

GLOMERULOSCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA EN EL TRASPLANTE RENAL

E. CLAVERO GARCÍA, E. PEREIRA PEREZ, K. ESPINOZA MUÑOZ, P. GALINDO SACRISTÁN, MC. RUIZ FUENTES, MJ. ESPIGARES HUETE, MC. DE GRACIA GUINDO
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

INTRODUCCIÓN

La recidiva de una glomerulopatía supone la tercera causa de pérdida del injerto a 10 años. En el caso de la glomerulosclerosis focal y segmentaria (GEFS) primaria, las tasas de recurrencia postrasplante se sitúan en un 30-50%, con gran impacto en la morbilidad. Entre los factores de riesgo conocidos, la recidiva en un trasplante previo es el más importante. La terapia estándar incluye plasmaféresis con o sin rituximab. Se han ensayado otras estrategias, sin éxito hasta ahora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Retrospectivamente, se analizaron datos de una cohorte de pacientes trasplantados con afectación por GEFS primaria en el riñón nativo. Todos ellos presentaban diagnóstico histológico confirmado por biopsia. Se incluyeron un total de 38 pacientes que recibieron un trasplante renal entre los años 1987 y 2021 en nuestro centro, con una media de seguimiento de 10 años. Se recogieron variables demográficas, analíticas, evolutivas y de supervivencia, entre otras.

RESULTADOS

- La supervivencia del injerto al año del trasplante fue del 87%, 82% a los cinco años y 75% a los diez años.
- Se llevaron a cabo biopsias en 21 pacientes (55%), por proteinuria o deterioro de función renal. La media de tiempo desde el trasplante hasta la realización de biopsia fue de 26,4 meses \pm 44,29 (DE). En pacientes con recurrencia este tiempo fue mucho menor (3 meses), comparado con los que no recidivaron (22 meses).
- La tasa de recidiva fue del 7,9%. En todos ellos se trataba del primer trasplante y de cadáver en asistolia tipo III, por lo que recibieron tratamiento de inducción con timoglobulina y posteriormente tacrolimus. El hallazgo predominante fue la proteinuria nefrótica en los primeros meses postrasplante.
- Todos fueron sometidos a plasmaféresis, con 12 sesiones de media. Aquellos que recibieron también rituximab, no consiguieron remisión en ningún caso, por lo que no se obtuvo beneficio con la terapia combinada. Los efectos adversos más frecuentes fueron infecciones oportunistas, la mayoría leves.

CONCLUSIONES

- Resulta fundamental una adecuada caracterización de la afectación del riñón nativo. Para ello debemos intentar disponer de microscopio electrónico y estudio genético si procede.
- Conocer los factores de riesgo nos sirve para el pronóstico postrasplante de los pacientes en lista de espera.
- Es posible que el beneficio de la terapia combinada con plasmaféresis y rituximab se reduzca a un subgrupo de pacientes, pero hacen falta más estudios que generen evidencia al respecto.