

594 10 AÑOS ROMPIENDO BARRERAS INMUNOLÓGICAS CON EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

I. REVUELTA¹, E. DE SOUSA¹, E. PALOU², M. LOZANO³, M. VALENTIN⁴, J. CID⁵, J. MARTORELL², JM. CAMPISTOL⁶, F. OPPENHEIMER⁷, F. DIEKMANN⁸

¹UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA); ²SERVICIO DE INMUNOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA); ³SERVICIO DE AFÉRESIS. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA); ⁴ONT. ONT (MADRID/ESPAÑA); ⁵SERVICIO DE AFÉRESIS. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA); ⁶DIRECCIÓN GENERAL. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Diferentes aproximaciones de alocaación y esquemas terapéuticos se han establecido ante las incompatibilidades del trasplante con controversias acerca de la mejor estrategia. Nuestro objetivo es analizar los resultados de las diferentes estrategias en nuestro centro.

Material y Método: Trasplante renal de donante vivo (TRDV, 2006-2015) con incompatibilidad ABO(ABOi)/crossmatch positivo(CMP) tratados con DS(rituximab, recambios plasmáticos/inmunoadsorción, inmunoglobulinas) o en programa cruzado(KPD) comparados con TRDV clásico y entre ellos. Los pacientes firmaron el consentimiento informado y el estudio se aprobó por el Comité de Ética de Investigación.

Resultados: De 486 TRDV, 121 incompatibles (ABOi:70;CMP: 29;KPD:22) tuvieron más rechazo agudo(p=0.002), trasplantes previos (p=0.000) e igual pérdida de injerto(p=0.260) y paciente(p=0.336) en menor tiempo de seguimiento(47.95vs34.66m; p=0.000). Entre ABOi(70) y ABOc(416) en mismo tiempo de seguimiento no hubo diferencias de rechazo, supervivencia de paciente e injerto, aunque sí más terapia de inducción(p=0.004). Del grupo CMP, hubo más rechazo agudo mediado por anticuerpos en DS e HS(58) al año y 5 años(p<0.01) comparados con no sensibilizados (390); peor función(p=0.002) y supervivencia del injerto renal a los 5 años en DS(p=0.002) sin diferencias en supervivencia del paciente(p=0.14). 7 KPD tuvieron rechazo(31.8%) sin pérdidas de injerto ni muertes de paciente. Al comparar ABOi, CMP y KPD, más varones receptores y mujeres donantes en ABOi y CMP(p=0.003) y menos trasplantes previos en CMP y KPD(p=0.001). KPD tuvieron menor pérdida de injerto y sin diferencias en supervivencia del paciente que ABOi y CMP(0% vs17.1% vs 24,1%, p=0.056; 0%vs 5.7% vs 3.4%, p=0.490, respectivamente) y necesitaron menos inducción(p=0.000). Más rechazo(p=0.056) y episodios de rechazo(p=0.017) en CMP que ABOi y KPD, con menor tiempo de seguimiento(p=0.015) en KPD(19.4±14.8m) que en ABOi(38.9±28.3m) y CMP(37.4±29.6m).

Conclusiones: El manejo de la incompatibilidad inmunológica con el trasplante renal de donante vivo ofrece buenos y comparables resultados, aunque se tienen que seleccionar individualmente las estrategias por paciente.

595 LA DISTRIBUCIÓN DE SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS EN SANGRE PERIFÉRICA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL (TR) SE ASOCIA CON EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

L. LLINÁS-MALLOL¹, J. FERRÉS LLACH¹, D. REDONDO PACHÓN², D. RAÍCH-REGUÉ³, MJ. PÉREZ-SÁEZ⁴, J. YÉLAMOS LÓPEZ⁵, J. GIMENO BELTRÁN⁶, M. LÓPEZ-BOTET⁷, J. PASCUAL SANTOS⁸, M. CRESPO BARRIO⁹

¹NEFROLOGÍA. INSTITUTO HOSPITAL DEL MAR DE INVESTIGACIONES MÉDICAS (BARCELONA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ³INMUNOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ⁴ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

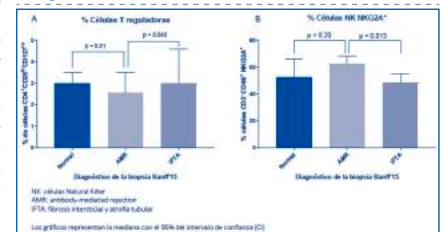
Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos (AMR) es causa frecuente de pérdida del injerto renal. Los anticuerpos anti-HLA donante- específicos (DSA) juegan un papel relevante en su aparición. La participación de las diferentes subpoblaciones linfocitarias en el desarrollo del AMR no se conoce bien. Tampoco la relación del predominio de unas subpoblaciones sobre otras y los hallazgos clínicos e histopatológicos. Diseñamos este estudio para analizar la relación entre poblaciones linfocitarias y hallazgos histológicos en biopsias post- trasplante.

Métodos: Se incluyeron pacientes TR con biopsias renales con diagnóstico definitivo de AMR (Banff¹⁵) y se compararon con un grupo control sin hallazgos de AMR, pero con fibrosis intersticial-atrofia tubular (IFTA) y otro grupo control de biopsias normales. Determinación de anticuerpos anti-HLA (Luminex) y estudio contemporáneo de poblaciones linfocitarias en sangre periférica con citometría de flujo: subpoblaciones linfocitarias T y B (CD3, CD4, CD8, CD25, CD127, CD19, CD27, CD38, IgD) y células NK con receptores inhibidores o activadores (CD56, NKG2A, NKG2C, ILT2, KIR, CD161).

Resultados: Se evaluaron 91 pacientes: AMR (n=37), IFTA (n=41) y normales (n=13). Los grupos fueron semejantes en edad y sexo, sin embargo, entre los pacientes con AMR había mayor tasa de retrasplante (35% vs. 9.8% en IFTA y 15.4% en normales, p=0.02). La función renal en el momento de la biopsia fue similar en los tres grupos. Los pacientes con AMR mostraron menor porcentaje de linfocitos T reguladores y mayor proporción de células NK NKG2A+ que los pacientes con IFTA (2.5% vs. 3%, p=0.04; 62.7% vs. 48.3%, p=0.013, respectivamente) (Figura). No se encontraron diferencias significativas en otras poblaciones linfocitarias.

Conclusión: El diagnóstico de AMR se asocia a una menor proporción de células T reguladoras y una mayor proporción de células NK NKG2A+ circulantes. Estas células pueden ser biomarcadores adecuados para una monitorización completa post-trasplante.

Figura 1.



596 LOS MIRNAS URINARIOS COMO POTENCIALES BIOMARCADORES EN EL TRASPLANTE RENAL

I. BANCU¹, I. LOZANO², L. CAÑAS³, J. JUEGA⁴, M. PEREZ⁵, R. LAUZURICA⁶, F. BORRAS⁷

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA, ESPAÑA); ²REMAR IVECAT GROUP. INSTITUTO DE INVESTIGACION GERMANS TRIAS I PUJOL, CAN RUTI CAMPUS (BADALONA, ESPAÑA); ³REMAR IVECAT GROUP. INSTITUTO DE INVESTIGACION GERMANS TRIAS I PUJOL, CAN RUTI CAMPUS (BADALONA, ESPAÑA)

La orina es ideal para el estudio de posibles biomarcadores, su colección es fácil, no invasiva y repetible.

Nuestro objetivo fue analizar el contenido de miRNA de las vesículas extracelulares urinarias de los pacientes trasplantados y definir patrones diferenciales de expresión de miRNA específicos para las diferentes patologías del riñón trasplantado.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes trasplantados con una biopsia renal realizada por indicación clínica. Las biopsias se evaluaron según la clasificación de Banff. Se seleccionaron las que presentaban rechazo agudo celular (RAC), fibrosis intersticial-atrofia tubular (FIAT), toxicidad por anticalcineurínicos (TAC). Los pacientes trasplantados con función renal normal (CKD-EPI>90 ml/min/1,72m²), sin proteinuria se definieron como grupo control. Se colectó la primera orina de la mañana. Después de centrifugación a baja velocidad para eliminar restos celulares se obtuvieron las microvesículas de orina mediante la cromatografía de exclusión por tamaño. EL RNA total se extrajo utilizando el kit mirCURy y se realizó secuenciación. Taqman qPCR se realizaron utilizando Taqman Advance miRNA para los hsa-miR-1-10. Los valores de Ct de los triplicados se usaron para los cálculos de delta Ct. El análisis de componentes principales, el análisis de la característica operativa del receptor y la prueba de Mann-Whitney se realizaron con GraphPrim v5 y SPSS v15; p<0,05 se establecieron como significativos.

Resultados: Se procesaron un total de 14 muestras patológicas (3 FIAT, 6 RAC, 5 TAC) y 8 muestras control. Se identificaron un total de 1500 miRNAs. Tras la normalización y el análisis de componentes principales 12 miRNAs se seleccionaron para validarse en una nueva cohorte. Se seleccionaron un nuevo grupo de 24 muestras de pacientes (9 FIAT, 9 RAC, 6 TAC) y 8 muestras control, se aislaron las microvesículas y se extrajo el ARN.

Encontramos que 8 miRNAs tenían diferentes patrones de expresión en la orina de pacientes con cualquier tipo de patología del injerto renal en comparación con el grupo control.

Conclusiones: El perfil de los miRNAs de la orina tiene potencial como nuevo método para detectar patología en el riñón trasplantado.

597 TRASPLANTE RENAL (TR) CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES EN ASISTENCIA CONTROLADA (DAC) DE EDAD AVANZADA: COMPARACIÓN CON LA DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA (DME)

A. BUXEDA¹, C. ARIAS-CABRALES², MJ. PÉREZ-SÁEZ³, G. VELIS⁴, D. REDONDO-PACHÓN⁵, A. ZAPATE-RO⁶, ML. MIR⁷, M. CRESPO⁸, J. PASCUAL⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ²MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: La DAC ha crecido de manera exponencial en España en los últimos años. No se dispone de evidencia suficiente en resultados de TR con DAC>65años. Analizamos los resultados de TR de nuestra cohorte DAC>65años y los comparamos con los obtenidos de DAC<65años y DME>65años.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de 85 TR-DAC y 101 TR-ME>65años desde enero-2013 hasta diciembre-2017, con una mediana de seguimiento de 9 meses [RIQ 4.6-29.6meses] para DAC y 20meses [7.7-38.28] para DME>65años.

Resultados: Los DAC>65años representan el 53% de toda nuestra cohorte TR-DAC y en un 64.4% de los casos los injertos se trasplantaron en receptores >65años. Los receptores de DAC>65años presentaron más función retrasada del injerto (FRI) comparado con DAC<65años (43.2% vs 17.9%,p=0.013), pero no observamos diferencias respecto a DME>65años (38.3%,p=0.585). La función renal al mes fue peor respecto a ambos grupos (creatinina 2.71, 1.89 y 2.11mg/dl, respectivamente, p=0.013 y 0.05); sin embargo, la función renal a los 6 meses fue similar (creatinina 1.92, 1.53 y 1.93mg/dl, p=0.055 y 0.934). No encontramos otras diferencias entre las cohortes en cuanto a no función renal primaria o pérdidas de origen vascular. Tabla 1A. En el análisis multivariante, los determinantes de FRI en DAC fueron la edad del donante (OR 1.07-por año-, IC95% [1.02-1.13]) y el uso de timoglobulina (OR 6.12, IC95% [1.46-25.65]). Tabla 1B.

Conclusiones: Los receptores de DAC>65años tienen más FRI comparado con los receptores de DAC<65años, pero similar a los de DME>65años. La función renal a los 6m es similar entre los 3 grupos. Los determinantes de FRI entre DAC fueron la edad del donante y el uso de timoglobulina.

Tabla 1A.	DAC <65 años (n=80)	DAC >65 años (n=43)	DME >65 años (n=101)	p valor*	p valor*
Receptor					
Edad Receptor (media ± SD)	52 (8) ± 20 (4)	68 (2) ± 13 (8)	68 (2) ± 12 (1)	<0.001	<0.001
Sexo (n, %)	27 (34) M, 43 (54) F	30 (70) M, 13 (30) F	60 (60) M, 41 (40) F	0.106	0.308
AI (n, %)	28 (35)	38 (88)	66 (65)	0.002	0.002
Tiempo en TR, meses (media, SD)	33 (12) ± 4 (6)	33 (12) ± 4 (6)	33 (12) ± 4 (6)	0.846	0.345
Donante / Injerto TR					
DAI (n, %)	31 (39)	46 (107)	88 (87)	<0.001	<0.001
CI (n, %)	49 (61)	36 (83)	13 (13)		
TI (n, %)	21 (26)	26 (60)	37 (37)	<0.001	<0.001
Tiempo de espera (media ± SD)	32 (7) ± 4 (3)	32 (7) ± 4 (3)	32 (7) ± 4 (3)	0.122	<0.001
Immunosupresión					
Inducción con Timoglobulina (n, %)	7 (9)	4 (9)	16 (16)	0.226	0.002
AI + CI vs AI + CI + TI	27 (34)	32 (74)	32 (32)	0.005	<0.001
Resultados					
MRP (n, %)	7 (9)	19 (44)	36 (36)	0.002	0.002
CI + CI + TI vs CI + CI + TI + TI	23 (29)	23 (53)	23 (23)	0.009	0.002
CI + CI + TI vs CI + CI + TI + TI + TI	23 (29)	23 (53)	23 (23)	0.009	0.002
CI + CI + TI vs CI + CI + TI + TI + TI + TI	23 (29)	23 (53)	23 (23)	0.009	0.002
Inducción con Timoglobulina (n, %)	2 (3)	4 (9)	12 (12)	0.106	0.008
Inducción con Timoglobulina vs No	1 (1)	0 (0)	4 (4)	0.206	0.576

* p valor = DAC <65 años vs >65 años
* p valor = DAC <65 años vs DME >65 años
* n/a = no evaluado

Tabla 1B.	Análisis univariante		p valor	Multivariante		p valor
	HR	IC		HR	IC	
Edad Receptor	1.064	(1.022 - 1.107)	0.007			
Edad Donante	1.060	(1.023 - 1.098)	0.003	1.068	(1.040 - 10.650)	0.003
DAI	1.242	(0.492 - 3.222)	0.019			
AI vs AI + CI	0.162	(0.042 - 0.604)	0.005			
Cardiopatía isquémica	1.270	(0.492 - 3.310)	0.168			
AI + CI vs AI + CI + TI	1.047	(0.492 - 2.274)	0.928			
CI vs CI + TI	0.042	(0.009 - 0.202)	0.007			
Tiempo de espera	0.975	(0.963 - 0.987)	0.002			
AI + CI vs AI + CI + TI	0.064	(0.023 - 0.178)	0.002			
Inducción con Timoglobulina	4.017	(0.224 - 71.565)	0.013	6.121	(1.026 - 3.122)	0.003

* Puntuación Edad Donante por cada año

598 DISCORDANCIA EN LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-HLA DONANTE-ESPECÍFICOS (ADS) POSTRASPLANTE RENAL (TR) CON TESTS DE ANTÍGENO AISLADO DE DOS CASAS COMERCIALES

C. BURBALLA TÁRREGA¹, S. OUTÓN GONZÁLEZ¹, D. REDONDO PACHÓN¹, M.J. PÉREZ SÁEZ¹, C. GARCÍA², M. MIR FONTANA², G. VELIS ESPINOZA², A. FAURA VENDRELL¹, J. PACUAL SANTOS¹, M. CRESPO BARRIO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²LABORATORI REFERENCIA CATALUNYA. LABORATORI REFERENCIA CATALUNYA (BARCELONA)

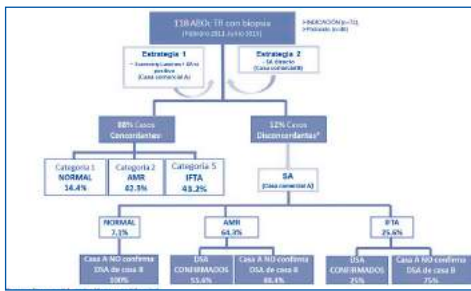
Introducción: La detección de ADS es criterio diagnóstico de rechazo mediado por anticuerpos (AMR) en receptores de TR. Se emplean dos estrategias para estudiar los ADS: kits de especificidad de antígeno aislado (SAB) siempre o sólo en casos con "screening" positivo. Dos casas comerciales ofrecen estos productos. La combinación de estrategias y casas comerciales puede influir en la capacidad de identificarlos.

Métodos: Evaluamos la sensibilidad y especificidad de la detección de ADS peri-biopsia en 118 TR (normales [n=16], AMR [n=53], fibrosis intersticial-atrofia tubular (IFTA) [n=49]), comparando 2 estrategias, cada una con una casa comercial: 1) screening y SAB si era positivo; casa A, y 2) SAB directo; casa B. En 14 casos (12%) se obtiene "screening" negativo - con la estrategia 1 y ADS positivos con la estrategia 2, casa B. Realizamos SAB en estos casos discordantes con la casa A y comparamos el resultado de SAB con ambas casas.

Resultados: En los casos discordantes, encontramos que el estudio SAB con la casa A confirmaba la presencia de DSA en 43% de los casos (36% AMR y 7% IFTA) y no lo confirmaba en 57% (7% normales, 28,4% AMR y 21,4% IFTA) (figura). En los casos con AMR, el estudio de SAB directo con la casa A confirmó la presencia de ADS en el 55.5% de los casos y no la confirmó en 44.5%. En el 50% casos confirmados, el ADS era el mismo, en el 33.4% era de la misma clase pero distinta especificidad y en 16.6% de distinta clase. Los casos confirmados y no confirmados eran semejantes en características basales, función renal y supervivencia del injerto.

Conclusiones: Descartar presencia de ADS con tests de screening posttrasplante es insuficiente. El estudio de anticuerpos anti-HLA con estudio directo de antígeno aislado con dos casas comerciales también muestra discordancia hasta en la mitad de los casos.

Figura.



599 EL EMBARAZO COMO FUENTE NATURAL DE SENSIBILIZACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-HLA

C. BURBALLA TÁRREGA¹, S. VAZQUEZ GONZÁLEZ¹, S. OUTÓN GONZÁLEZ¹, L. LLINÁS MALLOL², D. REDONDO PACHÓN¹, M.J. PÉREZ SÁEZ², C. ARIAS CABRALES¹, A. FAURA VENDRELL¹, J. PACUAL SANTOS¹, M. CRESPO BARRIO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. IMIM. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

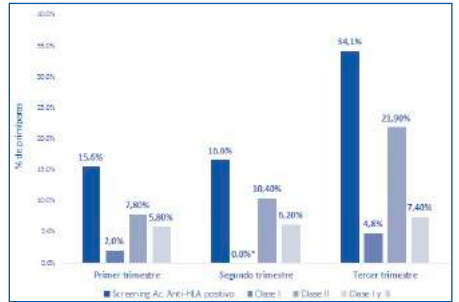
Introducción: El acceso al trasplante renal y de otros órganos sólidos se ve condicionado por la presencia de anticuerpos donante específicos. El embarazo puede inducir la producción de anticuerpos contra los antígenos leucocitarios humanos (ac.anti-HLA). Varios estudios han evaluado la aparición de anticuerpos durante el embarazo, la mayoría con las técnicas tradicionales de citotoxicidad mediada por complemento (CDC) y pocas mediante ensayos de fase sólida. La dinámica de aparición de ac.anti-HLA durante la gestación mediante las nuevas técnicas no está bien descrita.

Población y métodos: Entre 2012-2017, en el Hospital del Mar, Barcelona, se recogieron prospectivamente muestras sanguíneas de embarazadas durante el primer (1T), segundo (2T) y tercer trimestre (3T) de gestación. Se evaluó la presencia de ac.anti-HLA mediante tests de cribaje por Luminex. Quisimos evaluar la incidencia de sensibilización y en qué momento del embarazo se produce.

Resultados: En una cohorte de 142 embarazadas (edad media 34.2 años, 38.7% primíparas) con muestras analizadas de más de 1 trimestre, 40.7% presentaron ac.anti-HLA durante el embarazo, suponiendo el 34% de las primíparas y el 44% de las multiparas. El porcentaje de multiparas con ac.anti-HLA se mantuvo alrededor de 40% durante los tres trimestres. En primíparas, con el porcentaje se dobló entre 2T y el 3T (alrededor 16% en 1T y 2T, 34% en 3T) con un incremento mayor de ac.anti-HLA clase II mayor, especialmente en el 3T (Figura 1).

Conclusiones: El embarazo supone una fuente importante de sensibilización frente a antígenos HLA, siendo mayor en mujeres con embarazos previos que en primeras gestaciones. Se produce un incremento más marcado de anticuerpos HLA clase II en el tercer trimestre del embarazo. Esta información es relevante en la evaluación de mujeres para trasplante renal.

Figura.



600 SUPERVIVENCIA DE INJERTO Y PACIENTE A LARGO PLAZO EN EL TRASPLANTE RENAL EN CATALUNYA

C. CANAL¹, J. COMAS², C. FACUNDO¹, N. SERRA¹, A. VILA¹, N. AYASREH¹, B. BARDAJÍ¹, J. BALLARÍN¹, L. GUIRADO¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²REGISTRE DE MALALTS RENALS DE CATALUNYA. ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTMENTS (BARCELONA)

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica terminal. Los trabajos publicados en los últimos años objetivan, en la mayoría de casos, que la supervivencia de paciente e injerto ha mejorado claramente a corto plazo, mientras que a largo plazo los resultados no son tan concluyentes.

Con la premisa de un constante aumento de edad y comorbilidades de nuestros receptores y el uso creciente de donantes con criterios expandidos, se plantea como objetivo principal comprobar que la supervivencia del paciente trasplantado renal y del injerto renal ha mejorado tanto a corto como a largo plazo, cuando se desglosan los donantes y receptores en diferentes grupos de edad. Y como objetivos secundarios: estudiar los diferentes factores que pueden influir en estas supervivencias y las causas de pérdida del injerto por períodos y por grupos de edad.

Material y Métodos: Se han considerado todos los primeros trasplantes renales de donante cadáver aislado realizados en Catalunya a pacientes mayores de 18 años entre los años 1992-2010 (n=5.010) y se ha dividido la muestra en dos períodos: 1992-2001; 2002-2010.

Resultados: Los resultados demuestran que, a pesar de tratarse de una población más añosa, el paciente trasplantado en el periodo 2002-2010 tiene mayor supervivencia que el del periodo 1992-2001.

La supervivencia del injerto aumenta en el periodo 2002-2010 y lo hace en todos los grupos de edad en el análisis univariante, pero en el modelo multivariante el periodo no influye de forma significativa pues se interpreta que es la nueva terapia inmunosupresora de inducción la que influye en la mejora de supervivencia y no el periodo en sí.

La supervivencia del injerto censurando la muerte aumenta en el periodo 2002-2010 en el análisis univariante, mejorando en todos los grupos de edad y, aunque en el grupo de edad más avanzada no es estadísticamente significativo, en éste se observa una tendencia al aumento que es especialmente importante en la supervivencia a 10 años. No obstante, en el análisis multivariante el periodo no es un factor significativo que influya en esta supervivencia.

Al analizar las causas de pérdida del injerto destaca que la principal causa en el grupo de receptores de edad avanzada es la muerte con injerto funcionando.

Conclusiones: En conclusión podemos decir que la supervivencia de injerto y paciente ha aumentado en los últimos años a pesar del aumento de edad y comorbilidades de nuestros receptores.

601 INMUNOADSORCIÓN COMO TRATAMIENTO DEL RECHAZO HUMORAL Y EL ACONDICIONAMIENTO DE GRUPO SANGUÍNEO INCOMPATIBLE EN EL TRASPLANTE RENAL

E. MONTAGUD¹, E. GUILLEN¹, A. MOLINA¹, M. XIPELL¹, LF. QUINTANA¹, L. RODAS¹, F. DIEKMANN¹, F. OPPENHEIMER¹, E. POCH¹, M. BLASCO¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA / ESPAÑA)

Introducción: El trasplante renal (TR) es la mejor opción terapéutica para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. La introducción de diferentes técnicas de aféresis ha permitido realizar trasplantes con incompatibilidad de grupo sanguíneo (ABOi) de forma segura y con una supervivencia del injerto comparable a los TR del mismo grupo. También forma parte del tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos (RMA) que puede limitar en gran medida la supervivencia del injerto.

Presentamos nuestra experiencia en la introducción de una nueva técnica extracorpórea, la inmunoadsorción no selectiva (IAD), con el objetivo de permitir la desensibilización previa a un TR ABOi y el tratamiento del RMA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de los primeros 18 pacientes tratados en nuestro centro con IAD (2012 - 2017). En los casos de ABOi se realizaron un número variable de sesiones con el objetivo de conseguir un título de isoaglutininas pre-trasplante < 4/4 (IgG/IgM). Mientras en los casos de RMA se realizaron 5 sesiones de IAD. En ambos casos se completó el tratamiento con el uso de anticuerpo monoclonal anti-CD20 (Rituximab) y reposición con inmunoglobulina policlonal inespecífica (IGIV). El protocolo inmunosupresor se adaptó de forma individual en cada receptor.

Resultados: Durante un periodo de 4 años se han analizado un total de 126 sesiones de IAD en 18 pacientes. En el 44,4% de los casos para el tratamiento del RMA y en el 55,54% restante para TR ABOi.

La edad media de los pacientes acondicionados para TR ABOi fue de 45,3±12,7 años (85,7% hombres). Se realizaron una media de 8,3±0,49 sesiones de IAD previas al TR. Un 42,9% requirieron la realización de recambios plasmáticos adicionales. Actualmente, el 100% de los pacientes mantienen el injerto funcionando con un nivel medio de creatinina plasmática de 1,5±0,59 mg/dL y una proteinuria de 304,7±179,3 mg/24h.

Los pacientes tratados frente a la presencia de RMA presentaban una edad media de 51,2±14,9 años (72,7% hombres). En la actualidad el 81,8% de los pacientes mantienen un injerto funcionando (seguimiento medio de 11 meses). La creatinina media es de 2,2±1,3 mg/dL, con claro peor pronóstico de los pacientes con signos histológicos de cronicidad al diagnóstico.

Conclusiones: La introducción de la IAD en nuestro servicio ha permitido de forma eficaz y segura realizar TR ABOi, con un 100% de supervivencia del injerto. Además, supone una herramienta imprescindible en el manejo terapéutico concomitante del rechazo mediado por anticuerpos, especialmente en el rechazo agudo.

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

602 TRASPLANTE RENAL EN PROGRAMAS DE DONACIÓN TRAS PARADA CARDIACA, FACTORES PRONÓSTICO

J. PORTOLES¹, M.J. PEREZ-SAEZ², J. JUEGA³, D. HERNÁNDEZ-MARRERO⁴, J. ESPÍ⁵, D. NAVARRO⁶, MA. MAZUECOS⁷, N. MARURI KAREAGA⁸, F. MORESO⁹, J. PASCUAL²

¹NEFROLOGÍA. H.U. PUERTA DE HIERRO (MADRID), ²NEFROLOGÍA. HU DEL MAR (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. HU GERMAN TRIAS Y PUJOL (BARCELONA), ⁴NEFROLOGÍA. HU CARLOS HAYA (MALAGA), ⁵NEFROLOGÍA. HU LA FE (VALENCIA), ⁶NEFROLOGÍA. HU REINA SOFIA (CORDOBA), ⁷NEFROLOGÍA. HU PUERTA DEL MAR (CADIZ), ⁸NEFROLOGÍA. HU CRUCES (BILBAO), ⁹NEFROLOGÍA. HU VALL DE HEBRON (BARCELONA)

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

Grupo GEODAS3-SENTRA / RETYC ISCIII RedinRen 16/009/009

Introducción: Los programas de donación tras parada cardiaca controlada (cDCD) se han expandido en nuestro país desde 2012. Veintidós centros de trasplante, con el objetivo de analizar los resultados clínicos desde una perspectiva nefrológica.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico con inclusión sistemática de todos los TxR de cDCD; protocolos locales de extracción e inmunosupresión.

Resultados: 472 donantes cDCD (57.7 años), fallecidos por eventos CV (65.8%). Se descartaron 25 injertos y el resto se implantaron fuera de nuestro grupo. Se incluyen 814 receptores de TxR (57.0 años; 67.4% hombres; 92.0% primer trasplante). Se utiliza protocolo de inducción (65.5% timo / 33.6% Basi) con prednisona-MMF-Tacrolimus (82.3%) o mTOR (5.2%). Se recoge un tiempo de isquemia fría (CIT) de 12.4 h y de isquemia caliente 25.9 min, con mediana de mismatch-HLA de 4, IQR [3-5]. La tasa de fallo primario es de 4.2%, asociada principalmente a problemas vasculares y quirúrgicos (sólo 3 rechazos). Un 46.7% presentó función retrasada (DGF). El seguimiento acumulado medio es de 2 años paciente-año con supervivencia de paciente del 96.2% IC95% [94.5-97.4] al año y del 91.3% [87.8-93.8] a los 3 años. La supervivencia de injerto es de 97.6% al año [96.1-98.5] y 95.4% [93.0-97.0] al 3º año. Los paciente con DGF son mayores (58.5 vs 55.6 años; p<0.001), mayor porcentaje de varones (71.2 vs 64.3; 0.04), más comórbidos (DM 33.6 vs 26.2; RCV 13.7 vs 7.0; <0.05), proceden de HD (83.7 vs 67.4 %; <0.001);

■ **Tabla 1. Factores asociados a alcanzar un filtrado glomerular superior a 50 ml/min en 1er año (Regresión Logística)**

	eGFR>50 ml / min media (DE)	eGFR<50 ml / min media (DE)	OR univariante	IC 95%
Donante				
Edad (años)	54,11 (12,79)	61,0 (10,5)	1 vs 3 tertil	4,3 (2,8-6,6)
% Hombres	67,74	68,42	2 vs 3	1,8 (1,2-2,7)
Receptor				
Edad (años)	54,69 (12,11)	59,40 (11,2)	1 vs 3 tertil	2,24 (1,5-3,4)
% Hombres	65,9	71,8	2 vs 3 tertil	1,83 (1,2-2,7)
% DM	29,3	28		1,1 (0,7-1,6)
%ECV previo	7,6	13,4		0,5 (0,3-0,9)
Trasplante				
%DGF	34,3	68,5		0,2 (0,2-0,3)
HLA (mismatch)	4,04 (1,27)	3,87 (1,3)		1,1 (1,0-1,3)
% Basiliximab	33,7	36		0,9 (0,6-1,3)
Isquemia fría >14h	27,65	36,11		0,68 (0,48-0,96)

*p<0,05; DE: desviación estándar; DM:diabetes mellitus; ECV:evento cardiovascular previo;DGF: función retrasada de injerto; HLA: numero de mismatch ;

han recibido Basiliximab como inducción (36.7 vs 27.9 %; 0.02) y tienen un mayor CIT 13.3 vs 11.4 (p <0.001) pero no de isquemia caliente.

Los factores asociados a superar FGe > 50 ml/min al cabo del primer año son la edad del donante, del receptor, no tener ECV previos, no tener DGF y tiempo de isquemia fría menor de 14h. Sin embargo, en el modelo de análisis multivariante, sólo persiste la edad del donante (OR del 1º vs 3º tertil OR 4.3 [2.8-6.6] y 2º vs 3 tertil OR 1.8 [1.2-2.7])

Conclusiones: Las estimaciones de eventos precoces (DGF, PNF) y a corto plazo (supervivencias de injerto y paciente) se consolidan y apoyan el desarrollo del proceso cDCD. CIT es el factor de riesgo modificable más relevante.

603 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE CANCER SEGUN EL SEXO EN UNA POBLACION DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES. COMPARACION CON DATOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA MEDICA (SEOM)

CI. ALFARO-SANCHEZ¹, PL. MARTIN-MORENO², OJ. GONZALEZ ARÓSTEGUI³, MA. ROJAS-FERNANDEZ⁴, N. GARCIA-FERNANDEZ⁵, FJ. LAVILLA-ROYO⁶, P. ERRASTI GOENAGA⁷
¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA, ESPAÑA)

Introducción: Una de las principales causas de pérdida de injertos renales es la muerte de pacientes con injerto funcionante. Entre las causas de muerte de los pacientes tras el primer año de trasplante, el cáncer ha pasado a ser la segunda más frecuente tras la cardiovascular.

Materiales y métodos: En este trabajo analizamos los datos según el sexo de tumores malignos (excluidos tumores cutáneos no melanomas) diagnosticados en una población de pacientes trasplantados renales entre 1970 y 2015 con supervivencia del injerto superior a 3 meses (n=944) y se comparan con los datos publicados por la SEOM.

Resultados: Se diagnosticaron 127 tumores malignos en los 944 pacientes trasplantados renales, que han causado la muerte a 65 pacientes (6,88%). Los datos epidemiológicos de los tumores en la población total y según el sexo se presentan en la Tabla1. Se encontró una diferencia significativa (p<0,05) en los tipos de tumor diagnosticado en hombres y en mujeres. Estos datos difieren de los datos publicados por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) donde los tumores más frecuentemente diagnosticados en varones son los de próstata, pulmón, colorrecto y vejiga, y en mujeres de mama, colorrecto, útero, pulmón y ovario.

■ **Tabla 1. Características acorde al sexo de los tumores diagnosticados en la población de pacientes trasplantados renales.**

	Total n 127	Hombre n 90 (70,9%)	Mujer n 37 (29,1%)
Edad (años):			
Al momento del trasplante	50,3 (13,7)	50,2 (12,8)	50,1 (15,8)
Al diagnóstico de neoplasia	61,2 (11,3)	61,0 (10,5)	61,7 (13,1)
Tiempo entre trasplante renal y diagnóstico de tumor (meses)	130,6 (90,7)	126,9 (86,3)	139,6 (101,3)
Tipo de tumor (n,%)			
Colorrectal	14 (11,0%)	7 (5,5%)	7 (5,5%)
Linfoma	24 (18,9%)	17 (13,4%)	7 (5,5%)
Mama	9 (7,1%)	1 (0,8%)	8 (6,3%)
Orofaringeo/Esofágico/ Delgado	10 (7,9%)	7 (5,5%)	3 (2,4%)
Próstata	11 (8,7%)	11 (8,7%)	0 (0,0%)
Pulmón	24 (18,9%)	22 (17,3%)	2 (1,6%)
Riñón	15 (11,8%)	11 (8,7%)	4 (3,2%)
Vejiga	9 (7,9%)	8 (6,3%)	2 (1,6%)
Otros	10 (7,9%)	6 (4,7%)	4 (3,2%)

Conclusiones: La mortalidad por cáncer es la segunda causa de mortalidad en nuestra población trasplantada renal. El esfuerzo por realizar un diagnóstico precoz con la elaboración de protocolos de detección de cáncer específicos de la población trasplantada renal, la estrecha colaboración con entre los Departamentos de Nefrología y de Oncología, así como el mayor uso de protocolos de inmunosupresión más individualizados que incluyan inhibidores del mTOR, podrían ser factores que ayuden a disminuir la mortalidad por cáncer de los pacientes trasplantados renales.

604 IMPACTO DEL TRASPLANTE RENO-PÁNCREAS SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1

A. MOLINA¹, E. MONTAGUD¹, A. PANÉ², S. RUIZ², A. AMOR³, J. FERRER³, P. VENTURA-AGUIAR¹, E. ESMAJTJES³, F. DIEKMANN¹, M.J. RICART¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA), ²ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA), ³CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). El score de Steno es el único score validado como predictor del riesgo de eventos cardiovasculares a 5 y 10 años en este grupo de pacientes. Este estudio se ha diseñado con el objetivo de identificar si existe una modificación del riesgo cardiovascular tras el trasplante reno-páncreas (TRP), comparado con el riesgo calculado pre-trasplante.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo realizado con pacientes con DM1 y enfermedad renal crónica terminal (ERCT) remitidos a nuestro centro para valoración de trasplante de reno-páncreas entre 1999 y 2017. Se analizaron los factores de riesgo cardiovascular pretrasplante, eventos cardiovasculares pre y posttrasplante (vasculopatía periférica, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica) y el riesgo calculado de eventos cardiovasculares (CV) a los 5 y 10 años según la escala Steno T1 risk score, aplicada en el momento del trasplante.

Resultados: Se incluyeron 249 individuos (65.5% varones) receptores de TRP, con una edad media de 38.4±7.0 años, 50.6% fumadores, con una media de seguimiento de 98±59 meses. Un 39.6% había presentado ya algún evento CV pretrasplante. Según la escala Steno, en el momento del TRP el riesgo de eventos CV a los 5 y 10 años era del 31±12% y 57±17%, respectivamente. 47 pacientes (19.5%) presentaron algún evento CV post-trasplante, con un tiempo medio desde el trasplante hasta el evento de 7.5±5.0 años. La supervivencia libre de eventos cardiovasculares estimada por Kaplan-Meier a los 5 y 10 años fue de 90.8% y 77.7%, respectivamente. El riesgo de eventos CV post- trasplante, calculado mediante regresión de Cox, fue significativamente inferior comparado con el estimado por el score Steno (a los 5 años 10% vs 31% y a los 10 años 25 vs 56%, respectivamente). El principal factor de riesgo de presentar un evento CV post-trasplante fue la presencia de evento CV pre-trasplante (16 vs 25% de eventos post-trasplante respectivamente) con una HR de 1.76 (IC 95% 1.005-3.008).

Conclusiones: El TRP disminuye el riesgo de eventos CV a los 5 y 10 años respecto al estimado por la escala validada Steno T1 risk score. Un factor de riesgo significativo de presentar un evento CV post-trasplante fue la presencia de eventos CV pre-trasplante.

605 COBERTURA VACUNAL EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

FL. PROCACCINI¹, B. TARAZONA CHOCANO², G. MATO CHAIN², S. GATIUS RUIZ³, J. VIAN PÉREZ⁴, M. MIRANDA CAM¹, I. PÉREZ FLORES¹, MA. MORENO DE LA HIGUERA DÍAZ¹, N. CALVO ROMERO¹, A. SÁNCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: En los receptores de trasplantes de órganos sólidos la inmunosupresión y la exposición a procedimientos diagnóstico-terapéuticos conllevan un incremento en la incidencia y severidad de infecciones y sus complicaciones. Las infecciones posttrasplante pueden empeorar la supervivencia de injerto y paciente, con alto coste socio-sanitario. La inmunización activa es una de las intervenciones preventivas por excelencia, aunque no siempre correctamente empleada en candidatos y receptores de trasplante renal.

Materiales y método: Recogimos los datos de vacunación frente a S. pneumoniae, hepatitis B y C y tétanos-difteria en 423 receptores de trasplante renal en nuestro centro, a través del registro SISPAL (Sistema de Información en Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). Además, se recogieron datos de serología para hepatitis B, sarampión, parotiditis y varicela.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes fue 61,06 ± 13,55 años, de lo cuales 65,2% varones y 34,8% mujeres.

El 47,8% (202) ha sido vacunado frente a HBV con una media de 3,17 ± 1,5 dosis recibidas. El 12,7% de los vacunados ha recibido más de 4 dosis, siendo 9 el número máximo de dosis recibidas. El 85% de los pacientes vacunados presenta anticuerpos anti-HBs en rango protector y el 17,3% (22) necesitó más de 4 dosis para alcanzarlo. El 28,8% (55) presentó inmunidad adquirida por infección por HBV pasada. Entre los pacientes no vacunados frente a HBV, 37 presentaron anti-HBs positivos con anti-HBc negativos, por vacuna no registrada o posible negativización de anti-HBc.

264 (62,4%) pacientes han sido vacunados frente a Neumococo, recibiendo la vacuna preferentemente en centro de salud frente a centro hospitalario (85,7% vs 14,3%).

157 pacientes (37,1%) han sido vacunados frente a Tétanos-difteria de los cuales el 94,1% ha sido vacunado en centro de salud frente a 5,9% en centro hospitalario. Entre ellos el 97,4% ha recibido al menos 3 dosis.

22 pacientes (5,2%) fueron positivos para HCV y 3 (0,7%) positivos para HIV. En cuanto a otras serologías, solo 4 pacientes fueron sometidos a control de serología para parotiditis (100% IgG positivos), 15 para Sarampión (86,7% IgG positivos) y 197 para Varicela (99% IgG positivos).

Conclusiones: Los datos confirman la necesidad de optimizar y ampliar la cobertura vacunal y el control serológico de candidatos y receptores de injerto renal a través de una mayor coordinación entre centros hospitalarios y centros de atención primaria, con el objetivo de disminuir la tasa de infecciones prevenibles en esta población de riesgo. En cuanto a la hepatitis B se confirma una tasa de seroconversión inferior a la población general, destacando que la negativización de anticuerpos anti-HBs es más rápida en pacientes con tratamiento inmunosupresor crónico.

606 TRASPLANTE RENAL (TR) EN PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS (GMN) PRIMARIA: MÍNIMO IMPACTO DE LA RECURRENCIA DE LA NEFROPATÍA EN LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO

A. BUXEDA¹, C. ARIAS-CABRALES¹, M.J. PÉREZ-SÁEZ¹, D. REDONDO-PACHÓN¹, M.L. MIR¹, M. CRESPO¹, J. PASCUAL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

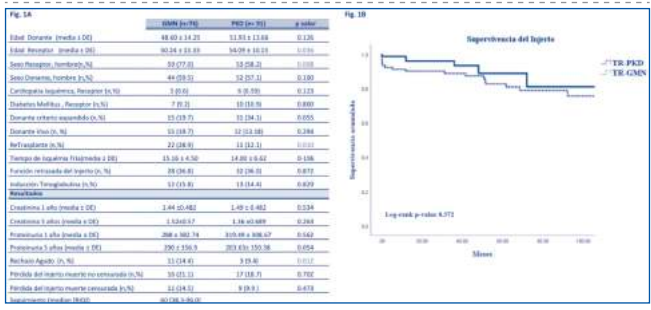
Introducción: La supervivencia de los TR con GMN como enfermedad renal de base puede estar influenciada por factores como la recidiva en el injerto renal. Sin embargo, estudios recientes describen similar supervivencia del injerto en estos pacientes comparados con otras causas de enfermedad renal crónica. Analizamos las recidivas en pacientes TR con GMN de base, así como los resultados de función renal comparado con otra cohorte de enfermedad renal crónica no-recidivante, como es la poliquistosis renal (PKD).

Población y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de 76 TR con GMN confirmada mediante biopsia renal como enfermedad renal primaria y 91 PKD realizados en nuestro centro entre enero-2006 y agosto-2014, con una media de seguimiento de 60 [38,3-96,0] meses.

Resultados: Respecto a TR-GMN, 26 (34.2%) fueron GMN focal y segmentaria (FyS), 35 (46.1%) nefropatía-IgA, 10 (13.2) glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP), y 5 (6.6%) glomerulonefritis membranosa (NM). Registramos 13 recidivas post-TR (8 IgA, 2 FyS, 2 MPGN y 1 NM). De éstos, 11 pacientes perdieron el injerto, pero solo 1 por recidiva. No encontramos diferencias en pérdida del injerto entre recidiva vs no. Al comparar TR-GMN vs TR-PKD, observamos mayor proporción de varones, jóvenes, y mayor número de re-trasplantes en el primer grupo. No encontramos diferencias en cuanto a función renal o proteinuria al año y 5 años post-TR entre grupos (Fig. 1A). La supervivencia del paciente y del injerto fue similar, con una supervivencia del injerto a 5 años del 80% en ambas cohortes (Fig. 1B). Tampoco hubo diferencias en cuanto a pérdida del injerto entre TR-GMN con recidiva en el injerto vs TR-PKD (HR 0.517 [I.C.95% 0.142-1.878], p=0.316).

Conclusiones: Los pacientes trasplantados con GMN de base no tienen peor pronóstico a largo plazo respecto a pacientes con PKD. Registramos un 17.1% de recidivas, sin un claro impacto de las mismas en la supervivencia del injerto.

Figuras.



607 SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSOMICA DOMINANTE TRAS EL TRASPLANTE RENAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DE LOS ÚLTIMOS 35 AÑOS

J. NARANJO MUÑOZ¹, F. VILLANEGO FERNANDEZ¹, M.E. MONTERO ESCOBAR¹, JM. CAZORLA LOPEZ¹, C. ORELLANA CHAVEZ¹, T. GARCIA ALVAREZ¹, MA. MAZUECOS BLANCA¹

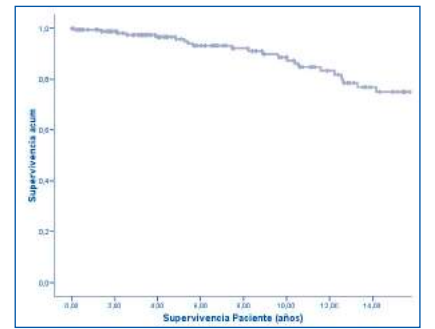
¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQAD) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente constituyendo un 10% de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). La evolución tras el trasplante renal (TR) se ha descrito como similar a la población general. Objetivo: Analizar la supervivencia del injerto y del receptor de TR con PQAD y los motivos de pérdida del injerto y de éxitos de los pacientes. Material y Métodos: Se ha analizado todos los TR realizados en nuestro centro en pacientes con diagnóstico de PQAD desde el año 1982 al 2017. Resultados: En este periodo se realizaron 1533 TR, 189 de ellos en pacientes con PQAD (12%). El tiempo de seguimiento post-TR es de 11+8 años (mediana 10 años). La distribución por sexo fue muy similar (53.4% mujeres). La edad media al TR fue de 51.6+8.4 años.

La mediana del tiempo en TRS fue de 16 [9,30] meses. El método de TRS preTR fue HD en 137 (72.5%), DP en 44 (23.3%) y trasplante anticipado en 8 (4.2%). La mayoría de los donantes fueron cadáver en muerte encefálica; 12 TR (6.3%) fueron de donante cadáver asistolia tipo III y 12 (6.3%) de donante de vivo. La supervivencia del injerto en el primer año fue del 95.2%, 90.3% a los 5 años y 82% a los 10 años. Hubo un total de 31 pérdidas de injerto de los cuales 18 (9.5%) fueron por nefropatía crónica y 12 (6.3%) por trombosis vascular. La supervivencia del paciente al año fue del 99.4%, 95.9% a los cinco años

y 88.7% a los 10 años. La principales causas de exitus fueron de origen cardiovascular 15 (7.9%), neoplasias 9 (4.7%) e infecciones 7 (3.7%). Conclusiones: Los resultados del TR en los pacientes con PQAD son muy buenos con supervivencias a los cinco años del injerto superior al 90% y del paciente al 95%. Podemos observar que la principal causa de muerte, al igual de en la población general trasplantada con otros diagnósticos, fue de origen cardiovascular.

Figura 1.



608 RECURRENCIA Y NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE LA NEFROPATÍA IGA TRAS EL TRASPLANTE RENAL

J. WU¹, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, JM. CAZORLA LÓPEZ¹, J. NARANJO MUÑOZ¹, T. GARCÍA ALVAREZ¹, A. GARCÍA GARCÍA-DONCEL¹, A. MORENO SALAZAR¹, C. MÍNGUEZ MAÑANES¹, C. ORELLANA CHAVEZ¹, A. MAZUECOS BLANCA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

La recidiva de nefropatía IgA (IgAN) tras el trasplante renal (TR) es frecuente aunque de incidencia variable. Por el contrario, la IgAN de novo es excepcional.

Objetivo: Analizar los pacientes que han desarrollado IgAN tras el TR en nuestro centro, comparándolos con los TR con diagnóstico histológico de IgAN preTR (causa de ERC).

Material y Métodos: Desde 1990 a 31-12-2017, se realizaron 1435 TR, 55 en pacientes con diagnóstico histológico de IgAN (3.8%). Se diagnosticaron 20 casos de IgAN postTR (biopsia indicada por clínica). Analizamos variables preTR y de la evolución postTR.

Resultados: De los 20 casos de IgAN postTR, 8 tenían IgAN conocida preTR (IgAN-recidiva) y 12 no estaban diagnosticados previamente de IgAN. El tiempo hasta desarrollo de IgAN postTR fue 95.6+61 meses. IgAN fue la causa de pérdida de injerto en 3 pacientes. Comparamos los pacientes con IgAN-recidiva (N=8) con los diagnosticados de IgAN preTR sin recidiva (N=47). No observamos diferencias en las características demográficas de donante y receptor, tipo de donante, tiempo y tipo de tratamiento renal sustitutivo (TRS), número TR, NTA postTR, rechazos y seguimiento postTR. El tiempo desde el diagnóstico de IgAN preTR hasta el TR fue inferior en los pacientes con recurrencia (IgAN-recidiva 52+24; IgAN-no recidiva 141+109 meses; P=.031). El tratamiento inmunosupresor de inducción fue más frecuente en los pacientes sin recidiva (IgAN-recidiva 12.5%; IgAN-no recidiva 55.3%; P=.051).

De los 12 pacientes con IgAN preTR no conocida: 7 no tenían biopsia preTR (ERC no filiada); 5 tenían diagnóstico de otras glomerulopatías (1 GESF, 4 GNRP). Revisando estas biopsias ninguno tenía muestra adecuada para inmunofluorescencia. Al comparar el total de pacientes con IgAN postTR (N=20) con los casos de IgAN-no recidiva (N=47) el uso de inducción fue mucho menos frecuente en los que desarrollaron IgAN postTR (P=.001) sin diferencias en el resto de variables.

Conclusiones: En ninguno de los casos sin diagnóstico preTR de IgAN pudimos establecer diagnóstico de certeza de IgAN de novo. Los pacientes con desarrollo de IgAN postTR recibieron en menor medida inducción lo que apoya la conveniencia de estos tratamientos en pacientes con IgAN preTR.

609 RESULTADOS A LARGO PLAZO DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE ASISTOLIA NO CONTROLADA

M. MOLINA¹, E. GONZÁLEZ², B. REDONDO², C. MOLIZ², N. POLANCO², E. HERNÁNDEZ², E. MORALES², E. GUTIÉRREZ², M. PRAGA², A. ANDRÉS²

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA (MADRID. LLEIDA), ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. (MADRID.)

Introducción: El trasplante renal (TR) es el mejor tratamiento renal sustitutivo para la enfermedad renal crónica, pero la falta de órganos es su principal limitación. Los programas de Donación en Asistolia No Controlada (DANC) han permitido incrementar el número de órganos disponibles con buenos resultados a medio plazo, pero sus resultados a largo plazo son desconocidos.

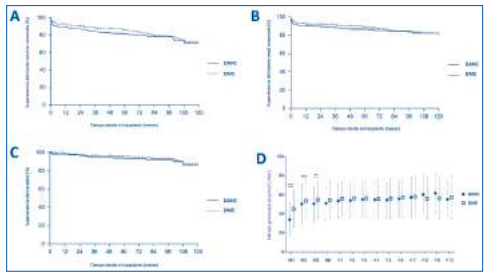
Material y Métodos: Comparar los resultados tras 10 años de seguimiento de 237 TR de DANC con una cohorte de 237 primeros TR de donantes fallecidos en muerte encefálica con criterios estándar (DME) realizados en el mismo periodo.

Objetivos: Comparar la supervivencia del injerto, receptor y la función renal de ambos grupos. Estudiar los factores que influyen en la supervivencia del injerto censurado y la supervivencia del receptor en la cohorte de TR de DANC.

Resultados: La supervivencia del injerto global, censurada y la del receptor fueron iguales en ambos grupos a los 10 años de seguimiento (71,1% vs 70,8%; p=0,4), (82,1% vs 80,4%; p=0,6) y (86,2% vs 87,6%; p=0,4), respectivamente, Gráfico A, B y C. La elevada incidencia de RFI en los DANC (73,4% VS 46,4%; p<0,01) se tradujo en un filtrado glomerular inferior en los primeros tres meses, sin encontrarse diferencias a partir de este momento, Gráfico D. La edad del donante superior a 50 años parecía incrementar el riesgo de pérdida del injerto (RR:1,91 IC: 0,98-3,72; p=0,058) mientras que la poliquistosis renal como causa de ERC parecía ser un factor protector (RR:0,18 IC: 0,02- 1,28; p=0,08) en el grupo de DANC. Los factores asociados con el fallecimiento del receptor fueron: la nefropatía diabética (RR:3,93; IC: 1,49- 10,39; p=0,006), haber tenido una neoplasia (RR:7,16; IC: 2,41- 21,29; p<0,001) y la edad de receptor > 50 años (RR:2,80; IC: 0,98-8,03; p=0,055).

Conclusiones: Los TR de DANC tienen una supervivencia y alcanzan una función renal similar a la de DME a largo plazo. Seleccionar donante con edad < 50 podría mejorar la supervivencia del injerto censurado.

Figuras.



Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

610 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADAVER EN EL PACIENTE HIPERSENSIBILIZADO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

E. DE SOUSA-AMORIM¹, I. REVUELTA¹, G. PIÑEIRO¹, F. COFAN¹, M.J. RICART¹, P. VENTURA¹, N. ESFORZADO¹, V. TORREGROSA¹, F. OPPENHEIMER¹, F. DIEKMANN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: El trasplante renal (TR) en el paciente hipersensibilizado (HS) representa un reto clínico. Los pacientes HS a menudo permanecen en lista de espera durante largos periodos de tiempo 1-3 y el trasplante se asocia a un mayor riesgo de rechazo y peor supervivencia del injerto 4-5.

Método: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los TR de donante cadáver (TRDC) de pacientes HS (cPRA≥90% al momento del TRDC), realizados en nuestro centro desde junio de 2015 hasta la actualidad.

Resultados: Se realizaron un total de 40 TRDC con cPRA promedio 97%. El tiempo desde el inicio de diálisis hasta el TR fue de 84±51 meses y en lista de espera de 53±39 meses. El XM por CDC fue negativo en el 100%. El XM por CF se realizó en 30/40 (75%) de los casos, resultando positivo en 8/30 (26,6%). El 100% recibió inducción con timoglobulina y el régimen de inmunosupresión consistió en FK + mTOR + PDN en 22/40 (55%) y FK + MMF + PDN en 18/40 (45%). Seis de los casos con XM por CF positivo, se trataron profilácticamente con RTX + RP e IGIV en el post-Tx inmediato. Tras un seguimiento de 15 meses, se detectaron dos injertos no funcionantes y cuatro pacientes fallecieron. El 95% de los pacientes fueron biopsiados, con diagnóstico de rechazo en 18 (45%) casos, 10 (25%) casos de rechazo humoral y 8 de celular, que recibieron tratamiento. De los 36 injertos funcionantes, la creatinina sérica al último seguimiento es de 1,43mg/dl y el filtrado glomerular de 52 ml/min.

Conclusiones: El trasplante en el paciente HS es una alternativa aceptable, que se asocia a un buen funcionamiento del injerto con una tasa elevada de rechazo (45%), aunque solo 25% de rechazo humoral en nuestra serie. Palabras clave: trasplante renal, desensibilización, hipersensibilizado, rechazo humoral agudo, trasplante renal.

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos y evolución.

Características básicas		Datos del trasplante renal	
Edad del receptor (años)	57 ± 10	Desensibilización	15% (6/40)
Edad del donante (años)	58 ± 10	Inducción: -Timoglobulina	100% (40/40)
Sexo del receptor (mujer (%))	52,5% (21/40)	Mantenimiento: -FK+PDN+MMF	55% (22/40)
Diabetes Mellitus (%)	17,5% (7/40)	-FK+imTOR+PDN	45% (18/40)
Infección por VHC	30% (12/40)	Retraso en la función del injerto	27,5% (11/40)
TR previos (%)	82,5% (33/40)	Datos histopatológicos	
Tiempo en diálisis	84±51 meses	Rechazo agudo	18/40 (45%)
Tiempo en lista de espera	53±39 meses	Rechazo celular	8/18 episodios
Tiempo de donante -Asplasia	27,5% (11/40)	Rechazo humoral	10/18 episodios
-Muerte encefálica	72,5% (29/40)	Función del injerto	
Datos inmunológicos		Seguimiento (meses; media±DE)	16 ± 10
PRA calculado (media ± DE)	97 ± 2,8	Última Cr sérica (mg/dl; media±DE)	1,43 ± 0,6
XM CDC negativo (%)	100% (40/40)	Supervivencia	
XM CF células T y/o B	30% (9/30)	Fallo del injerto (%)	7,5% (3/40)
positivo (%)	16,6% (5/30)	Exitus	10% (4/40)
XM CF células T positivo (%)	13,3% (4/30)	Exitus con injerto funcional (%)	5% (2/40)
XM CF células B positivo (%)	12,5% (5/40)	ADE pre-existentes (%)	
ADÉ pre-existentes (%)	12,5% (5/40)		

Abreviaciones: VHC virus de hepatitis C, TR trasplante renal, XM crossmatch, CDC citotoxicidad dependiente de complemento, CF citometría de flujo, TRDV trasplante renal de donante vivo, PRA panel reactivo de anticuerpos, FK tacrolimus, PDN prednisona, imTOR inhibidor de mTOR, MMF micofenolato mofetil, BR biopsia renal, ICN inhibidores de la calcineurina, Cr creatinina.

611 EVOLUCIÓN DE LOS ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICOS TRAS LA CONVERSIÓN DE MICOFENOLATO DE MOFETILO A EVEROLIMUS Y SU COMBINACIÓN CON TACROLIMUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

M. RODRÍGUEZ-FERRERO¹, L. SÁNCHEZ-CÁMARA¹, R. ALENDA², A. BALAS², F. GARCÍA-SÁNCHEZ², J.L. VICARIO², E. HURTADO², A. HERNÁNDEZ CORONADO², E. TORRES², F. ANAYA²

¹NEFROLOGÍA. HGU GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA), ²INMUNOLOGÍA. HISTOCOMPATIBILIDAD. CENTRO DE TRANSFUSIÓN DE MADRID (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La combinación de tacrolimus (TAC) y everolimus (EVE) en el trasplante renal es potente y eficaz en la prevención del rechazo agudo. La aparición de anticuerpos donante específicos (DSA) después del trasplante se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar rechazo y conduce a una peor supervivencia del injerto.

Objetivo: Estudiar el efecto de la conversión de MMF a EVE y su asociación a TAC en la evolución de los DSA en una cohorte de pacientes trasplantados renales.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 229 pacientes trasplantados renales realizados consecutivamente desde el 1/7/2011 al 31/12/2016. Se hizo conversión a EVE en 57 (24,89%) pacientes con función renal estable y sin proteinuria. Todos los pacientes tenían determinación de DSA pretrasplante, trimestral durante el primer año del trasplante, antes de la conversión y al finalizar el estudio.

Resultados: El 64,9% de los pacientes eran varones, con una edad media de 57,19±15,52 años. El tiempo mediano desde el trasplante a la conversión fue de 6 meses (RIQ 2,25-13). La causa de la conversión fue: infección viral 25 (44%), neoplasia 11 (19,3%), nefrotoxicidad por inhibidores de la calcineurina 2 (3,5%), indicación del clínico 15 (26,3%) y diarrea 4 (7%). El 7,7% de los pacientes tenían DSA pretrasplante y el 3,5% Ac MICA pretrasplante. Antes de la conversión 6 pacientes (11,8%) tenían DSA y 2 (3,9%) Ac MICA, y al final del seguimiento 3 (6%) y 0, respectivamente. Ningún paciente presentó rechazo agudo tras la conversión. La función renal se mantuvo estable, observándose aumento de la proteinuria al final del estudio.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la conversión a EVE permite la reducción de TAC sin observarse rechazo agudo ni aumento de la producción de DSA.

612 TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR DE MANTENIMIENTO CON EVEROLIMUS Y DOSIS REDUCIDAS DE TACROLIMUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

M. RODRÍGUEZ-FERRERO¹, L. SÁNCHEZ-CÁMARA¹, E. HURTADO¹, A. HERNÁNDEZ CORONADO¹, E. TORRES¹, F. ANAYA¹

¹NEFROLOGÍA. HGU GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Está cada vez más extendido el uso de everolimus (EVE) con dosis reducidas de tacrolimus (TAC) como tratamiento inmunosupresor de novo y en mantenimiento, con buenos resultados en función renal. EVE presenta efectos adversos que obligan a su retirada en algunos pacientes.

Objetivo: Presentar los resultados de nuestra experiencia en el tratamiento con EVE y dosis reducidas de TAC tras suspender micofenolato de mofetilo (MMF), en una cohorte de pacientes trasplantados renales.

Materiales y método: Se estudiaron 229 pacientes trasplantados renales realizados consecutivamente desde el 1/7/2011 al 31/12/2016. Se hizo conversión a EVE en 57 (24,89%) pacientes con función renal estable y sin proteinuria, suspendiéndose MMF.

Resultados: El 64,9% de los pacientes eran varones con edad media de 57,19±15,52 años. El tiempo mediano desde el trasplante a la conversión fue de 6 meses (RIQ 2,25-13). La causa de la conversión fue: infección viral 25 (44%), neoplasia 11 (19,3%), nefrotoxicidad por inhibidores de la calcineurina 2 (3,5%), indicación del clínico 15 (26,3%) y diarrea 4 (7%). La función renal se mantuvo estable con MDRD4 38,86±13,17 basal y 39,21±14,07 final (no significativo), con aumento significativo de la proteinuria 0,19 (0,13-0,34) basal y 0,28 (0,08-0,60) final (p<0,023). Se observan concentraciones sanguíneas de TAC significativamente más bajas al final del estudio (p<0,0001). Se observa aumento significativo de HDL (p<0,013). Así como aumento del tratamiento con estatinas e IECAS/ARAI tras la conversión. Se suspendió EVE en el 8,9% de los pacientes por proteinuria (60%), linfopenia (20%) y pancitopenia (20%). Ningún paciente tuvo rechazo agudo tras la conversión.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la conversión a EVE es una buena opción en pacientes seleccionados. Es bien tolerada y permite la reducción de TAC manteniendo la función renal estable, con aumento de la proteinuria que requiere aumento de uso de bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona.

613 HISTORIAL DOSIMÉTRICO DE PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIA POSTRASPLANTE RENAL

S. FERNÁNDEZ GRANADOS¹, R. GUERRA RODRÍGUEZ¹, I. AUAYANET SAAVEDRA¹, E. FERNÁNDEZ TAGARRO¹, A. RAMÍREZ PUGA¹, N. ESPARZA MARTÍN¹, F. BATISTA GARCÍA¹, Y. RIVERO VIERA¹, AC. RÓDENAS GÁLVEZ¹, C. GARCÍA CANTÓN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: Existe un creciente interés sobre la necesidad de registrar el historial dosimétrico individual de las radiaciones ionizantes de nuestros pacientes para garantizar su seguridad radiológica. Dado que los pacientes portadores de un injerto renal tienen una alta incidencia de neoplasias, el historial dosimétrico es un factor a analizar.

Objetivos: Conocer el historial dosimétrico de los pacientes trasplantados renales que durante su seguimiento desarrollaron una neoplasia.

Pacientes y Métodos: Se estudió el historial dosimétrico de las exploraciones realizadas en el Servicio de Radiología, Radiología Intervencionista y Cardiología Intervencionista durante los 5 años previos al diagnóstico de neoplasia de 25 pacientes trasplantados renales realizados durante el periodo 2007-2016. Se excluyeron las posibles variaciones debidas al tiempo de fluoroscopia aceptándose una desviación de la media del 10 al 15%. El historial dosimétrico se expresó en dosis efectiva en milisieverts (mSv) siguiendo los criterios de la International Commission on Radiological Protection que limita su uso para el riesgo estocástico individual pero que lo permite para la comparación de riesgos de radiación de grupos de pacientes con edad y sexo similar.

Resultados: De los 25 pacientes estudiados (edad media: 53,9 ± 10,2 años, tiempo medio diagnóstico de neoplasia post-trasplante: 3,37 ± 2,12 años), 16 pacientes desarrollaron una neoplasia cutánea, 8 una neoplasia de órgano sólido (incluyendo 1 melanoma) y 1 un síndrome proliferativo posttrasplante. Se analizaron un total de 452 exploraciones radiológicas. La dosis de radiación ionizante de los 25 pacientes estudiados fue 21.062 ±14.55 (mSv). La dosis media de radiación ionizante que recibieron los pacientes que desarrollaron una neoplasia cutánea post-trasplante fue 18.42 ± 10.80 mSv, los que desarrollaron una neoplasia de órgano sólido 27.96 ± 19.53mSv y el paciente que desarrolló un síndrome proliferativo recibió 8.02 mSv durante los 5 años previos al diagnóstico del tumor.

Al comparar la radiación ionizante media recibida por los pacientes que desarrollaron una neoplasia cutánea y los que desarrollaron una neoplasia de órgano sólido no se observaron diferencias significativas, posiblemente en relación con el tamaño de la muestra.

Conclusiones: La dosis efectiva media de radiación ionizante que recibieron los pacientes que desarrollaron una neoplasia de órgano sólido tendía a ser superior a los que desarrollaron neoplasia cutánea. Dado que en la literatura revisada no existen trabajos previos que analicen este tema, en el futuro podrían ser interesantes estudios multicéntricos que analicen la contribución del historial dosimétrico en la ya conocida etiología multifactorial de las neoplasias posttrasplante.

614 IMPACTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA AL TRASPLANTE RENAL (TR) EN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE Y DEL INJERTO

I. GALCERAN¹, D. REDONDO¹, M.J. PÉREZ¹, CE. ARIAS¹, S. OÚTÓN¹, ML. MIR¹, M. CRESPO¹, J. PAS-CUAL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

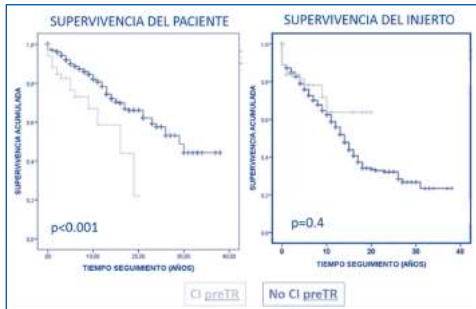
Introducción: La cardiopatía isquémica (CI) es causa frecuente de morbilidad y mortalidad en el paciente TR. La situación de esta cardiopatía en la fase pre-TR es clave para valorar la idoneidad del receptor y prevenir futuras complicaciones. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de CI pre-TR y su impacto durante el seguimiento post-TR.

Métodos: Estudio retrospectivo de 1214 pacientes TR (1979-2017) en nuestro centro. Se definió CI como presencia de enfermedad coronaria revascularizada o no. Analizamos parámetros demográficos, eventos cardiovasculares y supervivencia del paciente e injerto comparando pacientes con/sin CI pre-TR.

Resultados: Ochenta y cinco pacientes (7%) presentaban CI pre-TR: 40 (47.1%) revascularizados pre-TR (34 percutánea-6 quirúrgica). Los pacientes con CI pre-TR eran mayores (60.2±11.5 vs 48.7±14.6 años, p<0.001), con más HTA (94% vs 81%, p<0.001), DM (52.4% vs 12.8%, p<0.001) y vasculopatía periférica (55.3% vs 21.2%, p<0.001) que los pacientes sin CI pre-TR. Con un seguimiento de 60 meses (RIQ 12-240), los pacientes con CI pre-TR presentaron menor supervivencia que los pacientes sin CI (p<0.001). La supervivencia del injerto-muerte censurada- fue similar en ambos grupos [20.7% vs 37.2% (p=0.4)] [Figura]. Los pacientes con CI pre-TR presentaban mayor incidencia acumulada de nuevos episodios de CI durante el seguimiento post-TR: 32.2% vs 1.7% al año (p<0.001), 43.6% vs 3.7% a los 3 años (p=0.03), 56.6% vs 5.8% a los 5 años (p=0.014). Estos resultados no se modificaron teniendo en cuenta la revascularización/no pre-TR.

Conclusiones: Los pacientes con CI pre-TR son mayores y con mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Además, presentan mayor incidencia de nuevos episodios de CI durante el post-TR y una mayor mortalidad, aunque la supervivencia del injerto es similar. La revascularización pre-TR no condicionó menor incidencia de eventos post-TR.

Figura.



615 COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA Y PROTEÍNAS/CREATININA: QUÉ PUNTO DE CORTE DEBEMOS UTILIZAR EN TRASPLANTADOS RENALES

I. LÓPEZ PELAYO¹, F. LÓPEZ RODRÍGUEZ², F. GALÁN SÁNCHEZ³, MA. MAZUECOS BLANCA⁴

¹UGC LABORATORIOS. HU PUERTA DEL MAR (CADIZ/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA/ESPAÑA), ³UGC MICROBIOLÓGICA. HU PUERTA DEL MAR (CADIZ/ESPAÑA), ⁴UGC NEFROLOGÍA. HU PUERTA DEL MAR (CADIZ/ESPAÑA)

Introducción: Para trasplantados renales (TR) normalmente asumimos los puntos de corte (cut-off) que recomiendan las guías (KDIGO) para detección y manejo de la enfermedad renal crónica, pero hay autores que consideran que en estos pacientes la función renal está disminuida comparando con la población general. El objetivo fue calcular el cut-off para el cociente albúmina/creatinina (ACR) y proteínas/creatinina (PCR) en TR y analizar que prueba es más adecuada para detectar un daño renal leve o moderado.

Material y método: Estudio transversal donde se recogen los datos de 300 pacientes consecutivos que acuden a revisión del trasplante desde febrero a abril de 2015. Se incluyeron pacientes: mayores de 18 años, trasplantados de más de 6 meses, con función renal estable y recogida correcta de orina de 24h. El mismo día de la consulta los pacientes entregaron la orina de 1ª hora de la mañana (1ªh) y la orina de 24h y se calculó ACR y PCR en orina de 1ªh y excreción de albúmina (Alb24h) y proteínas en orina de 24h (Prot24h). Ambas muestras se procesaron en un Cobas C311 de Roche Diagnostics®. Para el cálculo del cut-off se realizó un análisis de la curva ROC y se determinó: área bajo la curva (AUC, 95%IC), sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo y negativo (VPP, VPN) y razón de verosimilitud (LR+, LR-) mediante SPSS 17.0.

Resultados: (ver tabla adjunta)

Conclusiones: Para el control rutinario de TR con función renal estable recomendamos utilizar orina de 1ªh con los puntos de corte calculados en nuestra población en lugar de los recomendados en las guías clínicas. Nuestro objetivo es detectar el comienzo de un posible daño renal leve o moderado (alta especificidad y VPN).

Se obtienen mejores resultados para albúmina que para proteínas.

Cut-off Alb24h (mg/24h)	ACR AUC (95%IC)	Cut-off ACR(mg/g)	S(%)	E(%)	LR+	LR-	VPP	VPN
30	0.957 (0.938-0.977)	27.00	88.38	92.16	11.27	0.13	95.63	80.34
300	0.968 (0.947-0.990)	238.00	80.00	97.45	31.33	0.21	89.66	94.63

Cut-off Prot24h (mg/24h)	PCR AUC(95%IC)	Cut-off PCR (mg/g)	S(%)	E(%)	LR+	LR-	VPP	VPN
150	0.832(0.782-0.882)	87.00	91.30	50.00	1.83	0.17	85.71	63.64
500	0.946 (0.918-0.974)	400.00	75.32	95.96	18.66	0.26	86.57	91.85

616 REDUCCIÓN DE COSTES EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON TACROLIMUS DE LIBERACIÓN RETARDADA (LCP-TACROLIMUS)

GP. GÓÑALEZ ZHINDÓN¹, MP. FRALIE GÓMEZ¹, M. SÁNCHEZ-JAUREGUI CASTILLO¹, A. TYSZ-KIEWICZ¹, J. MARTÍN CENTELLAS¹, G. TABERNEIRO FERNÁNDEZ¹, J. SEBASTIÁN MORANT¹, JL. LERMA MÁRQUEZ¹, JA. MENACHO MIGUEL¹, P. GARCÍA COSMES¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: El tratamiento renal sustitutivo (TRS) de la enfermedad renal crónica avanzada es la intervención terapéutica más escrutada económicamente a nivel mundial. Al ser posible sustituir a largo plazo la función renal mediante diálisis o trasplante, los sistemas sanitarios fueron conscientes del enorme impacto económico que suponía. La técnica más coste efectiva resulta ser el trasplante renal. El tacrolimus de primera línea en el trasplante renal es el fármaco más utilizado en receptores de trasplante. LCP-tacrolimus (Envarsus) ha demostrado mejor biodisponibilidad, similar eficacia y seguridad que ER-Tac (Advagraf).

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo valorando los costes entre las formulaciones de tacrolimus de liberación retardada LCP-tacrolimus (Envarsus) y ER-Tac (Advagraf) en los trasplantados renales del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca que precisaron conversión (De Advagraf a Envarsus) con niveles de mantenimiento entre 4-7 ng/ml. Registrándose 13 pacientes a abril de 2018, con función renal estable previo a la conversión. Las variables analíticas se expresaron como media ± desviación estándar. Se utilizó t student para comparar variables analíticas y se considero p < 0.05 como estadísticamente significativa.

Resultados: Edad media 58.38 ± 12 años, el 77% hombres y 33% mujeres. 62% previamente hemodiálisis y 34% diálisis peritoneal. 80% trasplante renal de cadáver y 20% páncreas-riñón. 70% se convirtieron por temblor y 30% por metabolizadores rápidos. Media de Creatinina post conversión 1.47 ± 0.31 mg/dL. No se registró episodios de rechazo ni efectos secundarios tras conversión. Media de dosis ER-Tac 8.5 ± 6.8 mg/día y LCP-Tacro 4.9 ± 5.5 mg/día, con un 46% de reducción de dosis (LCP-Tacro) comparándola al inicio de la conversión y hasta estabilización de los niveles. Los niveles se mantuvieron estables tras conversión. Media de costes anual con ER-Tac 3792 ± 3082 euros y LCP-Tacro 1361 ± 983 euros, lo que significa un 63% de reducción de coste anual. Se encontró asociación significativa con el descenso de costes con LCP-Tacro.

Conclusiones: LCP-Tacro es una alternativa terapéutica segura en los pacientes trasplantados renales con efectos secundarios limitantes derivados del empleo de advagraf o en pacientes metabolizadores rápidos. El trasplante renal es el tratamiento de elección de los pacientes con enfermedad renal crónica. Dado el enorme gasto sanitario que supone el empleo de inmunosupresores, LCP-Tacro resulta una alternativa eficaz, segura y más económica en los pacientes con trasplante renal. La reducción de la dosis hasta la estabilización de los niveles con LCP-Tacro fue de 46%, lo que supone una disminución en ese nivel de los costes.

617 RIESGO AUMENTADO DE FUNCIÓN RETRASADA DEL INJERTO Y DE RECHAZO AGUDO EN EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS A 3 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

N. TOAPANITA GAIBOR¹, M. PERELLO¹, I. TORRES¹, J. SELLARES¹, E. TRILLA², A. SANDIUMENGE³, T. POINT¹, J. MOROTE¹, D. SERON¹, F. MORESIO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), ²UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), ³COORDINACIÓN DE TRASPLANTES. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La implantación del programa de donación en asistolia tipo III ha permitido aumentar de forma considerable la tasa de donación renal para trasplante en nuestro país. La pauta de inmunosupresión de inducción para estos pacientes es variable entre los centros. En nuestro centro este tipo de donación se inició en 2015 y analizamos los resultados del periodo 2015-2016 con un seguimiento de al menos 1 año para todos los trasplantes.

Material y métodos: Durante el periodo de estudio se han realizado 225 trasplantes renales, 155 con donantes en muerte encefálica y 70 con donantes en asistolia tipo III (31%). En los donantes en muerte encefálica se utiliza pauta de inducción con timoglobulina para todos los re-trasplantes y para los pacientes sensibilizados (PRA calculado > 25%). En los donantes en asistolia se utiliza timoglobulina en los mismos casos y cuando el receptor es menor de 65 años y/o cuando se prevé una isquemia fría superior a 12 horas.

Todos los pacientes se han tratado con una inmunosupresión inicial basada en la combinación de tacrolimus, MMF y corticoides. Durante el seguimiento se realiza monitorización periódica de carga viral en sangre total para citomegalovirus y virus BK.

Resultados: Los resultados se presentan en la tabla adjunta. La edad de los donantes entre ambos grupos no es distinta (edad máxima de 84 y 86 años) así como el grado de daño crónico en las biopsias pre-implante realizadas. Las características demográficas y clínicas de los receptores tampoco son distintas. A pesar de un menor tiempo de isquemia fría, la donación en asistolia se asocia con mayor riesgo de función retrasada del injerto. Los receptores de los donantes en asistolia han recibido con mayor frecuencia tratamiento de inducción con timoglobulina pero presentan una mayor incidencia de rechazo agudo. La tasa de complicaciones infecciosas (enfermedad por CMV y nefropatía por virus BK) así como la supervivencia del paciente no son distintas entre los grupos. La función renal al año y la supervivencia del injerto son inferiores en los donantes en asistolia.

Tabla

Variable	ME	Asistolia III	P valor
N	155	70	0,000
Edad donante (años)	61±15	61±14	ns
Sexo donante (m/f)	78/77	50/25	0,02
Creatinina donante (mg/dL)	0,9±0,4	0,8±0,4	ns
Diabetes donante (%)	18%	9%	0,089
HTA donante (%)	51%	45%	ns
Biopsia donante (n, %)	102 (66%)	53 (76%)	ns
Glomerulosclerosis (S)	9±9	8±8	ns
Score histológico	3,5±1,6	3,8±1,6	ns
Edad receptor (años)	59±14	61±13	ns
Sexo receptor (m/f)	111/44	40/30	0,032
Tiempo diálisis (meses)	42±45	39±38	ns
PRA calculado (%)	12±29	10±26	ns
Incompatibilidad DR	1,1±0,6	1,3±0,7	ns
Tiempo isquemia fría (horas)	18±5	12±5	<0,001
Basiliximab/ATG	94/61	22/48	<0,001
Función retrasada (%)	32%	56%	<0,001
Rechazo agudo por biopsia (%)	9,7%	18,6%	0,037
Borderline/grado I/grado II	9/0/3	21/6/4	ns
Humoral	48%	47%	ns
Enfermedad CMV (%)	1,9%	1,4%	ns
Carga viral CMV máxima (log, sangre)	3,7±1,1	3,7±0,9	ns
Viremia BK virus (%)	17,4%	5,7%	0,017
Nefropatía BK (%)	1,9%	1,4%	ns
Carga viral BK máxima (log, sangre)	3,8±1,4	5,3±2,7	0,06
Nº ingresos hospital	0,9±1,2	1,1±1,4	ns
Creatinina 1 año (mg/dL)	1,5±0,6	1,7±0,9	ns
FCR-MDRD-4 1 año (ml/gir/L 73)	52±18	45±17	0,01
Supervivencia paciente 3 años (%)	95%	91,4%	ns
Supervivencia injerto 3 años (%)	92%	83%	0,03

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

618 INCREMENTO EN EL NÚMERO Y EDAD DE LOS DONANTES EN ASISTOLIA TIPO III EN EL TRASPLANTE RENAL

JM. CAZORLA LÓPEZ¹, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, J. WU¹, T. GARCÍA ALVAREZ¹, A. MORENO SALAZAR¹, A. GARCÍA GARCÍA-DONCEL¹, J. NARANJO MUÑOZ², C. ORELLANA CHÁVEZ², C. MINGUEZ MAÑANES¹, A. MAZUECOS BLANCA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

El incremento en el número de trasplantes renales (TR) en los últimos años está en gran medida relacionado con el aumento de injertos procedentes de donantes en asistolia tipo III (DA-III). Inicialmente se sugirió los 65 años como límite de edad en los DA-III, aunque es un tema en controversia.

Objetivo: Analizar la evolución de los TR de DA-III comparándolos con los TR de donante en muerte encefálica (DME).

Material y Métodos: En nuestro hospital se empezó a realizar este tipo de TR en 2010. Analizamos la evolución de los TR realizados desde 1-01-2010 a 31-12-2017 excluyendo los TR de donante vivo, donante

Resultados: Desde el 2010 el número de TR de DA-III se ha ido incrementando de forma que el 85% de estos TR se han realizado desde 2015. No encontramos diferencias en la edad y sexo del receptor, ERC-V, tipo y duración de tratamiento renal sustitutivo preTR, número de TR, compatibilidad HLA y PRA. El sexo y edad del donante fue también similar (DME 59.1±12; DA-III 60.4±9 años); el 35.7% de los DME y el 44% de los DA-III eran >65 años. Sí hubo diferencias en la isquemia fría (DME 19,9±6; DA-III 16.2±7 horas; P=.000), creatinina al tercer mes (P=.018) y tiempo de seguimiento postTR (DME 44±28; DA-III 19±22 meses; P=.000). La supervivencia de paciente e injerto fueron similares globalmente y estratificando por edad del donante (<65 y >65 años). Para evitar las limitaciones derivadas de la diferencia en el tiempo de seguimiento, comparamos los TR de DA-III (N=57) con los TR de DME realizados inmediatamente antes y después (N=114). No hubo diferencias en ninguna de las variables antes referidas. La supervivencia de injerto y paciente fueron similares, pero al analizar por grupos de edad del donante, la supervivencia del injerto de DA-III > 65 años fue peor (P=.049). En el análisis de Cox la DA-III > 65 años se mantuvo como factor de riesgo.

Trasplante renal DME vs DA-III: evolución pos-TR			
N	DME (442)	DA-III (57)	P
Isquemia fría (horas)	19,9±6	16,2±7	0,000
Primer TR	386 (87,5%)	51 (89,5%)	0,671
T seguimiento (meses)	44±28,5	29±22,1	0,000
Rechazo agudo	8,4%	6,1%	0,782
DGF	45,5%	61,6%	0,036
Crp (mg/dl)			
3 ^o mes	1,7±0,8	2±0,9	0,018
1 ^o año	1,6±1,2	1,7±0,7	0,559
3 ^o año	1,4±0,8	1,4±0,5	0,863
5 ^o año	1,3±0,9	1,5±0,8	0,540
Proteinuria (mg/24h)			
3 ^o mes	79 [28,212]	88 [39,250]	0,269
1 ^o año	54 [14,173]	90 [27,239]	0,171
3 ^o año	43 [8,210]	47 [23,186]	0,583
5 ^o año	29 [4,166]	59 [22,300]	0,234

Conclusiones: El número de DA-III ha incrementado de forma muy importante en los últimos años teniendo el 44% de ellos más de 65 años. Aunque el número de casos es limitado, en nuestra experiencia la supervivencia del injerto con DA-III > 65 años es inferior a la de DME, por lo que deben ser valorados cuidadosamente.

619 SUPERVIVENCIA EN EL TRASPLANTE HEPATORRENAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

E. MONTAGUD¹, A. MOLINA¹, M. XIPELLI¹, JV. TORREGROSSA¹, R. GELPI¹, GJ. PIÑEIRO¹, J. COLMENERO², F. DIEKMANN¹, F. OPPENHEIMER¹, N. ESFORZADO¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA); ²IC-MDM. UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: El trasplante hepático y renal (THR) tiene como objetivo mejorar la supervivencia de pacientes con enfermedad hepática y renal en fase terminal. El primer THR en nuestro centro se realizó en el 1993, y hasta marzo de 2018 se han llevado a cabo 89 trasplantes (86 pacientes).

El objetivo de este trabajo es describir los resultados del programa de THR con motivo del 25^o aniversario del primer trasplante combinado en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes sometidos a THR en nuestro centro, desde el 1993 hasta marzo de 2018. Se analizó la supervivencia del paciente y del injerto renal a 1, 5, 10, 15 y 20 años post-THR. El riesgo inmunológico de los receptores se evaluó mediante crossmatch por citotoxicidad (CDC) y/o crossmatch por citometría de flujo (CF) y detección de anticuerpos anti-HLA donante específicos (DSAs).

Resultados: Veinte pacientes (22,4%) en el momento del trasplante tenían un riesgo inmunológico alto definido por positividad para el crossmatch por CDC y/o por CF (n=10), y/o por presencia de DSAs (Crossmatch virtual positivo, n=10). Sólo tres pacientes presentaron rechazo agudo humoral (RAH) entre 1 y 3 semanas post-THR, de los cuales solamente uno precisó tratamiento con recambios plasmáticos y rituximab, con buena respuesta. Los dos restantes negativizaron los DSAs y normalizaron las alteraciones histológicas renales espontáneamente. Un cuarto paciente con DSAs pre-THR, tras 6 años del mismo, presentó un RAH en contexto del tratamiento anti-VHC y solamente con el incremento de la dosis de tacrolimus la evolución fue correcta.

La supervivencia al año, 5 años, 10 años, 15 años y 20 años fue, para el paciente, del 88%, 77%, 70%, 45%, 33%, y para el injerto renal del 85%, 69%, 59%, 45%, 33%, respectivamente. A pesar de la alta proporción de pacientes de alto riesgo inmunológico, ningún paciente presentó pérdida renal por rechazo, siendo la principal causa de pérdida la muerte del paciente.

Conclusión: En nuestra experiencia, el THR se asocia a una baja incidencia de complicaciones inmunológicas a nivel del injerto renal, hecho que apoya el efecto protector del hígado sobre éste en el THR. El THR ofrece unos resultados de supervivencia buenos, comparables a los descritos en la literatura.

620 TUMORES MÚLTIPLES EN LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

OJ. GONZALEZ AROSTEGUI¹, PL. MARTIN-MORENO¹, CI. ALFARO SANCHEZ¹, MA. ROJAS-FERNANDEZ¹, FJ. LAVILLA ROYO¹, N. GARCIA-FERNANDEZ¹, P. ERRASTI GOENAGA¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA (ESPAÑA))

Introducción: El cáncer es, junto con las enfermedades cardiovasculares, la causa más frecuente de mortalidad en el trasplante renal (TR) con injerto funcionante, con alguna frecuencia son múltiples.

Objetivo: Valorar la prevalencia de tumores múltiples en paciente con TR. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la prevalencia de tumores múltiples en 944 pacientes con TR, realizados entre los años 1970 y 2015, funcionantes mas de 3 meses. Seguimiento de 2,5 a 44 años. Se excluyeron los tumores cutáneos no melanoma. En los 944 TR, se diagnosticaron 127 tumores, presentando 13 pacientes (1,37%) cánceres múltiples. Se valoraron las historias de los 13 pacientes mencionados (datos antropológicos, fecha de TR, intervalo entre TR y diagnóstico, etc.).

Resultados: La prevalencia de cáncer múltiple fue de 13 casos. Todos ellos eran TR de cadáver, correspondiendo a 10 varones y 3 mujeres con edades al TR de 20 - 68 años. En 11 casos sucedió con el primer TR y en 2 casos tras segundo y tercer TR. La asociación más frecuente fue la de pulmón en 4 casos (asociada a riñón en 2, a vejiga en 1 y base de lengua 1). En 3 pacientes fue linfoma (asociado a seminoma bilateral, útero y estómago). En 2 casos cáncer de riñón y próstata, en uno de estómago y colon y en uno de riñón y neuroendocrino intestinal. De los 26 tumores, el segundo tumor se diagnosticó entre 1-5 años del TR, entre 5-10 años (n=5) y entre 10-26 (n=15). Fallecieron por cáncer con TR funcionante 6 pacientes (5 de ellos entre 10-26 años del TR y uno en hemodiálisis sin relación con el tumor). La causa de la muerte se asoció fundamentalmente al cáncer de pulmón en tres ocasiones, uno al linfoma y otro al colon respectivamente. Tienen TR funcionante actual 5 pacientes con función estable (3 de ellos con imTOR). Un paciente fue trasplantado tras la curación del linfoma.

Conclusiones: La incidencia de cánceres múltiples es frecuente tras el TR y tiene una alta mortalidad. La inmunosupresión prolongada y los años de trasplante facilitan su aparición. El diagnóstico y tratamiento precoz, junto con la individualización del tratamiento, podría disminuir la mortalidad por cáncer en TR.

621 TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (TRS) EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA) TRAS TRASPLANTE PULMONAR (TXPL)

ML. SERRANO SALAZAR¹, L. MEDINA ZAHONERO¹, C. CONTRERAS LORENZO¹, B. SANCHEZ SOBRIÑO¹, M. AGUILAR PEREZ², P. LÓPEZ SÁNCHEZ², D. JANERIO MARÍN³, M. VALDENEIRO RECIO³, MP. USETTI GIL⁴, JM. PORTOLÉS PÉREZ⁵

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MAJADAHONDA (MADRID); ²NEUMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MAJADAHONDA (MADRID); ³NEUMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MAJADAHONDA (MADRID); ⁴NEUMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MAJADAHONDA (MADRID)

Introducción: La mejor supervivencia de los TxPL facilita la aparición de ERC por toxicidad Tacro (ICN), que progresa a TRS.

Material y métodos: Observacional retrospectivo con inclusión de todos los pacientes que reciben TRS tras TxPL. No disponemos de publicaciones nacionales ni guías de referencia.

Resultados: Serie de 18 pacientes (44,43 años) que reciben TxPL por fibrosis quística (7) y enfisema (6) u otras causas, que tras éste desarrollan ERC secundaria a toxicidad por ICN de forma mayoritaria. Tiempo medio desde TxPL hasta TRS es de 9,16 años, 1 inicia en DP; 17 en HD, ningún TxR en situación de prediálisis. Un paciente pasa de HD a DP por elección y uno de DP pasa a HD por fuga inguinal.

En HD, en 10 de 16 pacientes sufren trombosis de fistula arteriovenosa (FAV) nativa y protésica que requieren en su mayoría cateter tunelizado y 2 de 16 infección del acceso vascular.

De estos pacientes 8 reciben Tx Renal (TxR) tras una espera media en lista de 1,33 años. Reciben TxR de DME (5) y cDCD (3). El resto de pacientes no se incluyen en lista de espera por: tumor, compromiso vascular, capacidad pulmonar límite y negativa del paciente. La pauta de IS incluyó una iinuducción adaptada a tipo de donante, antecedentes oncológicos y pauta previa para TxPL. En un caso se cambia Tacrolimus por Everolimus y en uno Tacro+ Pred, resto triple terapia. Un caso falleció tras Tx R por infección e insuficiencia respiratoria del injerto pulmonar. Resto buena evolución (un DGF y resto función inmediata). Cr al alta: 1.6 , 3 m: 1.35 y 12 m: 1.04 mg/dl. Ningún episodio de rechazo agudo renal y sólo un episodio de rechazo agudo pulmonar grado III. Uno vuelve a HD tras 42 meses, resto vivos con TxR funcionante. Se recogen varios casos de infecciones virales: replicación VEB (2) CMV (1) BK (2). La paciente que volvió a HD ha sido re-trasplantada tras el cierre de la base de datos y tiene un nuevo injerto funcionante.

Conclusiones: la incidencia de ERCA en los pacientes con TxPL está aumentando en los últimos años por su mayor supervivencia. En general, rápida progresión a ERCA por lo que la preparación para TRS debe ser planificada precozmente. Se debe tener en cuenta antecedentes y características fenotípicas al elegir la técnica de TRS. Evaluar precozmente para TxR con adaptaciones del estudio pre-Tx y de IS. Nuestra experiencia resulta prometedora, aunque necesitamos estudios cooperativos de mayor potencia.

622 COMPARATIVA DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA RESPECTO A DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

E. BURGOS GARCÍA¹, J. JUEGA MARIÑO¹, M. PEREZ MIR¹, L. CAÑAS SOLÉ¹, R. LAUZURICA VALDE-MOROS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (ESPAÑA)

Introducción: Comparativa entre programa de donación en asistolia controlada (DAC), implantado en nuestro centro desde octubre de 2014 con programa donante Muerte Encefálica (ME) en el mismo periodo de tiempo. Analizamos características de donantes, receptores y evolución de trasplantes durante los 3 primeros años.

Material y métodos: Entre Octubre de 2014 y Octubre de 2016 se realizaron en nuestro centro 41 trasplantes renales de DAC y 88 trasplantes de donantes en ME. Comparamos los datos de evolución a 3 años en sus diferentes variables y subgrupos.

Resultados: No encontramos diferencias entre la edad media de los donantes de trasplante DAC vs. ME (62±13 años vs 60 ± 12 años). Si un mayor porcentaje de diabetes en el grupo DAC (31.7% vs 19%), así como una mayor proteinuria (519 ± 440 mg/día vs 118 ± 375 mg/día). Respecto a los receptores encontramos también mayor porcentaje de diabetes en el grupo de DAC (31% vs 18%), sin diferencias en otros factores de riesgo cardiovascular. Mayor tasa de DSA pre trasplante en ME vs DAC (4.2% vs 1.5%) sin diferencias en DSA de novo (21% vs 20.5%). Inducción con timoglobulina en el 80% de DAC vs 56.1% de ME.

Mayor tiempo de isquemia fría (TIF) en el grupo de ME respecto a DAC (20 ± 5 h vs 7 ± 4 h), siendo DAC los que presentaron una mayor tasa defunción retardada del injerto (DGF) 39.7% vs 18.5%. Respecto a la evolución de la función renal, sólo se encontraron diferencias en los valores obtenidos al día 7 (Fge DAC 23 ± 20 vs ME 30 ± 21), sin observarse diferencias significativas en cuanto a creatinina, Fge ó proteinuria a 1,6,12, 18 ó 30 meses post-trasplante. Tendencia hacia peor función renal y mayor proteinuria en los receptores DAC, teniendo en cuenta que se trata de un corte poco representativo 4 vs. 20. (Cr 1,5 ± 0,4 vs. 2,5 ± 0,9 mg/dl, Fge 56 ± 21 vs. 23 ± 10 ml/min, proteinuria 470 ± 281 vs 980 ± 880).

Conclusiones: A pesar de mayor función retrasada del injerto en los receptores de DAC, posteriormente no se observan diferencias significativas en relación a la función del injerto tras 30 meses de seguimiento. Si cierta tendencia no representativa de peor función renal en receptores de DAC a 36 meses, requiriendo más tiempo de seguimiento para consolidar estos resultados.

623 LA TASA DE TRASPLANTE SE MANTIENE EN EL TIEMPO A EXPENSAS DEL AUMENTO DE LA EDAD DE LOS RECEPTORES

E. ESQUIVIAS DE MOTTA¹, ML. AGÜERA MORALES¹, MV. PENDÓN RUIZ DE MIER¹, FM. AMARAL NEIVA¹, A. RODRIGUEZ BENOT¹, P. ALJAMA GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFÍA (CÓRDOBA. ESPAÑA.)

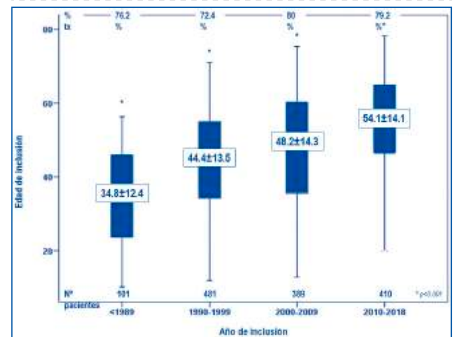
Introducción: Los pacientes incidentes en diálisis son cada vez mayores y con más comorbilidad, lo que a priori les limita la posibilidad de recibir un injerto renal. Por otro lado, se ha aumentado el pool de donantes gracias a la asistolia y el donante de criterio expandido (DCE). El objetivo de nuestro trabajo es analizar la edad de los receptores y la tasa de trasplantes a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Recogimos todos los episodios de inclusión en LE desde 1979 hasta febrero de 2018, seleccionando el primer episodio de inclusión de cada paciente. Definimos el periodo de seguimiento hasta el trasplante, fallecimiento o fin de seguimiento (incluido/excluido de lista de espera). Analizamos edad y tasa de trasplante estratificando por décadas.

Resultados: En los últimos 39 años hay 2083 inclusiones. Seleccionamos 1381 pacientes que se incluyen por primera vez en LE, cuya edad media en el momento de la inclusión es de 47.6±14.8 años. De ellos, el 76.7% reciben un injerto renal (1061 pacientes), el 2.5% fallecen en LE (35 pacientes). 42 pacientes siguen incluidos (3%) y 244 se excluyen de LE sin llegar a recibir un injerto (17.6%). La edad de inclusión en lista ha ido en ascenso a lo largo del tiempo. Los mayores de 60 años se trasplantan antes (7 vs 30 meses de media). Al incluir DCE (año 2000) observamos un incremento de la tasa de trasplantes (8%) que se mantiene en la actualidad.

Conclusión: La inclusión de pacientes de más edad en lista de espera ha permitido mantener la tasa de trasplante a lo largo del tiempo. No debe descartarse iniciar el estudio pre-trasplante únicamente por criterio de edad.

Figura.



624 ¿ES POSIBLE EL USO DE UN SCORE CLÍNICO PARA PREDECIR LOS RESULTADOS POSTRASPLANTE EN DONANTES >70 AÑOS?

R. MIRANDA HERNÁNDEZ¹, P. RACIONERO GONZÁLEZ¹, MO. LÓPEZ-OLIVA¹, M. VACA GALLARGO¹, M. FERREIRA BERMEJO¹, ME. GONZÁLEZ GARCÍA¹, R. SELGAS GUTIÉRREZ¹, C. JIMÉNEZ MARTÍN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: La decisión de implantar un injerto renal procedente de un donante extremo (edad >70 años) se basa, habitualmente, en las características clínicas del donante, función renal, aspecto macroscópico del injerto y estudio histológico (si disponible), no contando en la actualidad con un score clínico aceptado. Existen scores clínicos que ayudan a decidir el implante de riñones, ninguno de ellos validado para la población española.

Objetivos: Evaluar los trasplantes renales de donantes extremos realizados en nuestro centro entre 2008 y 2016, y a partir de factores de riesgo ya descritos en la literatura, elaborar un score clínico que ayude a predecir los resultados a medio plazo posttrasplante.

Métodos: Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas. El score propuesto se realiza sumando las puntuaciones de las variables que se muestran en la tabla 1. Se categorizan los resultados según grupos (score ≥6vs.<6).

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes; 23 recibieron injertos con score <6 y 19 con score ≥6. Los injertos con score ≥6 provenían de donantes mayores (74,39±3,34vs.76,4±2,6;p=0,04), con más HTA (78,9%vs.34,8%p=0,004), más DM (21%vs.0%;p=0,02) y con mayor tiempo de isquemia fría (17,8±3,8vs.14,3±4,5;p=0,01). Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a función renal al año, complicaciones quirúrgicas a los 6 meses ni infecciones. La supervivencia del paciente (85,5%vs.76,4%) y del injerto (69,3%vs.61,1%) a los 5 años se mostró superior en los injertos con score <6 que ≥6, aunque no alcanzó la significación estadística.

Conclusiones: El score clínico propuesto no predice los resultados a corto plazo del trasplante. La inclusión de más pacientes en otro estudio podría confirmar la tendencia de mejor supervivencia a medio plazo en los injertos con scores más bajos. Se debe considerar como una herramienta de ayuda en la decisión del clínico.

Tabla 1. Score Paz

	0	1	2	3
Edad donante	< 60	60-69	70-74	≥ 75
Creatinina	< 1 mg/dl	1-1,2 mg/dl	≥ 1,2 mg/dl	
HTA donante	No	HTA con 1 fármaco	con ≥ 2 fármacos	DM ≥ 10 años
Diabetes mellitus donante	No	DM < 10 años		
Tipo donante	Cadáver	Asistolia controlada	Asistolia no controlada	
Causa éxitus	Traumática	No Traumática		
Tamaño renal	< 9 cm	≥ 9 cm		
Número de arterias renales	1	2 o más		
Número de venas renales	1	2 o más		
Placas de ateroma arteria renal	No	Si		
Tiempo de isquemia fría	< 12 horas	12 – 20 horas	> 20 horas	
Incompatibilidades HLA	5 o menos	6		

625 DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL SIN NEUROCIROLOGÍA: HOSPITAL DR. PESET

A. SANCHO CALABUIG¹, E. GAVELA MARTÍNEZ¹, J. KANTER BERGA¹, M. SARGSYAN¹, AI. AVILA BERNABEU¹, S. BELTRÁN CATALÁN¹, P. MOLINA VILA¹, JF. CREPO ALBIACH¹, LM. PALLARDÓ MATEU¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET (VALENCIA)

Introducción: La escasa actividad trasplantadora en la Comunidad Valenciana, motivó la puesta en marcha del programa de trasplante del Hospital Dr. Peset en 1996. La ausencia de Neurocirugía, la remisión de los pacientes neuroquirúrgicos a otros centros y la escasa generación en nuestro centro, ha condicionado la evolución del programa.

Objetivos: Analizar la evolución del programa desde 1996 hasta la fecha actual y los más de 1000 trasplantes realizados.

Desarrollo: Se han realizado 1030 trasplantes hasta el 30 de marzo 2018. Se ha producido un incremento progresivo de la actividad desde 30 trasplantes de media/año los primeros 5 años, hasta llegar a 60 a partir del 2014 y 78 en 2017, con un seguimiento medio de más de 8 años. De los trasplantes realizados: 88,8% de los donantes fueron en muerte encefálica, 2,3% de asistolia no controlada (DA), 2,6% de asistolia controlada (DAC), 4,1% de bloque pediátrico (BP) y 2,1% de donante vivo (DV). En 2018 hemos iniciado el trasplante con riñones de riesgo no estándar con excelentes resultados (3 trasplantes con donantes con VHC positivo). Se han realizado 42 trasplantes renales BP, con supervivencia a 5 años similar a trasplantes con donantes óptimos, destacando su mayor exigencia desde el punto de vista quirúrgico y mayor incidencia de trombosis posttrasplante. Los resultados del trasplante con DA se siguieron de elevada tasa de fracaso precoz, lo que ha condicionado nuestro uso restrictivo en este tipo de donantes. Al contrario, los resultados con DCC han sido satisfactorios con supervivencia similar a la de donantes con criterios expandidos (DCE) convencionales. Se han realizado 22 trasplantes de DV con excelente supervivencia de injerto y paciente. En cuanto a los DCE, que suponen la mitad de nuestra actividad, en los últimos años se ha incrementado el número de donantes con criterios muy expandidos (>80 años) con resultados irregulares, aunque ha permitido el trasplante de receptores mayores (>75 años). La supervivencia media del injerto no censurada es 89,6% al año, 79,4% a los 5 y 63,4% a 10 años. La supervivencia del paciente fue de 97,8% al año, 92,3% a los 5 y 83,6% a 10 años.

Conclusiones: Las limitaciones de nuestro programa de trasplante, han favorecido la utilización de donantes diferentes al de muerte encefálica convencional con resultados satisfactorios. Esto no hubiera sido posible sin un equipo multidisciplinar implicado al máximo en el desarrollo del programa.

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

626 ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES Y LOS HALLAZGOS DE LAS BIOPSIAS DE INJERTO RENAL. RESULTADOS DE 5 AÑOS

JM. CAZORLA LÓPEZ¹, J. NARANJO MUÑOZ¹, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, A. MORENO SALAZAR¹, C. NARVÁEZ MEJÍAS¹, J. TORRADO¹, C. ORELLANA CHAVEZ¹, M. MONTERO ESCOBAR¹, J. WU¹, M. CEBALLOS GUERRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: La biopsia renal (BR) es técnica fundamental en el estudio de la patología del injerto renal y uno de los procedimientos que más ha contribuido al conocimiento de las enfermedades renales. Su empleo es frecuente en todo el proceso que comprende el trasplante renal, desde el postoperatorio hasta el seguimiento en consultas. En nuestro servicio los nefrólogos llevamos realizando biopsias renales de injerto renal ecodirigidas desde 2011 sin necesidad de intervención por parte de profesionales de otros servicios.

Objetivo: Describir los motivos y los diagnósticos histológicos obtenidos tras la realización de las biopsias de injerto renal.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las BR de injerto realizadas en nuestro servicio entre los años 2013 y 2017. Analizamos los parámetros de edad, sexo, creatinina sérica, función renal (FR) por CKD-EPI, tiempo transcurrido desde el trasplante, motivo de biopsia, diagnóstico histopatológico y cilindros y glomérulos extraídos.

Resultados: Se realizaron 260 BR de injerto en el periodo de estudio. El procesamiento de las muestras y su clasificación se realizó según la clasificación BANFF. El motivo de biopsia principal fue función renal retardada (FRR) (71, 27,3%), seguida de la función renal no normalizada (FRNN) (42, 16,15%) y del deterioro de la función renal (31, 11,92%). Los diagnósticos histopatológicos obtenidos fueron en primer lugar FIAT (40, 15,38%) seguido por NTA (39, 15%), glomerulopatía del trasplante (30, 11,53%) y rechazo agudo celular (27, 10,38%). En datos desagregados, los diagnósticos obtenidos en las BR realizadas debido a FRR fueron en primer lugar NTA (37, 52,1%) seguida de lejos por muestra sin hallazgos significativos (6, 8,45%). En relación a los hallazgos obtenidos por el motivo FRNN fueron rechazo agudo celular (10, 23,8%) seguido de FIAT (9, 21,42%).

Conclusión: El principal motivo de realización de BR fue FRR, dando como principal resultado NTA. La realización sin intervención de otros especialistas (radiólogos, urólogos) nos ha llevado a la llamada autogestión, permitiéndonos una reducción de tiempos, un preoz diagnóstico y una mayor independencia.

627 RESULTADOS DE TRASPLANTE SIMULTÁNEO PÁNCREAS Y RIÑÓN TRAS 9 AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

M. SÁNCHEZ-JÁUREGUI CASTILLO¹, M. NOGUERAS CABRERA¹, A. TYSZKIEWICZ¹, J. MARTÍN CENTELLAS¹, G. GONZÁLEZ ZHINDÓN¹, G. TABERNEIRO FERNÁNDEZ¹, JL. LERMA MÁRQUEZ¹, E. RUIZ FARRERAS¹, P. FRAILE GÓMEZ¹, P. GARCÍA COSMES¹

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

Introducción: El trasplante combinado reno pancreático es la mejor opción terapéutica para pacientes con diabetes insulino dependiente e insuficiencia renal crónica. Presenta mayor tasa de complicaciones posquirúrgicas, pero mejores resultados a largo plazo, en pacientes con más comorbilidades. Está comprobado, en grandes series, un aumento de la supervivencia y mejora de la calidad de vida. El trasplante de páncreas, simultáneamente al renal, permite un adecuado control glucémico, menor aterosclerosis y menor progresión, e incluso reversión, de lesiones de órgano diana. Esto se traduce en mayor supervivencia de paciente y de injerto renal. Objetivo: Evaluar los resultados obtenidos tras 9 años de programa de trasplante páncreas-riñón en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a trasplante páncreas-riñón desde 2009 a 2018. Se evalúan variables demográficas de donantes y receptores, y la evolución a largo plazo de los injertos. Se definió fallo renal como la necesidad de reiniciar programa de diálisis crónica, y fallo pancreático como la necesidad de aportes de insulina. La asociación entre las variables estudiadas se estudió mediante X², t de student o U de Mann-whitney. Resultados: Durante el periodo estudiado ingresaron en nuestra unidad 59 pacientes para realización de trasplante simultáneo páncreas-riñón. La edad media de los receptores fue de 40,48 ± 7,75. 4 (6,7%) estaban en prediálisis; 38 (64,4%) en hemodiálisis; 17 (28,8%) en diálisis peritoneal. En 27 (46,6%) la causa de la muerte del donante fue traumatismo craneoencefálico. El tiempo de isquemia fría pancreática fue de 11 horas 20 minutos ± 2 horas, y el renal de 14 horas 30 minutos ± 2 horas y 15 minutos. A 31/12/2017 se han producido 2 exitus, lo mantiene una supervivencia del paciente de 96,61%. Presentamos 9 fallos de injerto renal y 6 del injerto pancreático, lo que se traduce en una supervivencia del 84,74% y 89,83% respectivamente. En 4 de los fallos renales y en uno de los pancreáticos, se consiguió retransplante de nuevo injerto con buena evolución posterior. Las distintas medias de creatinina sérica y hemoglobina glicada en distintos periodos de tiempo los presentamos en la tabla adjunta. De las variables estudiadas, no se encontró asociación entre ninguna de ellas y la aparición de fallo de injertos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en un programa relativamente joven presentan tasas de supervivencia tanto de los pacientes como de los injertos similares a las observadas en las grandes series. El escaso número de fallos de injerto hace que el estudio estadístico no muestre predictores dentro de las variables estudiadas.

■ Tabla.

Creatinina sérica al año:	1,15±0,31 mg/dl
HbA1C al año:	5,33±0,48 %
Creatinina sérica a los 5 años:	1,22±0,29 mg/dl
HbA1C a los 5 años:	5,41±0,37 %
Creatinina sérica en diciembre de 2017:	1,19±0,28 mg/dl
HbA1C en diciembre de 2017:	5,32±0,37 %

628 TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES HIPERSENSIBILIZADOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE INTERCAMBIO PATHI (PROGRAMA DE ACCESO AL TRASPLANTE DE HIPERINMUNIZADOS): RESULTADOS DE UN CENTRO

L. PÉREZ TAMAJÓN¹, A. FRANCO MASIDE², D. MARRERO MIRANDA¹, M. MACÍJA JEREZ³, A. ALVAREZ GONZALEZ³, C. RODRIGUEZ ADANERO¹, A. GONZÁLEZ RINNE¹, A. RODRIGUEZ HERNANDEZ¹, E. BONIS REDONDO¹, A. TORRES RAMÍREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA. TENERIFE), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA. TENERIFE), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA CANDELARIA (SANTA CRUZ TENERIFE)

Introducción: En junio de 2015 se inició el programa PATHI (Programa Acceso al Trasplante de Pacientes Hiperinmunizados), basado en el intercambio y asignación de órganos mediante cross-match virtual (CM-V) a pacientes con un porcentaje de reactividad frente a panel (PRA) calculado (c-PRA) ≥ 98%, cuyas posibilidades de trasplante (TxR) eran muy bajas antes de su puesta en marcha.

Material y Método: Descripción de los resultados del programa PATHI en nuestro Centro a 1, 6, 12 y 18 meses.

Resultados: Se han trasplantado 7 pacientes (5 en el programa PATHI y 2 en un programa regional de intercambio para pacientes con c-PRA ≥ 85%), de ellos 3 V y 4 M, edad media 50,1 ± 11,6 años (rango 29-62). El 85,7% eran re-trasplantes (4 segundos TxR y 2 terceros TxR) y la media del tiempo en diálisis fue de 7,07 ± 8,4 años (rango 1,4- 25,3). En todos se realizó CM por CDC en el momento del TxR, requiriéndose resultado negativo para proceder al mismo. El tiempo de isquemia fría medio fue de 19,4 ± 6,5 horas. El tratamiento inmunosupresor (TIS) de inducción consistió en Rituximab los días +1 y +7, plasmaféresis seguidas de inmunoglobulinas intravenosas (días +3,+5,+7) y ATG; el TIS de mantenimiento se realizó con prednisona, tacrolimus y MMF/MPA. El 71,4% (5/7) presentaron función inmediata del injerto, con creatinina media al mes: 1,74 ± 1,54 mg/dl, a los 6 m: 1,24 ± 0,37 mg/dl, al año: 1,57 ± 0,74 mg/dl, a los 18 m: 2,2 ± 1,2 mg/dl. Sólo 1 paciente presentó un rechazo agudo humoral (RAH), resuelto con tratamiento al mes del TxR; otro paciente desarrolló un rechazo crónico mediado por anticuerpos al año y en otro caso esta sospecha clínica no pudo demostrarse por biopsia por la presencia de trombopenia severa. Ocurrieron complicaciones infecciosas graves en 2 pacientes (2 sepsis urinarias, nocardiosis pulmonar y artritis séptica); en ambos casos se redujo el TIS y ambos perdieron el injerto (1 a los 3m y otro a los 18m del TxR). Hubo 2 casos de leucotrombopenia en el 1º m post-TxR y 2 hemorragias perioperatorias resueltas conservadoramente. A los 18 m, la supervivencia del paciente fue del 71,42% (1 paciente falleció a los 8 m por neumonía bilateral - había perdido el injerto a los 3m- y otro falleció a los 13 m por IAM, con injerto funcionante); la supervivencia del injerto censurada para muerte fue asimismo del 71,42%.

Conclusiones: El programa PATHI ha permitido el acceso al TxR a pacientes hiperinmunizados con PRA ≥ 98%, con buen resultado en cuanto a función del injerto y muy baja tasa de RAH, aunque ha habido complicaciones infecciosas graves en 2 pacientes, que han condicionado pérdida del injerto al bajar el TIS, si bien estos resultados están limitados por el bajo número de casos.

629 SUSPENSIÓN DE ESTEROIDES EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL ESTABLE

M. RENGEL¹, A. VEGA¹, S. ABAD¹, U. VERDALLES¹, E. VERDE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: Los glucocorticoides son antiinflamatorios potentes con efectos inmunosupresores, utilizados como terapia de mantenimiento en el trasplante renal. Disminuyen la interleucina 2 y bloquean la migración de macrófagos. Se usan para disminuir el riesgo de rechazo agudo. Se asocian a efectos secundarios sobre el metabolismo de la glucosa y los lípidos. Analizamos el impacto de la terapia inmunosupresora de mantenimiento libre de esteroides en la supervivencia del injerto y del paciente a corto y mediano plazo y la prevalencia de eventos cardiovasculares y metabólicos en pacientes con trasplante renal estable.

Material y métodos: De un total de 480 pacientes en seguimiento, a 190 pacientes, 51% varones, con tiempo de trasplante de 84 meses con rango de 1 a 120 meses se les suspendió los esteroides. La etiología de la insuficiencia renal era: Glomerulonefritis 25%, Diabetes Mellitus 15%, Poliquistosis 14%, Nefropatía túbulointersticial 22%, Vascular 6%, Otras 7%, No filiada 11%. Los pacientes recibían Prednisona en dosis de 5 a 10 mg, Ciclosporina 50 a 150 mg, Tacrolimus 0,5 a 7 mg, en asociación con Micofenolato Mofetilo 250 a 2.000 mg, Micofenolato sódico de 360 a 720 mg y Everolimus 1 a 4 mg. Se realizó inducción en el 58% de pacientes: 48% con anticuerpos monoclonales y 10% con anticuerpos policlonales (ATG-Fresenius). Se les suspendió gradualmente los esteroides, quedando algunos con monoterapia.

Resultados: La creatinina basal era de 1,5±0,6 mg/dl y a los 7 años de seguimiento 1,4 ±0,5 mg/dl. No presentaron rechazo agudo tras la retirada de esteroides. La glucemia basal 128±50 mg/dl y 120±40 mg a los 90 meses. El porcentaje de diabetes postrasplante fue del 1,3% en pacientes sin esteroides y 14% en mantenimiento con esteroides. Los lípidos disminuyeron tras la retirada de los esteroides aunque sin diferencia significativa. El peso se mantuvo estable. La tensión arterial disminuyó, sin diferencia significativa. El porcentaje de eventos cardiovasculares fue del 7,1% en pacientes sin esteroides y 20% en pacientes que los mantuvieron.

Conclusiones: Los esteroides se pueden retirar en un gran número de pacientes portadores de un trasplante renal estable y permite disminuir la comorbilidad y sus consecuencias adversas en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes.

630 TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CON EVEROLIMUS (EVE) ASOCIADO A TACROLIMUS (TAC) EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

M. RENGEL¹, S. ABAD¹, A. VEGA¹, U. VERDALLES¹, E. VERDE¹

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

Introducción: La inmunosupresión con EVE, un inhibidor de la señal de proliferación se utiliza en combinación con inhibidores de la calcineurina (ICN) en receptores de trasplante renal. Con esta asociación se consigue buena función del injerto al disminuir la exposición a ICN. La disminución de la dosis de TAC mantiene la eficacia y se conserva la función renal. Presentamos los resultados de nuestra experiencia con la asociación de EVE más TAC en pacientes portadores de trasplante renal a los que se le suspendió Micofenolato (M).

Material y Métodos: Desde octubre de 2012, a 80 pacientes portadores de trasplante renal de donante fallecido (45 hombres y 35 mujeres) con edad de 55 +/- 10 años y con 10 años de seguimiento, se les cambió el esquema inmunosupresor de TAC+M a TAC+EVE. El tratamiento inmunosupresor de base se cambió abruptamente, suspendiéndose M. EVE se inició con dosis de 1 mg dividido en dos dosis diarias y la concentración sanguínea se mantuvo entre 3 a 5 ng/ml y TAC entre 4-6 ng/ml.

Resultados: La función renal mejoró en 90% de los pacientes, después de iniciar TAC+EVE con creatinina plasmática de 1,7 mg/dl, 10% permanecieron sin cambios. No desarrollaron proteinuria. No hubo cambios significativos en el metabolismo lipídico ni en las necesidades Estatinas, Eritropoyetina y de Inhibidores de la Angiotensina.

Conclusiones: El tratamiento inmunosupresor con EVE+TAC en reemplazo de TAC+M en portadores de trasplante renal mejora la función del injerto y no afecta el metabolismo lipídico.

631 TRASPLANTE RENAL CON DONANTE EN ASISTOLIA (DA): EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

M. RENGEL¹, U. VERDALLES¹, A. VEGA¹, S. ABAD¹, E. VERDE¹

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

Introducción: Los riñones de donantes en asistolia (DA) ha despertado el interés de algunos programas de trasplante por este tipo donantes para aumentar el número de trasplantes renales. Analizamos la evolución y resultados de los trasplantes renales realizados en nuestro Hospital con los DA.

Pacientes y Métodos: Sesenta pacientes se trasplantaron con riñones procedentes de DA, 40 con tipo II y 20 con tipo III de Maastricht. Este grupo se comparó con receptores de donantes con corazón latiente (DCL) con edad, sexo, número de trasplantes y HLA semejantes. La inmunosupresión se realizó con Prednisona, Tacrolimus y Micofenolato. La inducción se hizo con ATG-Fresenius o Basiliximab. Las crisis de rechazo agudo se trataron con bolos de Metilprednisolona. ATG-Fresenius se utilizó en rechazos corticorresistentes.

Resultados: La función retardada del injerto fue más frecuente en DA en comparación con los DCL. La concentración de creatinina plasmática fue significativamente mejor en los DA 1,6 mg/dl versus 1,8 mg/dl. La supervivencia del injerto fue de 84% a los cinco años en DA y 85% en DCL. La supervivencia de los pacientes fue del 100% en ambos grupos. La hospitalización de los receptores de DA fue más prologada y necesitaron más sesiones de hemodiálisis. Las crisis de rechazo agudo fueron más frecuentes en DA.

Conclusiones: Los trasplantes realizados con DA tienen función renal y supervivencia semejantes en comparación con los DCL. Los DA pueden contribuir a aumentar los trasplantes renales.

632 GRUPO SANGUÍNEO Y SEXO EN DONANTES Y RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

P. GALINDO SACRISTÁN¹, A. PÉREZ MARFIL¹, JM. OSORIO MORATALLA¹, E. PEREIRA PÉREZ¹, R. LEIVA ALONSO¹, JD. LÓPEZ-GONZÁLEZ GILA¹, E. CLAVERO GARCIA¹, MC. RUIZ FUENTES¹, C. DE GRACIA GUINDO¹, A. OSUNA ORTEGA¹

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

Introducción: En pacientes con Enfermedad renal crónica en Diálisis, la distribución respecto al Grupo sanguíneo (GS), es similar a la población general. Sin embargo, en aquellos que se encuentran en Lista de (LE) para trasplante renal, se observa habitualmente un predominio del GS O, un escaso número de pacientes del GS A, y diferencias significativas en los meses de permanencia en LE según GS. Planteamos un estudio epidemiológico descriptivo para confirmar e intentar explicar estos hechos.

Pacientes y Métodos: Registramos datos demográficos de trasplantados renales en nuestro centro durante 5 años (2010-2014), en total 366 pacientes, tipo de donación y meses de tratamiento renal sustitutivo total, sexo y grupo sanguíneo del donante. Analizamos supervivencia de paciente e injerto al año de trasplante. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 20.0. **Resultados:** De los 366 pacientes trasplantados, el 65,6% eran varones, la edad media 51±13 años y los meses en tratamiento renal sustitutivo 48±58. El 17,8% fueron de donante vivo, el 15,6% de donante cadáver en asistolia, el resto de donante cadáver en muerte encefálica. Entre donantes, la edad media fue 50,1±15 años, menor en donantes en asistolia frente al resto (46,7 vs 51,6) p: 0,018). El 63,9% de donantes fueron varones. Del subgrupo de donantes vivos, un 64% eran mujeres y de los de cadáver el 70,1% varones. En los donantes en asistolia el predominio de sexo masculino fue aún más marcado, con un 84,2% de varones.

Según Grupo sanguíneo, el 50,8% de donantes cadáver fueron GSA y el 35,5% GSO, destacando que de los donantes en asistolia el 57,9% eran GSA, mientras sólo el 29,8% eran O, prevalencias distintas a las de la población general en nuestro medio (A: 44%, O: 42%). Fue significativamente mayor el tiempo en diálisis en trasplantados GSO, respecto al A, con 66,6 ±58vs37,6 ± 57 meses (p: 0,000).

Entre los receptores de donante vivo un 52,3% eran GSO, con un 29,2% GSA. La supervivencia de paciente e injerto fue similar en receptores de distintos GS.

Conclusiones: En donantes cadáver predomina el sexo masculino, especialmente en asistolia, siendo los donantes vivos la mayoría mujeres. El grupo sanguíneo más frecuente entre donantes cadáver es el A, en porcentaje mayor del esperado para la prevalencia en población general. Entre los receptores de Grupo O, se dan con mayor frecuencia casos de donación de vivo, siendo el tiempo en lista de espera medio, superior al resto de grupos.

633 MICOFENOLATO SÓDICO (MPS) CON CUBIERTA ENTÉRICA EN EL TRASPLANTE RENAL

M. RENGEL¹, A. VEGA¹, S. ABAD¹, U. VERDALLES¹, E. VERDE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: El MPS es un inhibidor potente, selectivo, reversible, no competitivo de la Deshidrogenasa Monofosfato de Inosina. Inhibe la síntesis de novo de guanosina. La proliferación de linfocitos T y B es dependiente de la síntesis de novo de las purina. La inmunosupresión con MPS se asocia con menor incidencia de rechazo del injerto y una supervivencia prolongada del mismo y mejora la tolerancia en comparación con el Micofenolato Mofetilo (MMF). Presentamos la experiencia de nuestro centro.

Pacientes y Métodos: 100 pacientes con trasplante renal de donante fallecido (52 hombres y 48 mujeres), iniciaron tratamiento con MPS en sustitución de MMF. La edad de los pacientes era de 58±10 años, con 8±4 (1-5) años de seguimiento. La inmunosupresión de base se hizo con Prednisona, MMF y Ciclosporina/Tacrolimus. La concentración sanguínea de MPS se mantuvo entre 2-4 ug/ml. El MMF se suspendió bruscamente y el MPS se inició en dosis equimolar. Se mantuvo el tratamiento con Ciclosporina/Tacrolimus y Prednisona. La indicación de MPS fue por intolerancia gastrointestinal, fundamentalmente diarrea. **Resultados:** Tras MPS la sintomatología mejoró en 85% de los pacientes. La función renal se conservó, con creatinina plasmática de 1,6 mg/dl. No presentaron crisis de rechazo agudo. La incidencia de complicaciones gastrointestinales (diarrea) fue significativamente menor en MPS 15% vs 85% con MMF.

Conclusiones: Los pacientes intolerantes a MMF con síntomas gastrointestinales pueden incrementar las dosis de MPS y disminuir los síntomas, con mejor calidad de vida.