

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

Bravo González-Blas, Luis; Fernández Rivera, Constantino; Calvo Rodríguez, María; García Gago, Leticia; Ferreiro Hermida, Tamara; López Muñiz, Andrés; Alonso Hernández, Ángel

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

CMV es la infección más importante en trasplante renal, no solo por su elevada incidencia, sino por los efectos que ocasiona al paciente. Recientemente se ha comunicado una disminución en la incidencia de infecciones víricas con la utilización de i-mTOR de novo con dosis bajas de anticalcineurínicos.

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

Material y métodos:

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

Resultados:

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

Conclusiones:

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

PROFILAXIS CON ECULIZUMAB EN SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO (SHUa) EN TRANSPLANTE RENAL

García Gago, Leticia; Fernández Rivera, Constantino; Calvo Rodríguez, María; Bravo González-Blas, Luis; Ferreiro Hermida, Tamara; López Muñiz, Andrés; Alonso Hernández, Ángel

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

El pronóstico del síndrome hemolítico atípico (SHUa) tras el trasplante es inferior al de la población trasplantada, debido a un alto grado de recidiva, asociada o no con alteraciones genéticas en proteínas reguladoras del complemento.

Estudiamos 5 pacientes (2 hombres), edad media 40,5 años. Mutaciones: 3 Factor H. Polimorfismos: 1 en factor H y 1 en MCP y Factor H. Dosis Eculizumab: 1200 mg pre- trasplante o el día previo al trasplante (donante vivo) seguido de cuatro dosis de 900 mg semanales y posteriormente 1200 mg cada 2 semanas. Se realizó previamente vacunación anti-meningocócica, antineumococo y hemophilus y profilaxis con penicilina oral. Inmunosupresión: tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y prednisona. Inducción con Timoglobulina (n=2) y basiliximab (n=3). Monitorización: función renal, C3, CH50, haptoglobina y biopsia a la semana y 6º mes.

Seguimiento: 19,8±4,9 meses. Función retrasada del injerto 2 (40%). Rechazo Borderline 1 (20%). Creatinina al último seguimiento: 1±0,2 mg/dl, Hb: 13,2±2 g/dl, plaquetas: 166.000±29.000, LDH: 346±57mg/dl, C3: 92±36 mg/dl, CH50:10,2±0,5%, Haptoglobina: 114±64 mg/dl. Biopsia 1ª semana y al 6º mes sin recidiva de SHUa. No se suspendió el tratamiento a ningún paciente. La supervivencia de paciente e injerto es 100%.

Conclusiones. El pronóstico de los pacientes trasplantados renales con SHUa bajo profilaxis con eculizumab es excelente a corto-medio plazo. Mantenemos tratamiento de forma indefinida y la profilaxis antibiótica.

PRONOSTICO DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO ABO INCOMPATIBLE

García Gago, Leticia; Fernández Rivera, Constantino; Calvo Rodríguez, María; Bravo González-Blas, Luis; Ferreiro Hermida, Tamara; López Muñiz, Andrés; Alonso Hernández, Ángel

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible se considera desde hace pocos años una opción válida de trasplante renal, que ayuda a paliar el déficit de donantes y que realizado bajo un adecuado protocolo de acondicionamiento permite alcanzar excelentes resultados.

El objetivo del estudio es mostrar los resultados de nuestro hospital desde 2008 bajo acondicionamiento con rituximab, plasmaféresis/inmunoadsorción, inmunosupresión e inmunoglobulinas.

Estudiamos 48 pacientes, edad media 50,9±10,9 años, 24 en diálisis 27,1±35,1 meses. Seguimiento 44,6±30,9 meses. Acondicionamiento: Rituximab (RTX) 375mg/m², tacrolimus, MMF o micofenolato sódico, prednisona, Plasmaféresis/inmunoadsorción e inmunoglobulinas. Títulos aceptados para trasplante IgG e IgM inferiores a 1/8.

Los títulos pre-proceso fueron: IgG 1/124±1/140(0 – 512), IgM 1/77±155 (0-1024). Tras 6±3 sesiones IgG descendió a <1/8 en 32 pacientes, a <1/16 en uno e IgM fue < 1/8 en todos. La supervivencia paciente fue 97,1% y del injerto del 95,7 al año y 93% al año al 5 año. Causas de pérdida de injerto: trombosis, rechazo mixto y éxitus. Rechazo agudo 5 (8,7% al 5º año). CMV 9(19,7% al 5º año), Viremia BK 5(12,4% al 5º año). La creatinina al año es 1,4±0,4 mg/dl y a los 3 años y 1,3±0,5 al 5º año. La proteinuria al año, 3º y 5º fue 0,2±0,2 g/24 horas.

Conclusiones: En nuestra experiencia el trasplante de donante vivo ABO incompatible tras acondicionamiento con RTX, PFS/IA e Inmunoglobulina es una opción válida y ofrece excelentes resultados de supervivencia y rechazo agudo sin aumento de complicaciones infecciosas.

DENOSUMAB EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE PRACTICA CLINICA

Cillero Rego, Sonia (1); Quispe González, Jansen Olavid (1); González Tabares, Lourdes (1); Cobelo Casas, Carmen Raquel (1); García Enríquez, Alba María (1); Otero Alonso, Pablo (1); García Merino, Luisa (1); Cigarrán Guldris; Secundino (2); Calviño Varela, Jesús (1)

(1) Hospital .Universitario Lucus Augusti, (2)Hospital da Costa

Introducción:

El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para la enfermedad renal crónica terminal al ofrecer el potencial necesario para revertir las alteraciones asociadas a la uremia. No obstante, ciertas alteraciones, como las asociadas a los trastornos del metabolismo mineral, pueden persistir aún con buena función del injerto; además el propio régimen inmunosupresor puede contribuir a la osteoporosis postrasplante. El bloqueo biológico RANK-L mediante el anticuerpo monoclonal denosumab con un sencillo régimen de administración semestral ha demostrado la reducción de fracturas en mujeres postmenopáusicas, con escasos efectos secundarios, si bien su utilidad en la osteoporosis postrasplante no es bien conocida.

Material Y Métodos:

Estudiamos retrospectivamente la evolución de 16 trasplantados renales (14 mujeres y 2 varones) de 61 ± 11.8 años, y buena función renal (Crp 1.18 ± 0.30 mg/dl) a los que se les había prescrito denosumab tras un mínimo de 2 años postrasplante (24-324 meses) para el tratamiento de su osteoporosis. Se analizó el efecto de dicho fármaco sobre las variables relacionadas con el metabolismo mineral, la función renal, evolución densitométrica y efectos secundarios.

Resultados:

En el primer control analítico realizado una vez administrado el fármaco se apreció un aumento de no significativo de la PTH (148 ± 70.4 hasta 180 ± 108.1 pg/ml) acompañado de un descenso significativo del calcio (de 9.46 ± 0.45 hasta 9.18 ± 0.54 mg/dl, $p=0.01$) y del fósforo (de 3.56 ± 0.45 hasta 3.14 ± 0.64 mg/dl, $p=0.017$). Ni la función renal (Crp 1.18 ± 0.30 hasta 1.16 ± 0.28 mg/dl) ni la proteinuria (de 196 ± 323.3 hasta 165 ± 234.1 mg/g), ni los niveles de inmunosupresión variaron significativamente. Tras un periodo de 33 ± 9.9 (18-44) meses, en 6 pacientes con un segundo control densitométrico, se apreció un incremento significativo de la masa ósea en columna lumbar (desde 0.81 ± 0.11 hasta 0.88 ± 0.12 g/cm²; t-score -3.00 ± 0.96 hasta -2.60 ± 1.07 ; $p < 0.05$).

La densidad ósea en cuello femoral, aunque mejoró, no alcanzó significación estadística (desde 0.74 ± 0.09 hasta 0.80 ± 0.10 g/cm²; t-score -2.01 ± 0.84 hasta -1.83 ± 0.92). Respecto a los efectos secundarios, un paciente presentó hipocalcemia sintomática y se apreció un aumento de ingresos por ITU (del 7 al 20%). Se suspendió el tratamiento en 6 pacientes, siendo las ITU de repetición el principal motivo de interrupción (3 casos). Una paciente presentó un rechazo agudo con pérdida del injerto a los 3 años de iniciado el tratamiento.

Conclusiones:

En conclusión, el denosumab podría ser una alternativa cómoda y eficaz para el tratamiento de la osteoporosis en la población trasplantada con un incremento aproximado del 8% en la masa ósea, especialmente a nivel lumbar. Las infecciones urinarias, con necesidad de ingreso hospitalario, fue el efecto secundario más frecuente y el principal motivo de interrupción del tratamiento. Aunque su uso se acompaña de un descenso de la calcemia y de la fosfatemia, solo un caso presentó hipocalcemia sintomática.

EMBOLIZACIÓN DE RIÑONES POLIQUÍSTICOS PRE-TRASPLANTE, ALTERNATIVA SEGURA A NEFRECTOMÍA.

Bande Fernández, J. Joaquín; Astudillo Cortés, Elena; Rivas Oural, Alba; Banegas Derás, Eduardo Josué; Suárez Fernández, M^a Luisa; Gago Fraile, Maria I.; Vega García, Florentino; Rodríguez Suárez, Carmen; Díaz Corte, Carmen

Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción:

La Poliquistosis hepatorenal autosómica dominante (PQHR) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente (1/ 800 personas) y constituye la nefropatía de base del 15 % de pacientes en lista de espera de trasplante renal.

En torno a un 40 % de estos pacientes deben someterse a una nefrectomía antes de entrar en lista de espera. El alto porcentaje de complicaciones (70 % en nefrectomía abierta y 20 % en laparoscópica) ha llevado a desarrollar alternativas terapéuticas como la embolización percutánea.

Material Y Métodos:

Presentamos una serie de 12 pacientes consecutivos a los que se les realizó la embolización percutánea de un riñón poliquístico (de cara a inclusión en lista de espera de trasplante renal). Todos fueron valorados previamente por Urología objetivándose falta de espacio para implantación de un injerto renal en base a exploración física y TAC,

El procedimiento se llevó a cabo por Radiología Vascul ar con un protocolo de premedicación consistente en todos los casos en: profilaxis con Cefazolina, analgesia con 1º y 2º escalón de la OMS (rescates puntuales con morfina) y dosis pre-embolización de 1mg/kg de urbason con prednisona 0.5 mg/kg mantenida al alta en pauta descendente.

Todos los pacientes tenían un TAC previo con un volumen renal medio (calculado con la fórmula del elipsoide) de 2355,04±807,19 cc.

Resultado:

Doce pacientes (11 varones, 91,6 %) con una edad media de 55,5±10 años, una prevalencia de hipertensión arterial del 100 % y de diabetes mellitus del 25 %. Todos estaban en diálisis (58,3 % en DP) con un tiempo en la técnica de 12,91 meses.

No hubo complicaciones tras el procedimiento (no sangrado, sobreinfección o complicaciones mecánicas), únicamente necesidad de rescates puntuales con opioides mayores que se retiraron al alta, siendo la duración media del ingreso sólo de 5,58±2 días.

En el TAC de control post-embolización a los $4,37 \pm 1,3$ meses se vio una reducción del volumen renal de $1026,55 \pm 531$ cc, reevaluándose nuevamente por Urología siendo incluidos en lista de espera.

Conclusiones:

En base a nuestra experiencia, la embolización de riñones poliquísticos se muestra como una alternativa segura y menos costosa que la nefrectomía abierta (con menos días de ingreso hospitalario y ausencia de complicaciones graves); siendo además efectiva de tal forma que no supone un retraso en la inclusión en lista de espera de trasplante renal.

