoción del injerto.

Resultados: Finalmente se incluyeron 38 con transplantectomía después de un tiempo medio de 2.2 días (0-8 días). 27 de 38 pacientes (71 %) desarrollaron anticuerpos tras la TRX (detectados mediante técnica Luminex®) después de un tiempo medio de 300 días y fueron definidos controles. Los restantes 11 pacientes (29 %) mantenían CPRA del 0 % y Luminex negativo tras un tiempo medio de 445 días post TRX y fueron definidos casos. En nuestra análisis ninguna variable clínica (tabla 1) resultó asociada con el desarrollo de anticuerpos post-TRX. El uso de ATG no resultó ser protector de desarrollo de anticuerpos anti-HLA ni tampoco el Match-HLA. Los casos se volvieron a transplantar con mas frecuencia respecto a los controles (Tabla 1).

Conclusiones: En nuestra cohorte casi un 30 % de pacientes no desarrollaron anticuerpos non HLA. Estos pacientes tuvieron mas posibilidad de volverse a trasplantar respecto al resto de pacientes que se hipersensibilizaron. Ningún factor clínico resultó protector frente a la sensibilización.

Estudiar la respuesta inmune de estos pacientes "hipo-respondedores" podría suponer un avance importante en la comprensión de los mecanismos inhibidores de desarrollo de anticuerpos.

Variables	Casos (n=10)	Controles (n=28)	p.
Edad al Trasplante (años)	58.4±16.1	54.6±12.4	0.45
Sexo (V/M)	8/2	19/9	0.43
Mujeres con embarazos previos (S/N)	1/1	7/2	0.45
Tiempo en diálisis (meses)	22.1±14.3	24.5±23.9	0.22
Tipo Diálisis (HD/DP/Pre-emp)	6/3/1	15/0/3	0.93
Tipo de donante (Vivo/Cadaver)	9/1	24/4	0.6
Tipo de donante (DBD/DCD)	18/6	7/2	0.6
Total MM	3.5±1.5	4.2±1.1	0.16
MM DR	1±0.4	1.1±0.5	0.23
MM A	1.1±0.4	1±0.5	0.32
MM B	1.5±0.6	1.4±0.5	0.17
Inducción (No/Basiliximab/ATG)	1/8/1	2/17/9	0.39
Transfusiones (sí/no)	5/5	18/10	0.4
Tiempo de la Transplantectomía (días)	2.2±2.4	2.2±1.8	0.9

493 MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR TRAS RECIBIR UN TRASPLANTE RENAL DE UN DONANTE FALLECIDO EN ASISTOLIA NO CONTROLADA

M. MOLINA¹, B. REDONDO¹, C. MOLIZ², E. GUTIÉRREZ², E. MORALES¹, E. GONZALEZ¹, J. CABRERA², M. PRAGA¹, A. ANDRÉS¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA); ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL EVANGÉLICO Y HOSPITAL MILITAR (MONTEVIDEO, URUGUAY)

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECDV) es la principal causa de mortalidad en los pacientes trasplantados renales (TR), siendo el 50% de estas por cardiopatía isquémica (CI). Los receptores de un TR de un donante fallecido en asistolia no controlada reciben mayores dosis de inhidores de la calcineurina que podrían incrementar el riesgo de ECDV. La incidencia de ECDV en esta población de TR es desconocida.

Objetivo: Analizar la prevalencia e incidencia de ECDV en los TR de donantes fallecidos en asistolia no controlada tras 100 meses de seguimiento y describir los factores asociados.

Material y Métodos: Incluímos 237 TR de donantes fallecidos en asistolia no controlada entre 2005-2013. Se revisaron los factores de asociados a la ECVD. Se consideró ECVD: CI, accidente cerebrovascular (ACV), arteriopatía periférica (AP) o muerte atribuible a cualquiera de ellas.

Resultados: En el momento del TR, los receptores tenían una edad 48±11 años y 141 (59.5%) eran varones. La prevalencia de factores de riesgo para ECDV antes del TR fueron: 77.2% (183) hipertensión arterial, 22.8% (54) diabetes mellitus and 39.2% (93) dislipemia. La prevalencia de ECVD preTR fue: 5.5% (13) CI, 4.6% (11) ACV y 3.8% (9) AP. El seguimiento fue de 44±27 (25-63) meses. La prevalencia de ECVD fue de 8.4% y la incidencia de 27 casos/1000 pacientes-año. 21 ECVD acontecieron en 20 pacientes, 55% (11) CI, 35% (7) ACV y 10% (3) AP. La mortalidad por ECVD a los 100 meses fue de 2.8%. El análisis multivariable mostró como factores asociados a ECVD: CI preTR (HR: 9.2 (3.2-26.8) p<0.001), AP preTR (HR: 4.2 (1.1-15.4) p<0.02), ACV preTR (HR: 4.2 (1.4-12) p=0.008), diabetes mellitus preTR (HR: 2.8 (1.03-7.9) p=0.04), dislipemia preTR (HR: 2.5 (1-6.1) p=0.05), índice de masa corporal del receptor (HR: 1.12 (1.004-1.2) p=0.04), edad del receptor en el momento del TR (HR: 1.05 (1.006-1.1) p=0.04) y creatinina en el 6º mes de TR (HR: 2 (1.1-3.5) p=0.02).

Conclusiones: Los receptores de TR de donante fallecido en asistolia, a pesar de ser jóvenes, tienen un elevada incidencias de ECVD tiendo los factores de riesgo y la ECVD preTR un gran impacto en el desarrollo la ECVD, pero al contrario de lo que acontece en hemodiálisis, la mortalidad en mínima. La función renal del injerto también es un factor de riesgo de ECVD en esta población de TR. La prevención de ECVD debe instaurarse desde fases tempranas en la enfermedad renal crónica.

494 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL DEL INJERTO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

E. GONZÁLEZ, G. SIERRA, S. PERERA, N. POLANCO, A. HERNÁNDEZ, M. MOLINA, A. SEVILLANO, F. GARCÍA, E. HERNÁNDEZ, A. ANDRÉS

NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Objetivo: Estudio diseñado para evaluar la incidencia y factores de riesgo asociados a la estenosis de arteria renal del injerto en receptores de trasplante renal de donante vivo (EART).

Pacientes y métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de 132 pacientes consecutivos con trasplante renal de donante vivo durante el periodo de mayo/1982-septiembre/2016.

Resultados: 132 pacientes (85 varones y 47 mujeres), edad media de 41 años (r 16-71), 78 pacientes (59,1 %) en diálisis, recibieron un trasplante renal de donante vivo. 7 pacientes (5.3 %) tuvieron una pérdida precoz del injerto por trombosis vascular. 29 pacientes (23.2 %) presentaron signos de EART en la primera exploración de ecografía doppler sin clínica asociada y con resolución espontánea en controles sucesivos. Esta EART no estaba asociada a la aparición de retraso en la función del injerto. 11 pacientes (8.8 %) presentaron una EART sintomática con manifestaciones clínicas de HTA de difícil control y/o edemas generalizados y/o deterioro de función renal. En 9 pacientes el diagnóstico de EART se efectuó en el primer mes de evolución, 1 paciente en el 2º mes y 1 paciente en el 5º mes este último tras sufrir un rechazo agudo. La edad del receptor 50.3±11.8 vs 39.4±13.7 (p 0.01) y el diagnóstico de DM 27 % vs 7% (p 0.05) fueron factores clínicos asociados a la aparición de EART sintomática. No se encontró relación con el sexo, IMC, tabaquismo o la necesidad de diálisis antes del trasplante. La aparición de otras complicaciones quirúrgicas, rechazo agudo o infección por CMV tampoco se asociaron con el desarrollo de EART. Siete pacientes resolvieron espontáneamente la lesión de EART, 4 pacientes precisaron realización de arteriografía con angioplastia transluminal percutánea, siendo efectiva en 3 pacientes. Ningún paciente precisó cirugía reconstructiva. Al final del seguimiento (55 meses, r 8-138) todos los injertos estaban funcionantes (Cr_s 1.5±0.4 mg/dl) y 2 pacientes fallecieron por patología pulmonar y shock hemorrágico a los 55 y 84 meses respectivamente.

En resumen: La EART es una complicación quirúrgica que puede estar asociada a la edad y DM del receptor y en numerosas ocasiones se diagnóstica precozmente. En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente y un pequeño porcentaje precisa la realización de intervención radiológica.

495 VOLVER A DIÁLISIS TRAS EL FALLO DEL INJERTO, ¿INFLUYE LA TERAPIA EN LA SUPERVIVENCIA?

A. MORENO SALAZAR, C. ORELLANA CHAVEZ, T. GARCÍA ALVAREZ, C. MINGUEZ MAÑANES, A. GARCÍA GARCÍA-DONCEL, A. DELGADO UREÑA, J. WU, J. NARANJO MUÑOZ, JM. CAZORLA LOPEZ, A. MAZUECOS BLANCA
NEFROLOGÍA. HU PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: Los resultados de supervivencia en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) son similares, pero hay pocos estudios de supervivencia en dichas técnicas tras la vuelta a diálisis desde el trasplante renal (TR), con resultados inciertos.

Objetivo: Analizar la supervivencia en diálisis tras el fallo del injerto. Comparar resultados de supervivencia en ambas técnicas.

Materiales y métodos: Estudio de cohortes retrospectiva incluyendo los pacientes que volvieron a diálisis (HD o DP) tras fallo de un primer injerto, desde el 01/01/2006 hasta el 31/01/2017. Se excluyeron para el análisis los fallecidos en los 90 días tras vuelta a diálisis. Se analizaron características demográficas, tiempo en tratamiento renal sustitutivo (TRS), tipo de TRS pre-TR y post-TR, retransplante, índice de comorbilidad de Charlson (ICCh) y causas de muerte. La supervivencia se calculó hasta fin del estudio, exitus, retransplante o cambio de técnica.

Resultados: Se incluyeron un total de 165 pacientes, 149 volvieron a HD (grupo-HD) y 16 a DP (grupo-DP). El TRS previo al TR en el grupo-DP era DP en 15 (93.8%) y HD en 1 (6.3%); en el grupo-HD, antes del TR 126 estaban en HD (84.6%), 17 en DP (11.4%) y 6 en pre-diálisis (4%); $p < 0,001$. La edad al fallo del injerto y reinicio TRS fue de $59,5 \pm 12,5$ años en grupo-HD vs $54,1 \pm 6,2$ en grupo-DP ($p = 0,032$), con un ICCh en ese momento de $5,9 \pm 2,5$ en grupo-HD vs $4,4 \pm 2,1$ en grupo-DP ($p = 0,027$).

Cuatro (2%) pacientes en grupo-HD y 5 (31%) en grupo-DP tuvieron que cambiar de TRS por problemas con la técnica ($p < 0,001$). La media de tiempo hasta el cambio fue similar en ambos grupos (grupo-HD 914 días vs grupo-DP 921 días; NS). En el grupo-HD el cambio a DP fue por falta de acceso vascular en todos. En el grupo-DP el paso a HD fue por infradiálisis en 1, problemas del catéter en 1 y peritonitis tardía en 3 pacientes (media de tiempo hasta peritonitis: 1338 días).

No se observaron diferencias significativas en la supervivencia del paciente ajustada según ICCh, causa de muerte ni tasa de retransplante entre ambos grupos.

Conclusiones: La mayoría de pacientes son tratados con HD tras el fallo del injerto. Los que reinician DP, casi todos estaban en esta técnica preTR, son más jóvenes y con menos comorbilidad. Aunque la necesidad de cambiar de TRS fue superior en el grupo-DP, la supervivencia ajustada para comorbilidad y el acceso al TR fue similar en ambos grupos.

496 MODIFICACIONES EN LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA POST-TRASPLANTE RENAL

F. VILLANEGO FERNANDEZ, A. MORENO SALAZAR, T. GARCÍA ALVAREZ, C. MINGUEZ MAÑANES, A. DELGADO UREÑA, J. WU¹, J. NARANJO MUÑOZ, JM. CAZORLA LOPEZ, J. TORRAZO MASERO, A. MAZUECOS BLANCA
NEFROLOGÍA. HU PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: La HTA post-TR renal constituye una entidad prevalente identificada como un factor deletéreo de la función de injerto a largo plazo. No se dispone de estudios controlados para justificar la elección de un determinado grupo de anti-HTA, por lo que en ausencia de datos concluyentes aportados por ensayos clínicos aleatorizados en pacientes TR, se debe seleccionar según el filtrado glomerular, la presencia y la intensidad de la proteinuria, el nivel de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades.

Objetivos: Describir modificaciones en la terapia antiHTA previa y post-TR, analizando diferencias según el tipo de terapia renal sustitutiva (TRS) preTR.

Métodos: estudio de cohortes retrospectivo de 107 pacientes con antecedentes de HTA previa al TR. Se dividieron en dos grupos según TRS pretrasplante: 69 desde hemodiálisis (HD) y 38 desde otras TRS (diálisis peritoneal o prediálisis). Se estudiaron variables relacionadas con la enfermedad renal crónica (ERC) y el TR, así como la medicación antiHTA pre y post-TR. Para el control post-TR, se recogió la presión arterial media (PAM), creatinina sérica y una estimación de la tasa de filtrado glomerular (TFG) al sexto mes tras el trasplante.

Resultados: Tras el TR, en el grupo de no HD se objetivó una reducción en el número de fármacos antiHTA empleados al mes del TR ($1,23 \pm 0,97$) frente a los empleados previo al trasplante ($1,51 \pm 1,29$) ($p = 0,034$), ni a los 6 meses postTR ($1,63 \pm 1,16$) ($p = 0,453$). En el grupo de HD se observó un aumento significativo del número de fármacos antiHTA al sexto mes del TR ($1,59 \pm 1,17$) respecto al pretrasplante ($1,15 \pm 1,13$) ($p = 0,027$). El uso de los calcioantagonistas (CA) aumentó en un 10,4% tras el 1º mes ($p = 0,071$) y en un 12,2% ($p = 0,036$) al 6º mes del trasplante, empleado por un 55,6% de los pacientes en este punto.

Conclusiones: En el 1º mes postTR se reduce la medicación, revirtiéndose al sexto mes, donde la HD podría tener un papel importante en la patogenia de la HTA. En esta etapa los CA es el grupo más empleado, aunque más de la mitad de los pacientes empleó más de un antihipertensivo

497 NEFROPATÍA POR VIRUS BK, ¿EL NUEVO ASESINO SILENCIOSO DEL TRASPLANTE RENAL?

P. FRALIE, G. DELGADO, AI. MARTÍNEZ, G. GONZÁLEZ, M. SÁNCHEZ-JAUREGUI, A. TYSZKIEWICZ, G. TABERNEIRO, P. GARCÍA-COSMES
NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: La infección por virus BK es un problema emergente en el trasplante renal que contribuye a la pérdida de injertos renales. La prevalencia de nefropatía por poliomavirus es 1-10%. Entre los factores de riesgo implicados se encuentran: inmunosupresión, edad, varones, función retrasada del injerto, rechazo agudo, infección por citomegalovirus (CMV) ó diabetes mellitus. El conocimiento de los factores de riesgo y la monitorización estrecha de marcadores urinarios y serológicos de la infección pueden mitigar los efectos indeseables de la misma. El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo, función renal y prevalencia de infección por virus BK en nuestra población trasplantada.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio descriptivo, observacional y transversal de los pacientes trasplantados renales entre Abril 2015 y Octubre 2016 a los que se les realizó determinación de viremia/viremia para BK. A los pacientes trasplantados entre Noviembre 2016 y Abril 2017 se les determinó sistemáticamente viremia y viremia para BK: mensualmente hasta el 6º mes, al 9º, 12º, 18º y 24º mes. Se consideró que los pacientes presentaban viremia cuando la carga viral era >107 copias/mL y viremia si >104 mL. Analizamos si ser varón, joven, anciano, diabético, usar anticuerpos antilinfocitarios, presentar rechazo o infección por CMV era factor de riesgo para el desarrollo de viremia ó viremia por BK; y determinamos la función renal. Realizamos biopsia renal si sospechábamos nefropatía por poliomavirus. Se utilizó como método estadístico χ^2 cuadrado, análisis de regresión logística y t student ($p < 0,05$).

Resultados: Entre Abril 2015 y Abril 2017 se realizaron 106 trasplantes renales (12 donante vivo, 2 cruzados, 10 páncreas-riñón y 82 cadáver). Se analizaron 51 pacientes (26 hombres, 25 mujeres) con edad media $53,96 \pm 14,59$ años. La prevalencia de nefropatía por poliomavirus fue 3.92%. Sólo la infección por CMV fue factor de riesgo para presentar viremia por BK ($p < 0,05$). Los pacientes tanto con viremia como con viremia/viremia positiva presentaron creatininas superiores frente a los trasplantados con viremia/viremia negativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: -En nuestra experiencia, la infección por poliomavirus (BK) en la población trasplantada tiene una prevalencia muy elevada, infradiagnosticada por no realizar determinaciones sistemáticas, y sólo cuando nos encontramos ante deterioro de la función renal secundario a nefropatía por BK ya establecida. -Dado que la infección por CMV es un factor de riesgo de infección por poliomavirus en nuestra población, quizás deberíamos cambiar nuestra pauta de tratamiento anticipado por profilaxis sistemática. -El cribado sistemático mediante la determinación de viremia y viremia para BK nos permitirá el diagnóstico e intervención precoz para minimizar la lesión del injerto.

498 TRATAMIENTO CON PAUTA DE INSULINA ISOFÁNICA POSTRASPLANTE RENAL Y DIABETES MELLITUS

MC. RUIZ FUENTES, C. DE GRACIA GUINDO, R. LEIVA ALONSO, JM. OSORIO MORATALLA, P. GALINDO SACRISTÁN, A. OSUNA ORTEGA
NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción: Las actuaciones terapéuticas frente a la aparición de diabetes posttrasplante renal no han resultado efectivas hasta ahora. Los resultados de la administración de pauta de insulina isofánica en el posttrasplante inmediato, sugiere la reducción de la tasa de diabetes posttrasplante, posiblemente por la protección de células beta pancreáticas.

Objetivos: Evaluar la presencia de diabetes mellitus (DM) posttrasplante renal al año entre pacientes que comienzan con pauta de insulina isofánica (NPH) según glucemia nocturna y otras pautas antidiabéticas en posttrasplante inmediato. - Estudiar las diferencias en pacientes con pauta temprana de NPH que desarrollan o no DM al año.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 100 pacientes trasplantados renales que recibieron terapia antidiabética (antidiabéticos orales-ADO y/o insulina glargina) y pauta temprana de NPH entre 2013-2016. Se recogieron variables clínicas de receptor y peritrasplante renal, tratamiento de inducción, tiempo prednisona 5 mg, infecciones bacterianas y CMV, betabloqueantes, introducción y retirada de NPH, ADO y DM a partir del primer año. Las variables analíticas fueron creatinina, albuminuria y niveles de tacrolimus durante el primer año. Paquete SPSS.

Resultados: En la comparación entre el grupo con NPH y otras pautas, no existían diferencias en sexo ($p = 0,548$), tipo de diálisis ($p = 0,1$), tipo de donación ($p = 0,191$), etiología ERC ($p = 0,334$), tratamiento de inducción, betabloqueantes ($p = 0,287$), infección bacteriana ($p = 0,434$), CMV ($p = 0,270$), función retardada de injerto ($p = 0,212$), rechazo agudo ($p = 0,09$). Todos en tratamiento de mantenimiento con tacrolimus. Existían diferencias significativas en IMC ($26,05 \pm 3,99$ vs $29,37 \pm 3,99$ kg/m², $p = 0,003$). Los pacientes con NPH presentaron DM al año 66.7%, frente a 77.3% de los pacientes con otras terapias antidiabéticas $p = 0,028$, OR = 0.244, IC = (0.069, 0.861), controlando IMC ($p = 0,607$, CCR 72.5%). En el grupo de pacientes con NPH, la introducción se realizó a los $7,01 \pm 4,67$ días, retirada realizada en 94.7% de ellos, a los $86,68 \pm 60,69$ días, y requirieron ADO un 63.6%. No existían diferencias significativas en la presencia de DM al año. El 100% de los pacientes que presentaron DM necesitó ADO frente al 50% de los que no lo presentó ($p < 0,0001$). La retirada de NPH de los pacientes con DM fue a los $133,28 \pm 85,29$ días frente a $66,18 \pm 4,16$ días de los que no la presentaron ($p = 0,001$).

Conclusiones: La introducción de insulina NPH en posttrasplante inmediato en los pacientes estudiados resultó ser un factor de protección para la aparición de DM al año de trasplante, en comparación con otras pautas antidiabéticas. - Los pacientes tratados con NPH, no presentaron diferencias para el desarrollo de DM al año, requiriendo ADO y más días de tratamiento con NPH, aquellos que la presentaron.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

499 TUMORES SOBRE RIÑÓN NATIVO E INJERTO EN EL POSTTRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

S. JIMÉNEZ ALVARO¹, AM. FERNANDEZ RODRÍGUEZ², C. GALEANO ALVAREZ¹, S. ELIAS TREVIÑO¹, E. YERVOY¹, R. MARCEN LETOSA¹, C. VARONA CRESPO³, A. SAIZ GONZÁLEZ², F.J. BURGOS⁴, F. LIAÑO GARCÍA⁵

¹NEFROLOGÍA. RAMON Y CAJAL (MADRID), ²NEFROLOGÍA. RAMON Y CAJAL (MADRID), ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. RAMON Y CAJAL (MADRID), ⁴UROLOGÍA. RAMON Y CAJAL (MADRID)

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica terminal. El desarrollo de neoplasias se ha considerado la complicación más común a largo plazo del tratamiento inmunosupresor. No se ha observado mayor incidencia de neoplasias renales en los pacientes trasplantados en general (3%), sí en los trasplantados renales. El tumor sobre el injerto es muy poco frecuente (0.5%). El objetivo del presente estudio es analizar el desarrollo de tumores renales sobre riñón nativo e injerto renal en nuestra población.

Pacientes y Métodos: Entre noviembre de 1.979 y Diciembre de 2016 hemos realizado 1.729 trasplantes renales. Hemos analizado datos referentes a receptor y donante. El resultado histológico, tiempo de aparición o tratamiento, se recogió de nuestra base de datos.

Resultados: Se han presentado 26 casos (1.5%), 19 sobre riñones nativos (1%) y 7 sobre injerto renal (0.4%). La edad media de los receptores fue 47.4 años (18-79,5), 49,7 (35,2-79,5) entre los pacientes que desarrollaron cáncer sobre riñón nativo y 42,7 (18,5-58,4) entre los que lo desarrollaron sobre el injerto.

Había 10 mujeres, 7 entre los pacientes con tumor sobre riñón nativo (36,8%) y 3 entre los tumores del injerto (42,8%). La edad media del donante fue 48.6 años en el grupo total (5-86), siendo 45,1 (5-86) entre los donantes de los pacientes con tumor sobre riñón nativo y 56,6 (41-79) en el resto. 17 tumores fueron adenocarcinoma renal de células claras (15 en riñón nativo y 2 en injerto), 1 adenoma y oncocitoma en riñón nativo, 2 carcinomas uroteliales papilares de alto grado en riñón nativo y 5 sobre injerto (p<0.05), y 1 tumor sólido mixto papilar/células claras en riñón nativo. El tiempo promedio de aparición fue 2.918,8 días (8 años) entre todos los cánceres detectados, siendo 3.017,7 (8,3 años) en los pacientes con riñón nativo y 2.650,3 (7,3 años) en injerto. El tratamiento en el grupo de riñón nativo consistió en nefrectomías salvo 2 tumorectomías, al igual que entre las neoplasias de injerto, que se trataron con trasplantectomía salvo una nefrectomía parcial.

Conclusiones: Las neoplasias sobre riñón nativo e injerto renal son infrecuentes y aparecen tras varios años desde el trasplante. El tipo histológico carcinoma urotelial papilar presenta una incidencia aumentada respecto a la población general, y de manera significativa sobre el injerto renal. El tratamiento es quirúrgico y a pesar de intentar preservar función de injerto renal, en la mayoría de los casos se asoció a trasplantectomía en nuestros enfermos.

500 BUSCANDO SOLUCIONES PARA LOS PACIENTES HIPERINMUNIZADOS

S. ELIAS¹, I. GAÑÁN², M. SANCEN³, C. GALEANO¹, S. JIMÉNEZ ALVARO¹, C. CHEDIAR¹, A. FERNANDEZ RODRIGUEZ¹, JL. CASTAÑER², F. LIAÑO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA" (MÉXICO)

Introducción: Uno de los problemas en la lista de espera de trasplante renal son los pacientes con elevado número de anticuerpos preformados. Los trasplantes previos y las transfusiones son las principales causas de inmunización. Si añadimos el avance en la detección de dichos anticuerpos; se hace muy difícil encontrarles un injerto adecuado.

Material y métodos: Analizamos una serie de 14 pacientes con tiempo en lista de espera medio de 36,4 meses y un PRA >55% trasplantados entre Octubre 2014 y Abril 2016; que presentaban al menos un anticuerpo anti-HLA contra el donante en alguno de los sueros previos al trasplante. Tenían prueba cruzada por citotoxicidad negativa con todos los sueros. La inmunosupresión fue con timoglobulina (dosis total 4,5mg/kg), corticoides, tacrolimus y mofetil micofenolato.

Se analiza la supervivencia del paciente y del injerto y los casos de rechazo humoral con un seguimiento de 1 año.

Resultados: El 57,1 % tenían al menos un trasplante de órgano sólido previo como causa de inmunización. El 64,3% eran anticuerpos clase I, el 21,4 % eran clase II y el 14,3 % tenían clase I y II. El 50% tenía un único anticuerpo contra el donante en cuestión, el 42,8% tenían entre 2 y 4 y el 7,1 % tenía más de 4 anticuerpos. Con la técnica de luminex®, 4 pacientes tenían menos de 40.000 SFI en la suma de los anticuerpos dirigidos contra el donante, 3 pacientes entre 40.000 y 100.000 SFI y 7 pacientes con más de 100.000 SFI.

Hubo 5 pérdidas de injerto (35,7%): 1 trombosis inmediata, 2 de causa infecciosa, 1 por rechazo humoral y 1 por muerte con injerto funcionante. 3 pacientes (21,4%) tuvieron rechazo humoral pero sólo en uno de ellos fue la causa de la pérdida del injerto, otro respondió al tratamiento y el tercero perdió el injerto por causa infecciosa. La supervivencia del injerto fue de 78,6% y 64,3 % a los 6 y 12 meses respectivamente. La supervivencia del paciente fue de 92,9 % al año del trasplante.

Conclusiones: El trasplante renal con anticuerpos anti-HLA donante específico es una opción para los pacientes hiperinmunizados, ya que sólo uno de los pacientes de nuestra serie perdió el injerto por rechazo humoral.

Se requiere mayor número de pacientes y mayor seguimiento para obtener datos más concluyentes.

La asociación de tratamientos puede aumentar las posibilidades de trasplante renal en este grupo de pacientes pudiendo disminuir el riesgo de rechazo.

501 USO DEL CIDOFOVIR EN LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA POR VIRUS BK. NUESTRAS EXPERIENCIAS

D. MANZANO SÁNCHEZ¹, L. JIMENO GARCÍA¹, I. LÓPEZ JIMÉNEZ¹, D. MANZANO SÁNCHEZ², IS. SAURA LUJÁN¹, MJ. GONZÁLEZ SORIANO¹, M. GIL MUÑOZ¹, S. LLORENTE VIÑAS¹, R. MUÑOZ MUÑOZ¹, T. CARBAJO MATEO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA), ²GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD, ACTIVIDAD FÍSICA Y EDUCACIÓN (SAFE). UNIVERSIDAD DE MURCIA (MURCIA)

Introducción: Los virus son un problema emergente en el trasplantado renal consecuencia de las infecciones virales latentes, la función antiviral del receptor y la inmunosupresión.

El virus BK (VKB) cobra importancia dado que "por su tropismo renal" puede afectar al injerto produciendo una nefropatía y la pérdida del mismo en el 50% al 100% de los casos a los 24 meses del seguimiento. La incidencia es variable en los estudios por lo que su repercusión real es desconocida. Aunque conocemos que la disminución de la inmunosupresión es la primera herramienta terapéutica, no existen pautas establecidas, ni se sabe la eficacia real del uso de otros tratamientos como el cidofovir.

Material y métodos: Diseñamos un estudio no experimental, analítico, de corte transversal de los pacientes trasplantados renales del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia desde Febrero de 2010 hasta Diciembre de 2014.

Recogemos edad, sexo, tiempo de positivización en orina y sangre del VBK, tratamiento usado, tiempo de negativización en sangre y orina y complicaciones del tratamiento.

El cidofovir se indica en caso de que no exista respuesta a la disminución de inmunosupresión (persistencia o elevación de copias en sangre del VBK) o en pacientes con alto riesgo de rechazo.

Resultados: 73 pacientes desarrollaron viremia para VBK, de ellos, 32 desarrollaron viremia positiva. A los 32 se les disminuyó la inmunosupresión manteniendo viremia positiva en 6, por lo que se administró cidofovir. Ver tabla 1.

El uso de cidofovir se demostró eficaz en todos los casos (p=0,004) con negativización en sangre del VBK. En uno de los pacientes se mantuvo viremia positiva durante más de 2 años. En ninguno de los casos se produjo la pérdida del injerto renal.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el cidofovir es una herramienta eficaz en los pacientes con desarrollo de viremia por VBK que no responden al descenso de inmunosupresión.

Tabla 1

Nº	Edad	Sexo	T. pos. orina	T. pos. sangre	Desc. IS	Dosis cidofovir	T. neg. sangre	T. neg. orina	Complicaciones
1	48	M	46 d	52 d	Si	4	235 d	1155,00 d	Ninguna
2	65	M	30 d	72 d	Si	3	163 d	155 d	Leucopenia grave Rechazo celular/ leucopenia leve
3	45	M	39 d	69 d	Si	5	405 d	590 d	Ninguna
4	54	V	67 d	80 d	Si	3	64 d	98 d	Ninguna
5	70	V	61 d	102 d	Si	4	59 d	300 d	Ninguna
6	49	V	48 d	81 d	Si	4	344 d	300 d	Ninguna

T: tiempo. Pos: positivización. Desc: descenso. IS: inmunosupresión. Neg: negativización. D: días. M: mujer. V: varón

502 COMPARACIÓN DEL EFECTO SOBRE EL METABOLISMO MINERAL-ÓSEO Y SOBRE LA PROTEINURIA DE COLECALCIFEROL FRENTE A CALCIFEDIOL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

M. BARRALES IGLESIAS, FJ. BORREGO UTIEL, E. MERINO, I. SANCHEZ MOLINA, MM. BIECHY BALDAN S.NEPROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN (JAÉN)

Objetivo: Comparar los efectos sobre parámetros del metabolismo mineral-óseo en pacientes trasplantados renales de dos suplementos de vitamina D, uno anterior (colecálciferol) y otro posterior (calcifediol) a la activación hepática de la vitamina D por la 25-hidroxiolasa.

Metodología: Estudio longitudinal retrospectivo con trasplantados renales en situación clínica estable. Se recopilaron analíticas basales, 3 meses y 6 meses tras inicio de administración de suplementos vitamina D: calcifediol 266 mcg, cápsulas o viales bebibles; colecálciferol 250 mcg viales bebibles. Objetivo: mantener niveles ≥ 20 ng/ml de 25OHD3.

Resultados: 60 pacientes trasplantados, edad 58±12 (23-79) años, con 124±92 meses postTx (14-415), 39 varones (65%) y 21 mujeres (35%). Diabéticos 16 (26,7%).

Inmunosupresión: Ciclosporina 20%, tacrolimus 68,3%, m-TOR 8,3%, MMF 90%. Tratamiento: 38 con Cdiol y 22 con Cfrol. Sin diferencias en edad y sexo.

Dosis inicial Cdiol: 266 mcg/sem 47,4%, 266 mcg/2 sem 23,7%, 266 mcg/3 sem 13,2%, 266 mcg/4 sem 15,8%. Dosis inicial Cfrol: 250 mcg/sem 22,7%, 250 mcg/3 sem 59,1%, 250 mcg/4 sem 18,2%. Calciferol (DELTUIS). Calcio Basal 9,8±0,5; 3m 9,9±0,6; 6m 9,8±0,4 mg/dl (ns).

PTHi Basal 127±57; 3m 108±75 (p=0,053); 6m 118±79 pg/ml (ns). 25OHD Basal 8,4±4,3; 3m 26,7±8,6 (p<0,001), 6m 20±11 microg/ml (p=0,004). Ca/Cr orina: Basal 0,08±0,06; 3m 0,09±0,08; 6m 0,13±0,27 mg/mgCr (ns). Calcio orina: Basal 118±134; 3m 120±154; 6m 112±193 mg/día (ns). Niveles de fósforo en orina sin cambios. Albuminuria/Cr: Basal 35±44; 3m 79±205; 6m 475±920 mg/mgCr (ns). Proteinuria/Cr: Basal 159±72; 3m 252±444; 6m 784±1202 mg/gCr (ns).

Calcifediol (HIDROFEROL). Calcio Basal 9,5±0,7; 3m 9,5±0,8; 6m 9,5±1,4 mg/dl (ns). PTHi Basal 147±87; 3m 113±80 (p=0,035), 6m 115±70 pg/ml (p=0,037)

25OHD Basal 9,8±2,8; 3m 36,8±18,2 (p<0,001), 6m 25,4±13,4 microg/ml (p<0,001). Ca/Cr orina: Basal 0,08±0,06; 3m 0,09±0,09; 6m 0,12±0,08 mg/mgCr (ns) Calcio orina: Basal 106±82; 3m 130±129; 6m 147±92 mg/día (ns). Niveles de fósforo en orina sin cambios.

Albuminuria/Cr: Basal 55±86; 3m 54±98; 6m 98±183 mg/mgCr (ns). Proteinuria/Cr: 189±157; 3m 205±190; 6m 266±283 mg/gCr (ns). Entre los que estuvieron bajo tratamiento con paricalcitol/calcitriol observamos un leve incremento de calcio sérico (Basal 9,2±0,7; 3m 9,4±0,3; 6m 9,8±0,4 mg/dl; p=0,05) con descenso no significativo de PTHi (Basal 207±111; 3m 161±111; 6m 188±86 pg/ml) y sin cambios en calciuria. La proteinuria y albuminuria no se modificaron.

Entre los que toman cinacalcet observamos incremento no significativo de la calciuria (Basal 157±82; 3m 228±149; 224±103 mg/día) sin cambios en calcio sérico ni PTHi. No observamos modificaciones significativas en la función renal (MDRD), la proteinuria ni en la albuminuria.

Conclusiones: Calcifediol y Colecálciferol elevan por igual los niveles séricos de vitamina D, causando una leve reducción de PTHi y con pocas modificaciones en niveles de calcio sérico o urinario. En pacientes que toman paricalcitol/calcitriol puede observarse un leve incremento de calcio sérico sin cambios en calciuria. En algunos pacientes bajo tratamiento con cinacalcet puede incrementarse la calciuria por lo que debe realizarse seguimiento de este parámetro urinario en esta población. No observamos cambios en albuminuria ni proteinuria con los suplementos de vitamina D.

503 EN LA EVALUACION DEL DONANTE VIVO ¿PODEMOS CONFIAR EN EL FILTRADO ESTIMADO?

A. GONZÁLEZ-RINNE¹, S. LUIS-LIMA¹, A. GONZÁLEZ-DELGADO², N. NEGRINI³, F. GONZÁLEZ⁴, A. AL-DEA⁵, L. PEREZ⁶, A. TORRES⁷, E. PORRINI⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA), ²LABORATORIO CENTRAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA), ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA), ⁴FARMACOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS, UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (LA LAGUNA)

Introducción: Para reducir el riesgo de enfermedad renal crónica en el donante renal vivo y garantizar una masa renal aceptable en el receptor es necesario contar con un método de determinación preciso del filtrado glomerular pre-donación y un punto de corte asociado de aceptación. En muchos centros la determinación del filtrado en el donante se lleva a cabo mediante filtrado estimado (eGFR) por fórmulas. Sin embargo, el eGFR presenta ±30% de error comparado con la función renal real. Esto podría llevar a la aceptación de donantes que estén por debajo del punto de corte para la donación.

Métodos: Evaluamos 66 donantes consecutivos mediante eGFR por 53 formulas distintas y filtrado medido (mGFR: aclaramiento plasmático de iohexol). En nuestro centro el punto de corte de filtrado pre-donación exigido es de 80 ml/min. Todos los donantes estudiados presentaban un eGFR por encima de dicho límite basado en dos determinaciones consecutivas de aclaramiento de creatinina por orina de 24 horas (CCL) o por fórmulas. Los donantes se dividieron en los que presentaban un mGFR > ó < 80 ml/min.

Resultados: En 6 sujetos de 66 (10%) el mGFR fue 90 ml/min. Se trataba de mujeres con peso, altura, IMC y superficie corporal más reducidos comparados con los sujetos con mGFR y eGFR > 80 ml/min (Tabla 1). En estas donantes potenciales se contraindicó la donación.

Conclusión: Al sobrestimar la función renal real, las formulas y el CCL no son métodos adecuados para evaluar la función renal en potenciales donantes vivos. Esto es particularmente trascendente en mujeres con superficie corporal reducida, pudiendo tener consecuencias futuras para el donante. El mGFR es una herramienta importante en la valoración del donante vivo.

Tabla 1.

	mGFR < 80 ml/min eGFR/CCL > 80 ml/min	mGFR > 80 ml/min eGFR/CCL > 80 ml/min
N	6	58
Edad (años)	48 ± 12	47 ± 10
Sexo (femenino)	6 (100%)	28 (57%)
Peso (kg)	61 ± 11	72 ± 12*
Altura (cm)	156 ± 6	166 ± 9*
Superficie Corporal (m ²)	160 ± 13	180 ± 18*
IMC (kg/m ²)	23.5 ± 4	26 ± 3*
CCL 24h	87 ± 12	105 ± 27
mDRD	73 ± 16	89 ± 17
CKD-EPI _{cr}	82 ± 20	97 ± 16
CKD-EPI _{cr-cy}	92 ± 10	110 ± 18
CKD-EPI _{cr-cy}	99 ± 12	99 ± 14
Hoek	89 ± 5	106 ± 17
Stevens	85 ± 11	101 ± 16
Cistatina-c	0.81 ± 0.07	0.77 ± 0.11
Creatinina S (mg/dl)	0.81 ± 0.18	0.86 ± 0.16
mGFR	69 ± 7	97 ± 14

* p < 0.05.

504 DETERMINACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES EN EL POSTTRASPLANTE RENAL

L. CAÑAS¹, MA. FERNÁNDEZ², E. VIÑETS³, R. ROMERO¹, B. BAYES¹, J. BONET⁴
¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), ³TÉCNICA DE LABORATORIO. H. UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), ⁴SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. REDINREN, AGAUR (BADALONA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en los pacientes que reciben un trasplante renal (TR). Los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los factores propios de la uremia y los factores dependientes del propio injerto renal producen disfunción endotelial en este grupo de pacientes, incrementando su morbilidad cardiovascular. Las células progenitoras endoteliales (CPE) son células derivadas de la médula ósea que tienen la capacidad de proliferar y diferenciarse en células endoteliales maduras, contribuyendo a la reendotelización y revascularización de los tejidos dañados. Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan una alteración en la cuantificación de estas CPE.

Objetivo: Determinar y cuantificar el número de CPE (CD34+CD133+VEGFR-2+) en sangre periférica en pacientes que ingresan en la unidad de TR. Analizar la evolución de las células CD34+CD133+VEGFR-2+ durante el primer año posttrasplante renal (postTR) de donante vivo.

Pacientes y métodos: Incluidos 13 pacientes que ingresaron para trasplante renal de donante vivo y 73 pacientes en hemodiálisis crónica. A través de citometría de flujo se ha realizado la cuantificación de las células CD34+ CD133+VEGFR-2+/mL de sangre periférica. Analizados valores antropométricos, FRCV, datos analíticos y tratamiento inmunosupresor. Se ha realizado el seguimiento durante el primer año postTR, analizando los datos a los 6 meses y 12 meses del TR.

Resultados: En los pacientes trasplantados renales, las células CD34+CD133+VEGFR-2+ presentan un incremento durante el primer año postTR: basal (33,87 (29,15-54,42)), 6 meses postTR (63,35(43,40-139,90)), 12 meses postTR (62,62(25,30-72,54)) (p=NS). El número de células CD34+CD133+VEGFR-2+ a los 6 meses y 12 meses postTR es superior al número de células que tienen los pacientes que siguen en programa de hemodiálisis crónica (p=0,008 i p=0,065 respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes trasplantados renales presentan un incremento del número de células CD34+CD133+VEGFR-2+ durante el primer año postTR y que es superior a los pacientes que siguen en hemodiálisis crónica.

505 RESULTADOS CLÍNICOS DEL USO DE INDUCCIÓN CON MONOCLONAL E INICIO TEMPRANO DE ANTICALCINEURÍNICOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON DONANTES CON INJURIA RENAL AGUDA

G. BAZÁN, C. CRUZALEGUI, M. GOMEZ, E. SIFUENTES, J. GALVEZ, E. CASTAÑEDA, H. SOTO, M. CHAMBI¹, A. TORRES, C. MEDINA
 NEFROLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (LIMA - PERÚ)

Introducción: La tasa de donación en nuestro país es baja y muchos pacientes mueren en lista de espera, lo que conlleva a aceptar donantes con injuria renal aguda (IRA). Existen esquemas de manejo que difieren el uso de anticalcineurínicos para evitar la nefrotoxicidad en este tipo de pacientes, por lo que comparamos la evolución clínica de receptores de trasplante Renal de donante con IRA inducidos con monoclonal e inicio temprano de anticalcineurínicos vs. donante no IRA.

Material y métodos: Se revisaron historias clínicas de trasplantados renales >18 años de donante cadavérico, del 2015-2016 (n=57). Se realizó estadística descriptiva e inferencial entre los receptores de donante con IRA (creatinina final >= 1.5 mg/dl o elevación > 25% de creatinina basal) vs. receptores de donante con función renal conservada.

Resultados: 49% (n=28) de receptores tuvieron donantes cadavéricos con IRA. La creatinina final del donante con IRA fue 2.2 mg/dl (1.43-2.785) y SIN IRA 0.88 mg/dl (0.58-1), la diuresis final del donante con IRA fue 150 ml/día (80-200) y SIN IRA 100 ml/día (83-170); el T. isquemia total en el grupo IRA fue 20.3h (18.24-22.15) y grupo NO IRA 20.9h (15.5-24.23).

La evolución de la creatinina post-trasplante y dosis de tacrolimus (tabla N°1). En ambos grupos: Se encontró función demorada en 36.1%; 96.5% recibió inducción (91.2% monoclonales); la terapia más usada fue prednisona, tacrolimus y micofenolato. De las biopsias en IRA: 4/9 NTA, 4/9 toxicidad ACN, 1/9 RABL; en NO IRA: 2/6 NTA, 3/6 toxicidad ACN, 1/6 RAC 1A.

No existió diferencia significativa entre ambos grupos para etiología de ERC, PRA, Mismatch, sexo, HTA. (p>0.05)

Conclusión: En nuestro hospital los receptores de donantes con IRA tienen los mismos resultados clínicos y sobrevida del injerto que los pacientes trasplantados de donante con función renal conservada, a pesar de la inducción con monoclonal e inicio temprano de anticalcineurínicos.

Tabla 1. Evolución de la creatinina sérica post-trasplante y dosis de tacrolimus.

	GRUPO IRA	GRUPO NO IRA
Demográficos		
Edad donante(años)	47.5(34-54.5)	35(21-56)*
Edad receptor(años)	42(32-54.5)	48(32-57)*
Creatinina post-trasplante (mg/dl)		
7 días	2.4 (1.6-4.4)	2.15 (1.22-4.97)*
Al alta	1.63 (1.15-1.84)	1.3 (1.02-1.89)*
1 mes	1.21 (1.16-1.11)	1.3 (0.98-1.84)*
3 meses	1.19 (1.04-1.65)	1.25 (1.1-1.73)*
6 meses	1.09 (0.91-1.3)	1.5 (1.08-1.56)*
9 meses	1.085(0.965-1.275)	1.53 (1.22-1.3)*
12 meses	1 (0.98-1.3)	1.36 (0.88-1.39)*
Dosis tacrolimus		
7 días	9.5 (7-10.4)	8.35 (6.8-10.8)*
Al alta	10.1 (6.8-10.6)	8.2 (5.5-9.4)*
1 mes	10.1 (6.3-12.2)	(9.05-12.1)*

*p > 0.05

506 INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS EN TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO

FM. AMARAL NEIVA¹, ML. AGÜERA MORALES¹, E. VIDAL VERDÚ², E. PÉREZ NADALES³, I. GRACIA AHUFINGER³, MI. ANSIO VÁZQUEZ¹, N. ARENCIBIA PÉREZ¹, A. RODRÍGUEZ BENOTT¹, J. DE LA TORRE CISNEROS¹, P. ALJAMA GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), ²ENF. INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), ³MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

Introducción: Las infecciones causadas por Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasas, en concreto KPC (Kp-KPC), son un problema emergente a nivel mundial con un aumento de la incidencia de infecciones por estos microorganismos en los últimos años. Los receptores de un trasplante de órgano sólido constituyen una población de alto riesgo para padecer infecciones por este tipo de gérmenes. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas y microbiológicas de las infecciones causadas por K. pneumoniae KPC en trasplantados de riñón (TR) en el contexto de un brote detectado en nuestro hospital en julio de 2012.

Materiales y métodos: Se han recogido los datos clínicos y microbiológicos de los TR en los que se aisló K. pneumoniae KPC en cualquier localización, realizándose la identificación y caracterización genética del clon responsable mediante electroforesis en campo pulsante (PFGE) y tipificación multilocus de secuencias (MLST). Se ha realizado un seguimiento de los pacientes hasta el momento actual, posterior a la finalización de la recogida de los datos.

Resultados: se recogieron 13 pacientes que presentaron infección por Kp-KPC: 9 varones y 4 mujeres con una mediana de edad de 70 años (rango 27-78). 11 eran receptores de un TR, 1 de páncreas-riñón y 1 de hígado- riñón. Un 46% presentaba colonización intestinal previa. El 62% había recibido tratamiento antibiótico en el mes previo. El foco más frecuente de infección fue el urinario (8/15), seguido del respiratorio (3/15), abdominal (2/15), catéter venoso (1/15) y bacteriemia primaria (1/15). Los hemocultivos fueron positivos en un 39%. La infección fue más frecuente a partir de los 12 meses, con un aumento de incidencia a partir del segundo mes posttrasplante. Se realizó tratamiento combinado en el 92% de los casos: fosfomicina + tigeciclina (5/13), fosfomicina + gentamicina (3/13), tigeciclina + gentamicina (2/13) y tigeciclina + fosfomicina + gentamicina (2/13); se trató 1 paciente con fosfomicina en monoterapia. En un caso se utilizó terapia de rescate con ceftazidima/avibactam. La curación se produjo en el 62% de los pacientes. La mortalidad cruda a los 30 días fue del 23% y la relacionada con la infección por Kp-KPC del 15%. Se ha identificado el clon ST512 productor de la enzima de resistencia a carbapenémicos KPC-3 como el responsable del brote originado en nuestro hospital.

Conclusiones: En nuestra serie, los episodios de infección por Kp-KPC en trasplantados renales han sido más frecuentes a partir del 2º mes posttrasplante siendo el foco urinario el más frecuente y requiriendo tratamiento combinado en la mayoría de los casos, logrando alcanzar la curación clínica y microbiológica en la mayoría de los casos.

Resúmenes

Trasplante Renal - Aspectos clínicos y complicaciones

507 HIPERTENSIÓN ARTERIAL AL AÑO DEL TRASPLANTE RENAL Y SUPERVIVENCIA DEL INJERTO

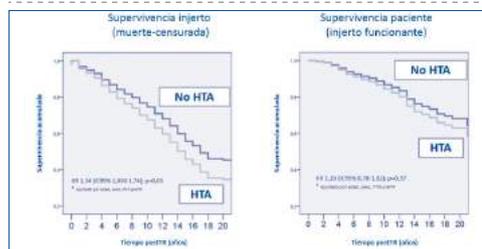
C. BURBALLA TÀRREGA, D. REDONDO PACHÓN, M.J. PÉREZ-SÁEZ, M.L. MIR FONTANA, A. BUXEDA PORRAS, AM. GRANADOS MARTÍNEZ, G. VELIS ESPINOZA, A. CALIFANO, M. CRESPO BARRIO, J. PASCUAL SANTOS
NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) afecta entre 50% y 80% de los receptores de trasplante renal (RTR). Se conoce el aumento de morbi-mortalidad cardiovascular en RTR hipertensos pero la influencia de la HTA en la supervivencia del injerto a corto plazo está menos descrita. Analizamos los resultados en una cohorte de receptores hipertensos al año del trasplante renal (TR).

Métodos: Estudio retrospectivo de 988 RTR que recibieron un injerto renal entre 1979-2015. El objetivo del estudio es evaluar las diferencias entre RTR con y sin HTA al año del TR. Estudiamos la influencia de HTA en la supervivencia del injerto y del paciente al año del trasplante.

Resultados: De 988 RTR, 725 (73%) tenían HTA al año del TR (38% tratamiento con 1 fármaco; 34,9% con 2; 18,5% con 3; 8,5% con más de 3). 263 RTR (27%) no. Los receptores hipertensos eran mayores (49,5±14,2 vs 44,9±14,5; p<0,001) y en menor proporción mujeres (34,6 vs 45,2%; p=0,02). Entre los hipertensos, más RTR tenían HTA antes del TR (87,3% vs 65%; p<0,001). El grupo de HTA recibió injertos de donantes más añosos que los no HTA (49,1±15,6 vs 42,7±17; p<0,001). Los RTR hipertensos recibieron menos inducción con timoglobulina (35 vs 40%; p<0,001), más mantenimiento con inhibidores de la calcineurina (96,1 vs 91,2%; p<0,001) y micofenolato (70 vs 52,8%; p<0,001) que los no hipertensos. Se realizó un análisis de COX ajustado por edad, sexo y HTA previa. La supervivencia del injerto censurada por muerte de los pacientes sin HTA al año fue mayor que en los pacientes hipertensos (HR 1,34 (IC95% 1,030-1,74); p=0,029). No se hallaron diferencias significativas en la supervivencia del paciente entre ambos grupos al año del TR (HR 1,20 (IC95% 0,78-1,82); p=0,37).

Figura.



Conclusiones: La HTA al año del trasplante se asocia a peor supervivencia del injerto renal a largo plazo. Su influencia en la supervivencia del paciente no es significativa.

508 EL POLIMORFISMO MRP2 COMO FACTOR DE RIESGO DE LEUCOPENIA EN EL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

J.M. BAUTISTA CAÑAS¹, M. MIRANDA-CAM¹, B. RODRIGUEZ CUBILLO¹, N. CALVO¹, I. PEREZ FLORES¹, C. MARTÍNEZ VALIENTE², MA. MORENO DE LA HIGUERA¹, M. CALVO AREVALO¹, J. DELGADO¹, AI. SANCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (MADRID), ²NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID² (MADRID)

Introducción: En ocasiones el uso del ácido micofenólico (MPA) se ve limitado por sus efectos secundarios (leucopenia y exceso de inmunosupresión).

El MPAG es un molécula procedente del metabolismo del MPA que es excretada en la vía biliar a través del transportador MRP2, esencial en la circulación enterohepática. Existe controversia en el impacto farmacodinámico y clínico que pueda suponer el polimorfismo de este transportador en el paciente en tratamiento con ácido micofenólico.

Objetivos: Investigar si la presencia del polimorfismo condiciona un mayor riesgo de leucopenia.

Métodos estadísticos: Estudio retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes trasplantados renales estables desde 1987 a 2011. Se realizó el estudio del polimorfismo MRP2 a 394 pacientes. Se analizaron concentraciones de MPA sanguíneas (12 extracciones) para el cálculo del área bajo la curva (ABC) de 148 pacientes. Se investigaron los episodios de leucopenia de 157 pacientes a lo largo del seguimiento. Se utilizaron las pruebas de T-student, log Rank y regresión de Cox para el análisis estadístico

Resultados: Los pacientes portadores del polimorfismo presentaron mayor exposición al MPA, (ABC 12h 70,48vs 61,26 p 0,098), siendo significativa la diferencia en las últimas 6 horas de la curva (p0,048). Los pacientes con leucopenia de repetición presentaron mayor exposición de MPA (73,95 vs 64,30 p 0,397) Figura1. La presencia del polimorfismo (heterocigosis y homocigosis) del MRP2 asocia menor supervivencia libre de leucopenia (log Rank 0,029 Figura1). En el análisis multivariante el polimorfismo de MRP2 asoció mayor riesgo de leucopenia (HR 6,373 IC0,893- 48,829 p0,065).

Figura.

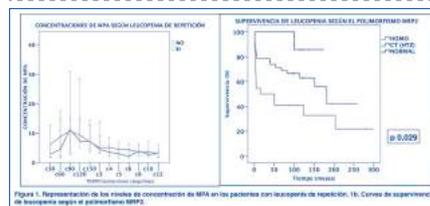


Figura 1. Representación de los niveles de concentración de MPA en los pacientes con episodios de repetición. 15. Curva de supervivencia de leucopenia según el polimorfismo MRP2

Conclusiones: -El polimorfismo de MRP2 asocia mayores concentraciones de MPA. - Los niveles de MPA son más altos en pacientes con leucopenia de repetición. - El polimorfismo MRP2 puede ser un factor de riesgo de leucopenia.

509 ANTI-CD20 E INHIBIDORES DE LA M-TOR. ¿HEMOS CAMBIADO EL PRONÓSTICO DE LA ELPT?

A. CARREÑO¹, E. GONZÁLEZ², MB. HERNÁNDEZ³, P. VILLABÓN⁴, L. MAYOR⁵, LG. PICCONE¹, C. CALLE¹, A. HERNÁNDEZ², N. POLANCO², A. ANDRÉS²

¹NEFROLOGÍA. HGUCR (CIUDAD REAL), ²NEFROLOGÍA. HU 12 DE OCTUBRE (MADRID), ³HEMATOLOGÍA. HGUCR (CIUDAD REAL)

Introducción: La enfermedad linfoproliferativa postrasplante (ELPT) es el tumor más frecuente en los receptores de trasplante renal, después del cáncer de piel. En estudios previos, la incidencia de ELPT es mayor durante el primer año, guarda relación con el estado serológico receptor-donante frente a EBV y con el grado de inmunosupresión. La incidencia acumulada a los 5 años oscila entre 1-3 % según diferentes registros.

Material y método: Revisamos retrospectivamente los pacientes (p) diagnosticados de ELPT desde 2005 hasta 2017 en un centro trasplantador (HU12 de Octubre, Madrid) y en un centro seguidor (HGUCR, Ciudad Real) sobre una población trasplantada de 1776 p y 417 p respectivamente. Describimos variantes histológicas, estado de EBV en células tumorales, inmunosupresión (IS) antes, y después del diagnóstico, y regímenes de QT según el tipo histológico. Analizamos supervivencia global y del injerto renal.

Resultados: 21p (8 mujeres, 13 hombres), con una media de edad de 55,9 años, SD:15,3, (R:19-82) han sido diagnosticados de ELPT. La tasa de incidencia es 9,6 casos/104 trasplantados/año. Tiempo medio de IS: 127,9 meses, SD: 72,9 (R:20,8-237). Tipo histológico: 9p linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), en 7/9 localización primaria extranodal. 1p LBDCG y linfoma polimorfo (LP) simultáneamente, 4p LP, 6p linfoma de Burkitt (LB) y 1p linfoma plasmablasto (LPB). EBV fue detectado en células linfomatosas: 62,5% p.

19/21p han recibido rituximab. En monoterapia: 4p con LP, todos alcanzaron remisión completa (RC). En combinación: R-CHOP con RC en 7/8p con LBDCG.

Con una media de seguimiento: 49,9 meses, SD: 48,1 (R: 4,2-148,1), 16/21p están vivos en RC. La supervivencia global a un año: 83%. A 3 años: 60%.

5p éxitus (3 LB, 1 LP con transformación a LBDCG, y un LPB). Las causas de éxitus: progresión a LBDCG refractario en 1p y sepsis en 4p. Previo al diagnóstico, todos los p seguían tratamiento con inhibidores de la calcineurina (ICN), salvo 2p en los que se había sustituido el ICN por un inhibidor de la M-TOR (iM-TOR) 12 y 32 meses antes de la ELPT. Tras el diagnóstico, los ICN se sustituyeron por iM-TOR en 14p. En 5p los ICN se redujeron, manteniéndose en monoterapia o en combinación con iM-TOR. 14/16p continúan con injerto renal funcionando, media de Cr plasmática: 1,4mg/dl, SD: 0,67, (R: 0,5-2,3), junto a proteinuria en la mayoría, media: 0,4 gr, SD: 0,4, (R: 0,07-1,7). La supervivencia del injerto a los 5 años: 85%. Un paciente pasó a diálisis y ha recibido un segundo injerto. Otro continúa en diálisis.

Conclusiones: En nuestras cohortes, la ELPT muestra una baja incidencia, un diagnóstico tardío y un mejor pronóstico que en referencias previas. En nuestra experiencia, rituximab es un tratamiento efectivo sólo o en combinación, en el tratamiento de la ELPT. Los iM-TOR permiten la retirada segura de los ICN y evitan la pérdida del injerto.

510 RECURRENCIA DE LA PATOLOGÍA GLOMERULAR TRAS EL TRASPLANTE RENAL

AI. MARTÍNEZ DÍAZ, MP. FRAILE GÓMEZ, GP. GONZÁLEZ ZHINDÓN, G. TABERNO FERNÁNDEZ, J. SEBASTIA MORANT, GC. DELGADO LAPEIRA, M. SÁNCHEZ-JÁUREGUI CASTILLO, A. TYSZKIEWICZ, T. GARCÍA GARRIDO, P. GARCÍA COSMES

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: La patología glomerular tras el trasplante renal constituye una causa importante de pérdida del injerto, especialmente por recidiva de la enfermedad de base.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de patología glomerular en los trasplantados renales: recidiva o glomerulonefritis (GN) de novo y establecer la supervivencia renal.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes trasplantados renales en nuestro centro entre 1983-2017. Como método estadístico se utilizó el coeficiente de Pearson y la t de Student para datos apareados (p<0,05).

Resultados: Se realizaron 1102 trasplantes renales entre 1983-2017. Se diagnosticaron 10 GN tras el trasplante renal mediante biopsia renal (BR), la media de aparición fue de 65 ± 55 meses tras el trasplante. Edad media en el momento del diagnóstico fue 40 ± 7,6 años, 70% varones, estancia en diálisis 25 ± 19 meses. 70% hipertensos previamente al diagnóstico. El 100% compartían alguna identidad HLA del donante y la serología del donante era negativa. La etiología de la insuficiencia renal fue GN en 9 y uropatía malformativa en un caso. Entre las GN primarias destacaban 4 casos de GN Focal y Segmentaria (GNFyS); 2 GN Mensajial IgA (GNMIgA); 1 GN Membranosa (GNM); 1 GN Rápidamente Progresiva (GNRP) y GN Extracapilar. La creatinina basal y al momento de la recidiva era de 1,29 ± 0,29 mg/dl y 2,03 ± 1,05 mg/dl respectivamente. La proteinuria basal era de 0,69 ± 0,7 g/día y de 4,41 ± 1,25 g/día, respectivamente. Ocho de los casos fueron recidiva de su patología glomerular de base: 3 GNFyS, 2 GNRp, 1 GNMIgA y en 2 casos glomerulonefritis de novo: 2 GNM. La incidencia de pérdida del injerto atribuida a recurrencia fue del 20%. Un paciente falleció durante el seguimiento.

Un paciente presentó dos recidivas de la GN. El tratamiento se individualizó según la etiología. No se encontró relación estadísticamente significativa entre niveles de creatinina, edad y sexo y recurrencia de la enfermedad glomerular.

Conclusiones: Mientras que la patología glomerular en la población general, es una de las principales causas de insuficiencia renal, no es así en la población trasplantada, aunque es un determinante importante en la función del injerto renal a largo plazo. Probablemente la escasez de BR realizadas o la inmunosupresión ejerzan un papel protector sobre la recidiva vs glomerulonefritis de novo en esta población.

La incidencia de la recurrencia de GN tras el trasplante varía según el tipo de enfermedad glomerular. La BR constituye la principal prueba diagnóstica.

Se requieren estudios a largo plazo para poder mejorar el pronóstico de los pacientes trasplantados renales.

511 MEDICIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN CANDIDATOS A DONANTE RENAL: SON TODAS LAS FÓRMULAS IGUALES EN ESTA POBLACIÓN?

J. KANTER¹, M. SARGSYAN¹, A. SANCHO¹, E. GAVELA¹, C. PLANCHA², A. AVILA¹, A. HERNANDO³, L. PALLARDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA), ²MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA), ³ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA)

Introducción: El uso de radioisótopos marcados permite una medición directa y fiable de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en los donantes vivos de riñón, aunque tienen un coste económico elevado y requieren más tiempo de realización. El uso de fórmulas para estimar la TFG basadas en la creatinina sérica han demostrado ser más precisas en pacientes con ERC que en individuos sanos. Nuestro objetivo fue comparar los resultados de estas fórmulas y la medición directa de la TFG (dTFG), de los candidatos a donante renal remitidos a la consulta de trasplante renal.

Material y métodos: Realizamos un análisis comparativo del filtrado glomerular estimado mediante las fórmulas de MDRD (re-expressed Modification of Diet in Renal Disease), CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), Cockcroft-Gault (CKG), el aclaramiento de creatinina en orina de 24 hs (AC₂₄) y la dTFG medida con cromio-EDTA.

Resultados: Analizamos las características de 35 candidatos a donante renal que fueron estudiados en la consulta de trasplante renal de nuestro hospital entre 01/2014 y 12/2016.

La edad media fue de 55 ± 10 años, siendo el 53% varones. El 44% era del grupo O y 44% del grupo A. El IMC medio fue del 24.9±4. En cuanto a la relación con el receptor, el 36% eran conyugues, el 33% hermanos y el 21% progenitores. El 17% presentaban dislipemia y el 3% hipertensión arterial. La creatinina media fue de 0,8±0,11 mg/dl y la proteinuria en orina de 24 horas fue de 0,14±0,09 gr/d.

El dTFG medio fue de 98 ± 24 ml/min por 1.73 m. La fórmula que obtuvo mejor correlación con la dTFG fue CKD-EPI (coeficiente de Pearson 0,74, p=0,000). Además, analizamos en que proporción la estimación del FG se alejaba del FG real medido con Cr-EDTA, observando que un 40% de las mediciones con CKD-EPI y un 50% con MDRD se alejaban como mínimo 10 ml/min del FG real.

Conclusión: CKD-EPI fue en nuestra población la mejor fórmula para estimar el FG real, no obstante los resultados del FG estimado se alejaron, en un importante porcentaje, del FG medido de forma directa. Estos resultados confirman en nuestra práctica la necesidad de utilizar radioisótopos para medir el FG en los candidatos a donante vivo renal.

512 EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL SIN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN TESTIGOS DE JEHOVÁ

L. BELMAR VEGA¹, E. RODRIGO CALABIA¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, J. BADA DA SILVA¹, M. SERRANO SOTO¹, L. MARTÍN PENAGOS¹, S. ZUBILLAGA GUERRERO², A. GONZÁLEZ CASTRO², E. MIÑAMBRES GARCÍA³, J.C. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), ²UROLOGÍA. H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), ³MEDICINA INTENSIVA. H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Introducción: Los Testigos de Jehová aceptan el trasplante de órganos pero se niegan a recibir transfusiones de sangre o hemoderivados, lo que supone un mayor riesgo quirúrgico. Por este motivo son rechazados para trasplante en muchos centros, permaneciendo indefinidamente en diálisis.

Material y métodos: Presentamos ocho casos de trasplante renal realizados a Testigos de Jehová en nuestro centro. Se analizaron variables demográficas, aceptación autotrasfusiones, recuperador de sangre, PFC o hemodilución preanestésica, Hb preoperatoria, tras24h y al alta hospitalaria así como complicaciones postquirúrgicas.

Resultados: Los receptores, (75% mujeres), con edad media de 57,5 ± 11,8 años, habían recibido hemodiálisis como terapia renal sustitutiva. Todos los injertos, procedían de cadáver. Ningún paciente aceptaba trasfusiones, autotrasfusiones o PFC. Cinco pacientes aceptaban el uso de recuperador de sangre. La hemodilución preanestésica le fue practicada a 1 paciente, y en 3 casos se utilizó recuperador de sangre con mediana de reinfusión de 500cc. Los valores medios de hemoglobina con carácter previo a la cirugía, veinticuatro horas tras la misma y en momento del alta hospitalaria, fueron: 12,6, 10,8 y 11,4 gr/dl, respectivamente. El tratamiento del la anemia posttrasplante se realizó de forma satisfactoria mediante eritropoyetina y hierro. Como complicaciones posttrasplante, tres pacientes presentaron hematoma perirrenal, dos con buena evolución mediante tratamiento conservador, precisando el tercero reintervención quirúrgica por shock hemorrágico, aceptando el paciente transfusión de rescate. Un paciente presentó trombosis del injerto a las 48 horas, llevándose a cabo trasplantectomía. El resto de pacientes no presentó complicaciones.

Durante el seguimiento se produjo pérdida de dos injertos a causa de nefropatía crónica a los 3,9 y 11,9 años. Los otros cinco injertos continúan funcionantes en la actualidad, con unos valores medios de creatinina de 1,1 mg/dl, filtrado glomerular de 56,0 ml/min y proteinuria de 660,4 mg/24horas siendo el tiempo medio de seguimiento de 1.506,6 días.

Conclusión: Con un estrecho control de factores hematológicos pre y postoperatorios, pueden realizarse trasplantes renales sin transfusión sanguínea en Testigos de Jehová bajo protocolos estrictos de actuación, con resultados evolutivos y de supervivencia aceptables comparables al resto de trasplantes.

513 CANDIDATOS A INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES REMITIDOS DURANTE DOS AÑOS CONSECUTIVOS

I. SANCHIS¹, J. KANTER¹, A. SANCHO¹, E. GAVELA¹, M. SARGSYAN¹, L. PALLARDO¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA)

Introducción: El trasplante renal es la mejor opción de terapia renal sustitutiva. Es importante conocer los tiempos de demora de acceso al trasplante y establecer protocolos de remisión adecuada al centro trasplantador.

Material y métodos: Realizamos un análisis descriptivo de 225 pacientes remitidos por primera vez a la consulta como candidatos a trasplante entre 01/2014 y 12/2015. Además analizamos los tiempos de demora en incluirlos en lista de espera (LE) y el tiempo hasta el trasplante.

Resultados: La edad media fue de 54 ± 12 años, siendo el 57% varones. Con respecto a los candidatos a trasplante, la etiología de la ERC más prevalente fue la glomerular (32%) seguida de la nefropatía diabética (17%) y la etiología no filiada (17%). El 37% era del grupo O y el 52% del A. El IMC medio de los pacientes fue del 27±5. En cuanto a los antecedentes previos, el 28% presentaba enfermedad vascular periférica, 23% diabetes mellitus, 9% de ACV, 7% de enfermedad pulmonar crónica. El 6% de los pacientes presentaba una neoplasia previa y otro 6% algún grado de cardiopatía isquémica.

Al momento de la remisión el 59% de los pacientes se encontraba en hemodiálisis, el 26% en diálisis peritoneal y un 13% provenía de la consulta de ERCA. El tiempo medio que llevaban en terapia renal sustitutiva fue de 17±26 meses.

Un 12,7% de los pacientes fueron desestimados como candidatos a trasplante, siendo la causa más prevalente la intensa calcificación vascular. Entre los pacientes que se incluyeron en lista de espera, el tiempo desde la primera visita en consulta hasta su inclusión fue de 6,4±6 meses.

Un 17% de los pacientes presentó inicialmente uno o más candidatos a donante renal para su estudio. El 35% de los pacientes valorados se trasplantaron (30,5% donante cadáver y 4% donante vivo) en un período de 11±10 meses después de la inclusión en LE. Entre los pacientes que permanecían en lista de espera, 2 de ellos fueron éxitos.

Conclusión: Destaca un prolongado tiempo entre el inicio de diálisis y la inclusión en lista de espera para trasplante si se compara con la situación "ideal" de trasplante anticipado a la diálisis. Para mejorar estos tiempos es imprescindible una fluida comunicación entre el centro de origen de los pacientes y el centro trasplantador.

Es de especial relevancia conocer la epidemiología de los candidatos a trasplante remitidos a la consulta, debido a la creciente comorbilidad de esta población.

514 EXPERIENCIA CON FEBUXOSTAT EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERURICEMIA EN EL TRASPLANTE RENAL

C. MARIN, M. FROMENT, A. RODRÍGUEZ, V. DOMÍNGUEZ, MJ. REGUERA, ML. MÉNDEZ, JM. GONZÁLEZ-POSADA, M. MACÍA

NEFROLOGÍA. HUNS DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: el ácido úrico constituye un factor de riesgo cardiovascular en pacientes con ERC. En trasplantados renales (TxR) la prevalencia de hiperuricemia asintomática es 50-80%. Se asocia con: función renal, diuréticos, anticalcineurínicos y antecedentes pre-TxR. El Alopurinol es el tratamiento de elección, pero los efectos adversos son frecuentes, requiere ajuste de dosis e interfiere con el metabolismo de IS. El Febuxostat, un nuevo inhibidor de la xantina oxidasa no purínico, dispone de pocos datos en TxR. El objetivo del estudio fue conocer el efecto hipouricemiante y perfil de seguridad del Febuxostat en pacientes con TxR.

Material y Métodos: analizamos nueve pacientes estables con TxR que recibieron Febuxostat (dosis 40 mg/48h). Indicación: hiperuricemia (>9 mg/dl) con episodios de artritis gotosa o intolerancia a alopurinol. Se recogieron datos demográficos, función renal (Crp), niveles de ácido úrico, tratamiento IS, eventos clínicos y efectos secundarios. A los 0, 3 y 12 meses de tratamiento.

Resultados: causas de ERC: 3 GNC; 2 DM, 1 PQ, 1 NAE, 1 Prunne-Belly y 1 AL. Edad: 57.3±6.3a (47-69a). Tiempo de TxR: 144.7+74.5 m (42-264m). Medicación IS: 6 pacientes Tac+Pred+MMF, 2 CsA+Pred, 1 Ever+Pred. La función renal permaneció estable: 1.8+0.4 (0 m), 1.8+0.3 (3m) y 1.7+0.6 (12m). Los niveles de ácido úrico descendieron: 10.6+0.9 (0m), 7.6+1.5 (3m) y 7.2+1.6 (12m). El tratamiento fue bien tolerado, no presentaron efectos secundarios, ningún paciente suspendió el tratamiento, no hubo eventos clínicos y/o episodios de rechazo.

Conclusiones: en nuestra experiencia el empleo de Febuxostat a dosis de 40 mg/48h (25% de la dosis recomendada) resultó eficaz para reducir los niveles de ácido úrico en TxR estable. No tuvo efecto sobre la función renal, presentó una buena tolerancia clínica y no fue preciso ajustar la dosis de IS. Creemos que el Febuxostat podría ser una opción en el tratamiento del la hiperuricemia en TxR.

515 10 AÑOS DE ACTIVIDAD DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO (CHT)

M. PADRON ROMERO, JL. MORALES MONTOYA, L. CUETO BRAVO, D. CARRO, A. ROCA MUÑOZ, M. ACEVEDO RIBO, MA. GARCÍA RUBIALES, MA. FERNÁNDEZ ROJO, MA. MUÑOZ CEPEDA, JE. GARCÍA DÍAZ
NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD (TOLEDO)

Introducción: El 7/3/07 se inició el programa de trasplante renal del CHT, tras la autorización del servicio de salud de Castilla La Mancha (SESCAM).

Objetivo: Analizar los resultados de los pacientes trasplantados renales con al menos 1 año de evolución, realizados en el Complejo Hospitalario de Toledo en los últimos 10 años.

Material y métodos: 1.- Población estudio, los pacientes trasplantados renales con al menos 1 año de evolución desde Marzo/2007 hasta Abril/2016. 2.- Los criterios de selección de donantes y receptores incluían:

a) Edad de donante entre 15 y 90 años. b) Receptores entre 18 y 80, incluyendo receptores con algún trasplante previo e hiperinmunizados. c) El protocolo inmunosupresor estándar está basado en: Esteroides, Tacrólimus y Micofenolato, incluyendo inducción con Basilisimab o Timoglobulina según las condiciones de alto riesgo inmunológico y posibilidad de necrosis tubular aguda. d) Las variables de resultado cuantitativas se expresan como media±DE y rango.

Resultados: Se han analizado 273 trasplantes realizados en el periodo de estudio (Marzo/2007-Abril/2016) con edad comprendida entre 19 y 79 años (56.7±20.3), de los cuales 41% fueron mujeres, mayoritariamente del grupo sanguíneo A (46.8%) y el 14.6% eran pacientes de alto riesgo inmunológico (de los que el 15% eran 3º trasplantes). La edad media de los donantes utilizados fue 56 ± 29.7 años, con los que presentaban 4 ± 1.4 incompatibilidades del sistema HLA y el tiempo de isquemia fría medio fue 15 ± 4.9 horas. El 39% de los pacientes presentaron retraso de la función del injerto. La tasa global de supervivencia del paciente ha sido del 87.9% y la supervivencia global de injerto, censurada la muerte, ha sido del 90,8%. La trombosis del injerto representó el 5.5%. La tasa de rechazo agudo ha sido del 14.6% (de los cuales el rechazo humoral agudo supuso un 12.5%). La tasa de infecciones víricas tipo CMV y virus BK fueron 25.7% y 2.5% respectivamente. Respecto a la tasa de complicaciones urológicas (Estenosis y Fístulas ureterales, dehiscencias herida quirúrgica, sangrados, etc.) fue del 18.3%, mientras que la tasa de linfocitos fue 16.8%. Por último, la tasa de neoplasias fue del 9.1%.

Conclusiones: Nuestros resultados son equiparables a los de cualquier otro programa con mayor experiencia, destacando las supervivencias tanto del paciente como del injerto y la tasa de rechazo agudo.

516 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, OPTIMIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA BIOPSIA ECOGUIADA REALIZADA SOBRE INJERTOS RENALES

FJ. JUEGA, M. PÉREZ, L. CAÑAS, M. TROYA, I. BANCU, F. GRATEROL, J. BONET, R. LAUZURICA
NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:
REDinREN, REMAR

Material y métodos: De enero de 2014 a agosto de 2016, 183 biopsias de injerto renal guiadas por EE.UU. fueron realizadas en nuestra institución. Decidimos optimizar nuestro protocolo de biopsia, desde 24 horas de hospitalización y observación de pacientes sometidos a biopsia hasta protocolo ambulatorio de 6 horas de observación. Hemos evolucionado desde la técnica inicialmente compartida por radiólogos y nefrólogos juntos a la biopsia ecoguiada realizada por el nefrólogo de forma autónoma. También cambiamos de la aguja de la biopsia 14 G a la aguja 16 G durante el mismo periodo. Analizamos retrospectivamente los resultados de estos cambios y comparamos cada grupo

Resultados: 183 biopsias de injerto renal realizadas. 79,8% realizado por radiólogo y nefrólogo juntos. 20,2% por el nefrólogo solo. Se realizó protocolo ambulatorio con 6 horas de observación en el 51,4% de los pacientes. 48,6% fueron ingresados con 24 horas de observación. Se utilizaron pistolas de biopsia automática de 14 G en 43,2%, 16 G en 37,7%, 18 G en 6%. En el 13,1% no se registró información sobre la aguja. Edad media 54 ± 14, 66,7% varón. La media de punciones 2 ± 1, número medio de cilindros obtenidos 1,5 ± 0,5. Los niveles medios de pre-biopsia de hemoglobina 11,5 ± 1,8 gr / dl, post-biopsia 10,9 ± 1,75 gr / dl y cambio medio de Hb fueron 0,65 ± 0,62. La media de glomérulos obtenidos fue de 18 ± 11. La biopsia de 14 G se utilizó principalmente para el protocolo de hospitalización (52%) y para el protocolo nefrólogo + radiólogo (54,8%), la biopsia de 16 G se utilizó principalmente en pacientes ambulatorios (47%) y en todos los casos de nefrólogo autónomo. La tasa general de complicaciones fue del 7,7%, mayor en los casos de técnica compartida versus nefrólogos solos (8,2 vs 5,4%). No hubo diferencias entre las complicaciones en los casos de internación versus ambulatorios (7,8 vs. 7,4%). Más complicaciones en 14 G en comparación con 16 G aguja (11,2 vs 4,3%) Sólo un caso (0,3%) requirió embolización segmentaria intravascular por hemorragia activa grave después de la biopsia. No hubo nefrectomías o muertes durante el periodo de estudio.

Conclusiones: Se observaron menos complicaciones con 16 G de aguja de biopsia en comparación con 14 G. No hubo diferencias en las complicaciones entre paciente internado versus ambulatorio con 6 horas de protocolo de observación. Menos complicaciones cuando la biopsia realizada por el nefrólogo solo en comparación con la técnica compartida. Cuando se compararon sólo 16 casos de G, las tasas de complicaciones fueron similares. Creemos que la biopsia de injerto renal ecoguiada con aguja de 16 G, con 6 horas de observación después del procedimiento y realizada por el nefrólogo solo es segura, eficiente, ahorra costos y optimiza el proceso de biopsia de injerto renal.