

XXXVIII REUNIÓ ANUAL

SOCIETAT CATALANA
DE NEFROLOGIA

26 i 27 de maig de 2022

Universitat Pompeu Fabra
Barcelona School of Management
Auditori, Edifici Balmes



UN RECHAZO IMPREVISTO

Cesar Sanchez, Maria Meneghini, Manel Perello, Jose Zuñiga, Claudia Carrera, Anna Vidal, Nuria Lloberas, Elena Crespo, Irina Torres, Joana Sellares, Alejandra Gabaldon, Oriol Bestard, Francesc Moreso
Hospital universitario Vall d'Hebron

En el trasplante renal alogénico, es necesario mantener una correcta inmunosupresión para controlar el riesgo de rechazo. Tacrolimus, caracterizado por un estrecho margen terapéutico, es actualmente el inhibidor de calcineurina (CNI) más utilizado como inmunosupresión de mantenimiento. Conocer su farmacocinética, podría mejorar la dosificación prescrita.

Presentamos aquí, el caso de un varón de 20 años, natural de Marruecos y afecto de una enfermedad renal crónica por glomerulopatía C3, diagnosticada a los 16 años y complicada por microangiopatía trombótica, precipitando el inicio de hemodiálisis a los 19 años.

El paciente ingresó como receptor de primer trasplante renal de donante vivo no emparentado el 27/01/2022.

Compartía grupo sanguíneo y ninguna identidad HLA con el donante, sin anticuerpos anti-HLA pre-trasplante. Considerando al receptor de bajo riesgo inmunológico, se realizó inducción con anti-IL2R (Basilixiamb) y triple terapia con tacrolimus-meldose (0,07mg/kg/d), micofenolato y esteroides.

Por falta de mejoría clínica esperada y niveles de tacrolimus <4ng/ml, se realizó una biopsia diagnóstica al día +5 post-trasplante que evidenció un cuadro de rechazo agudo celular IIA. Recibió tratamiento con tres bolus de metilprednisolona 500 mg y gammaglobulina antitímocítica (rATG) (dosis total 4,25 mg/kg) presentando mejoría de función renal hasta creatinina de 1,5 mg/dl que mantiene a los 2 meses post-trasplante. Adicionalmente se aumentaba dosis de tacrolimus hasta 16 mg/d con ratio C/D 0,49, sugiriendo un fenotipo de metabolizador rápido del fármaco. El genotipo del paciente es: CYP3A4*1/*1 (rápido)/CYP3A5*3/*3(intermedio).

Utilizando células mononucleadas de sangre periférica (PBMCs) del receptor extraídas el día del trasplante, se realizó un test de aloreactividad celular T (IFN- γ y T-cell ELISPOT) demostrando la presencia de respuesta celular donante específica preformada (49 spots/300.000PBMCs).

En conclusión, la estratificación del riesgo aloinmune pre-trasplante puede ser complementada por herramientas como el estudio de aloreactividad T y el estudio de polimorfismos del metabolismo de los CNI para individualizar el tratamiento inmunosupresor.