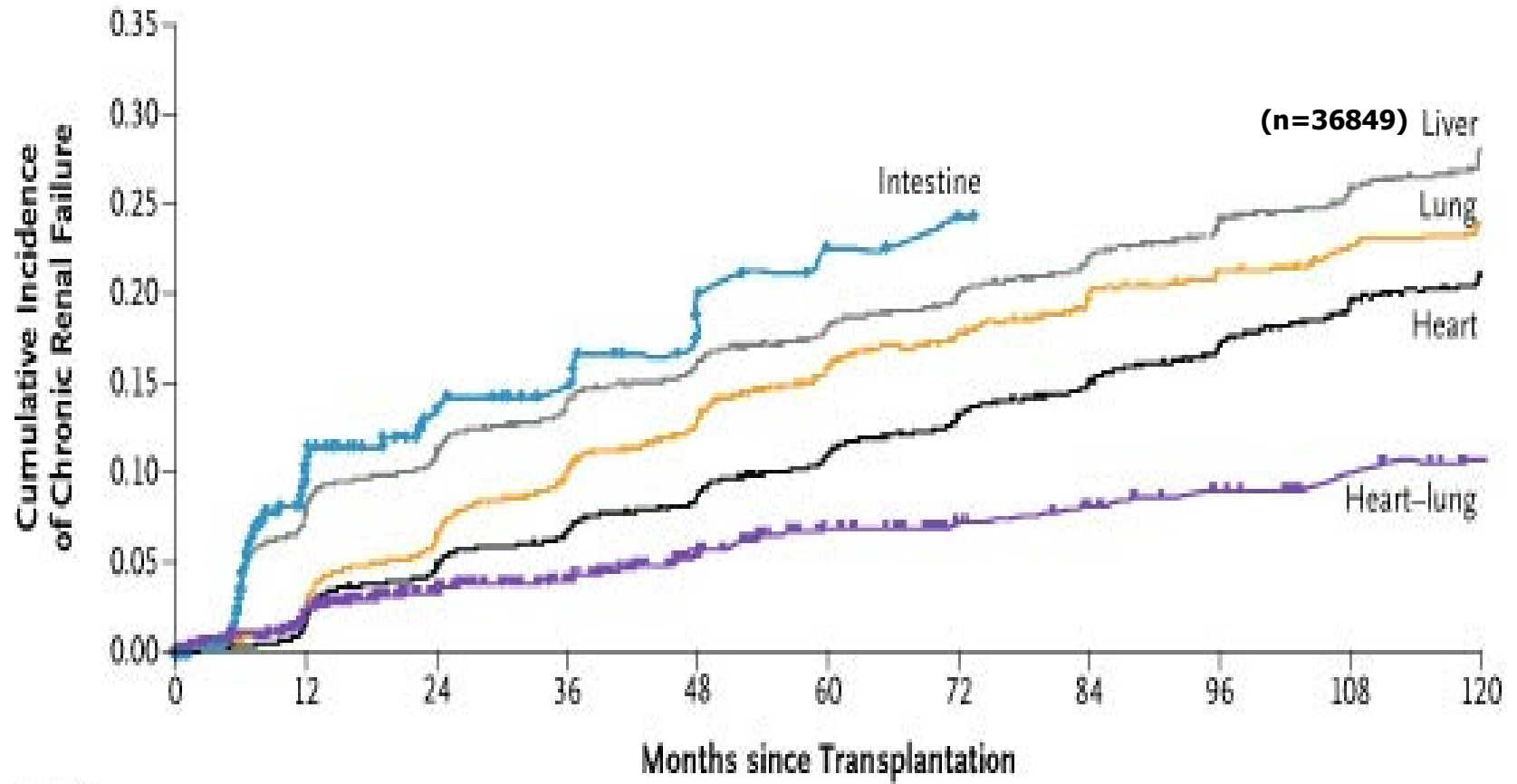


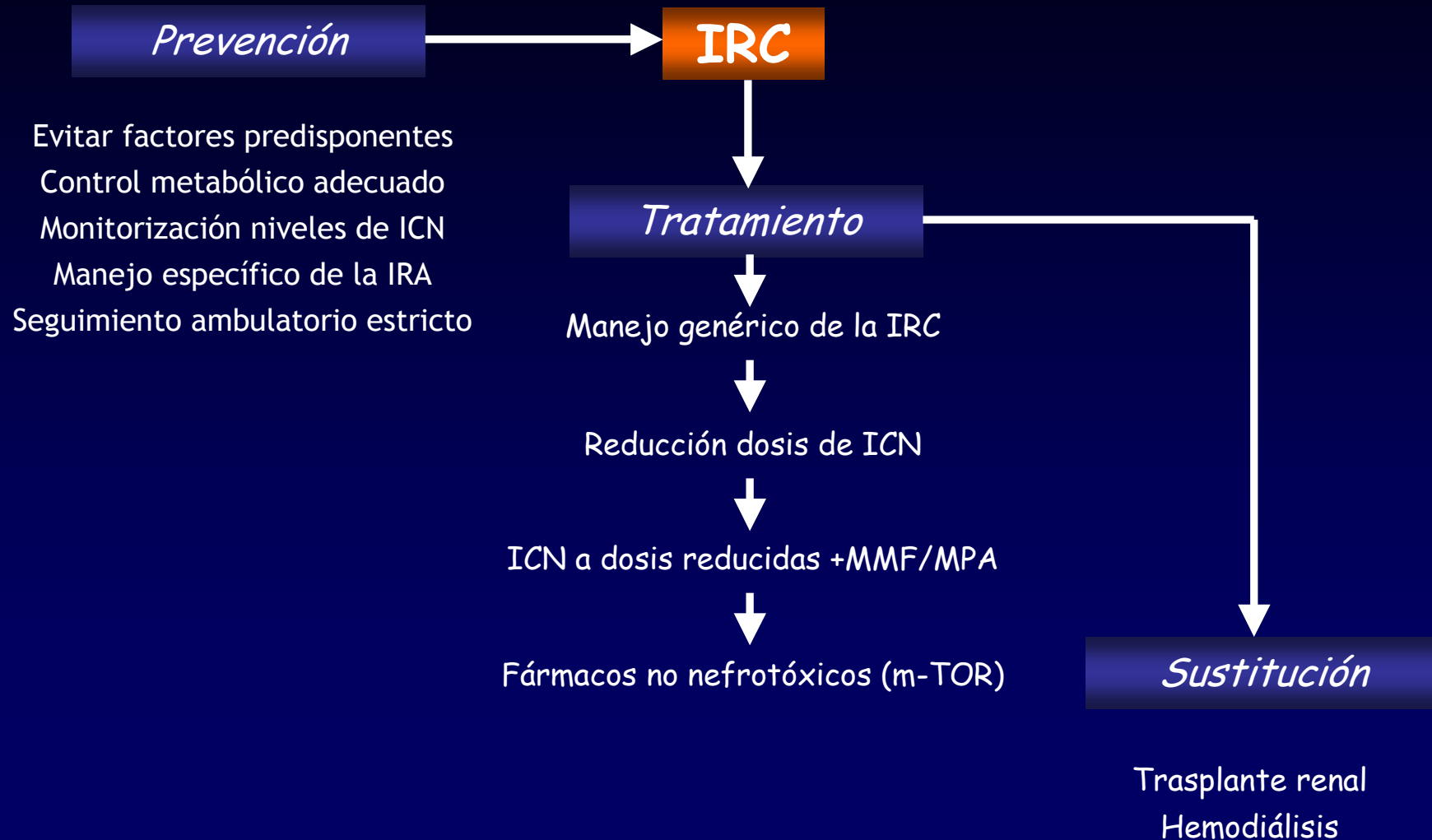
Eficacia y seguridad de un protocolo de inmunosupresión con Everolimus de rescate en sustitución del inhibidor de la calcineurina en receptores de un trasplante hepático con disfunción renal crónica

J.F. Castroagudín, E. Molina, S. Tomé, E. Otero, M. Rodríguez, E. Varo
Unidad de Trasplantes Abdominales
Hospital Clínico Universitario de Santiago



No. at Risk	0	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120
Heart-lung	576	375	295	219	194	156	133	107	72	46	30
Heart	24,024	19,885	17,238	14,687	12,341	10,022	7997	6104	4526	3096	1991
Intestine	228	152	110	84	57	33	23	13	8	5	5
Liver	36,849	28,495	24,041	19,508	15,724	12,564	9844	7345	5292	3614	2261
Lung	7,643	5,633	4,316	3,184	2,327	1,629	1136	745	468	258	133

Introducción



Introducción

<i>Fármaco inmunosupresor</i>	<i>Nefrotoxicidad</i>
Prednisona	-
Azatioprina	-
Ciclosporina	+++
Tacrolimus	++
Micofenolato Mofetil / MPA	-
Sirolimus	-
Everolimus	-

Objetivo

- Analizar la eficacia y seguridad de un régimen inmunosupresor con Everolimus asociado o no a MMF/MPA en sustitución del ICN en trasplantados hepáticos con disfunción renal crónica.

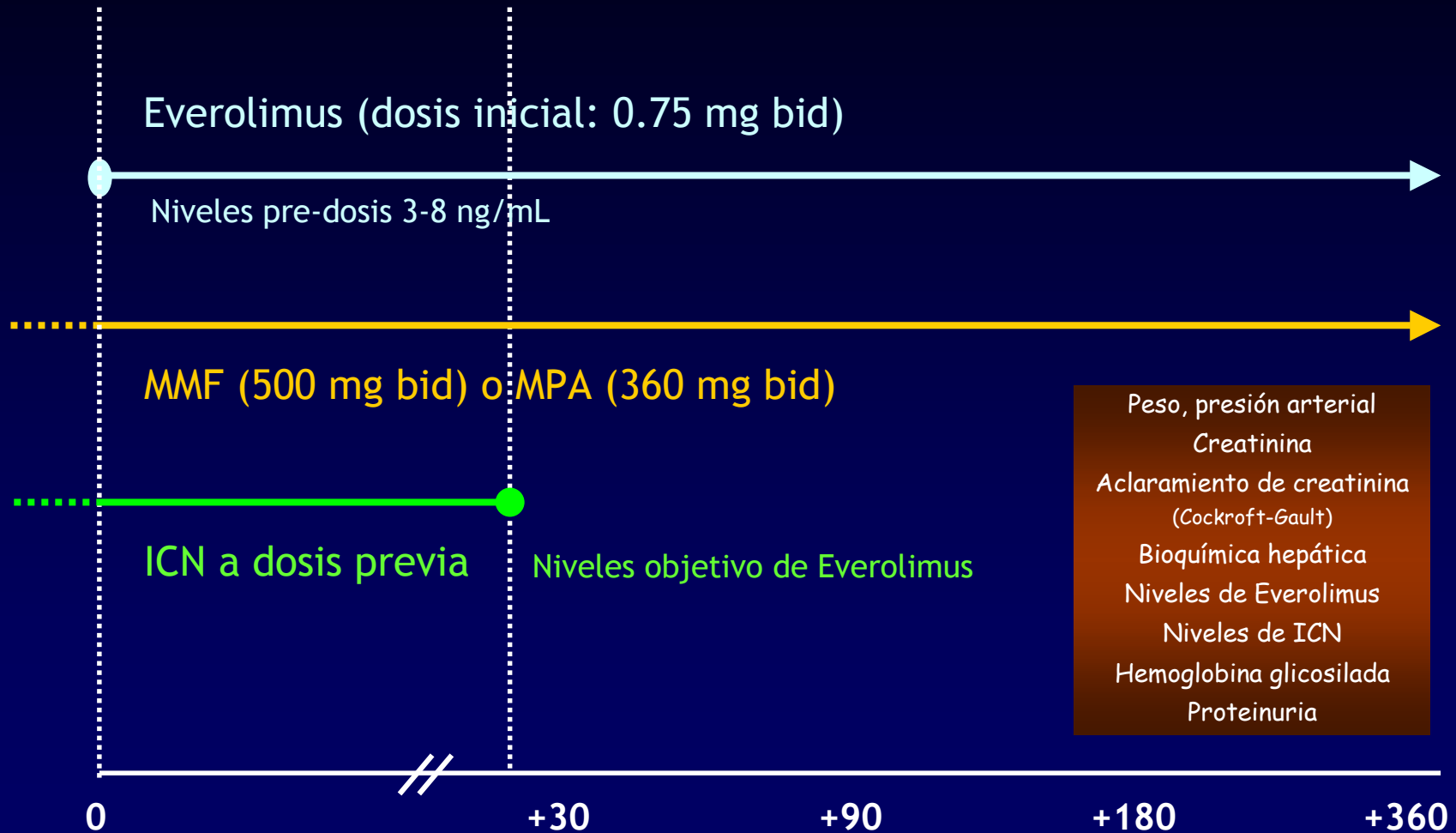
Métodos

<i>Variable</i>	<i>n (%) / media±DE</i>
<i>Sexo (varón/mujer)</i>	19 (92.8%)/2
<i>Edad (años)</i>	60.4±8 (42-72)
<i>Indicación de trasplante:</i>	
<i>Cirrosis alcohólica sin HCC</i>	11
<i>Hepatocarcinoma</i>	6
<i>Otras indicaciones</i>	4
<i>Pauta inmunosupresora:</i>	
<i>Tacrolimus/Ciclosporina</i>	17 (80.9%)/4
<i>MMF/MPA/No</i>	17/1/3
<i>Diabetes mellitus</i>	15 (71.4%)
<i>Hipertensión arterial</i>	12 (57.1%)
<i>Tiempo de disfunción renal (meses)</i>	43.9±37
<i>Creatinina basal (mg/dL)</i>	1.8±0.4 (1.5-2.9)
<i>Aclaramiento de creatinina (mL/min)*</i>	54.8±12.5

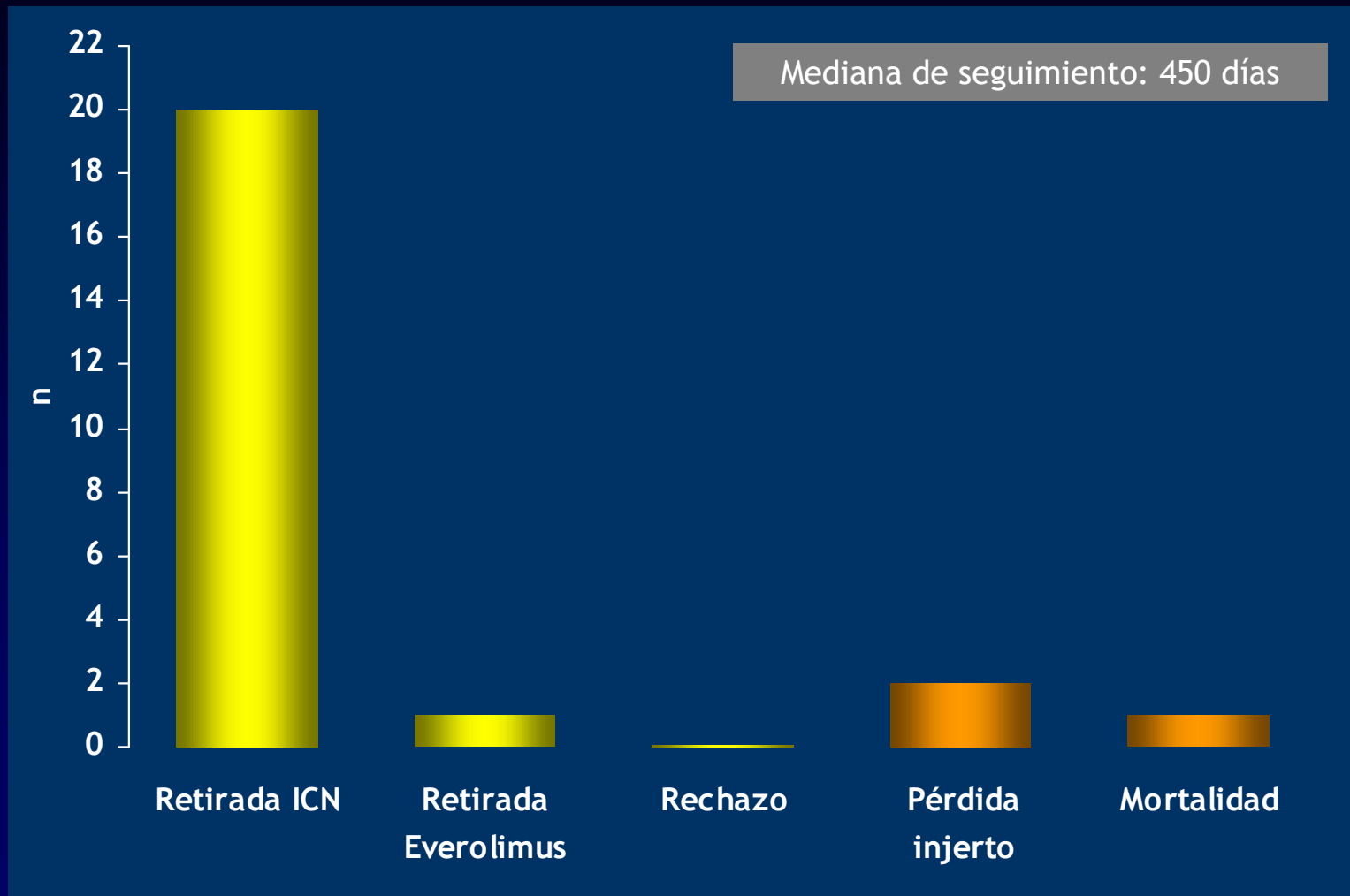
*Cockcroft-Gault

Métodos

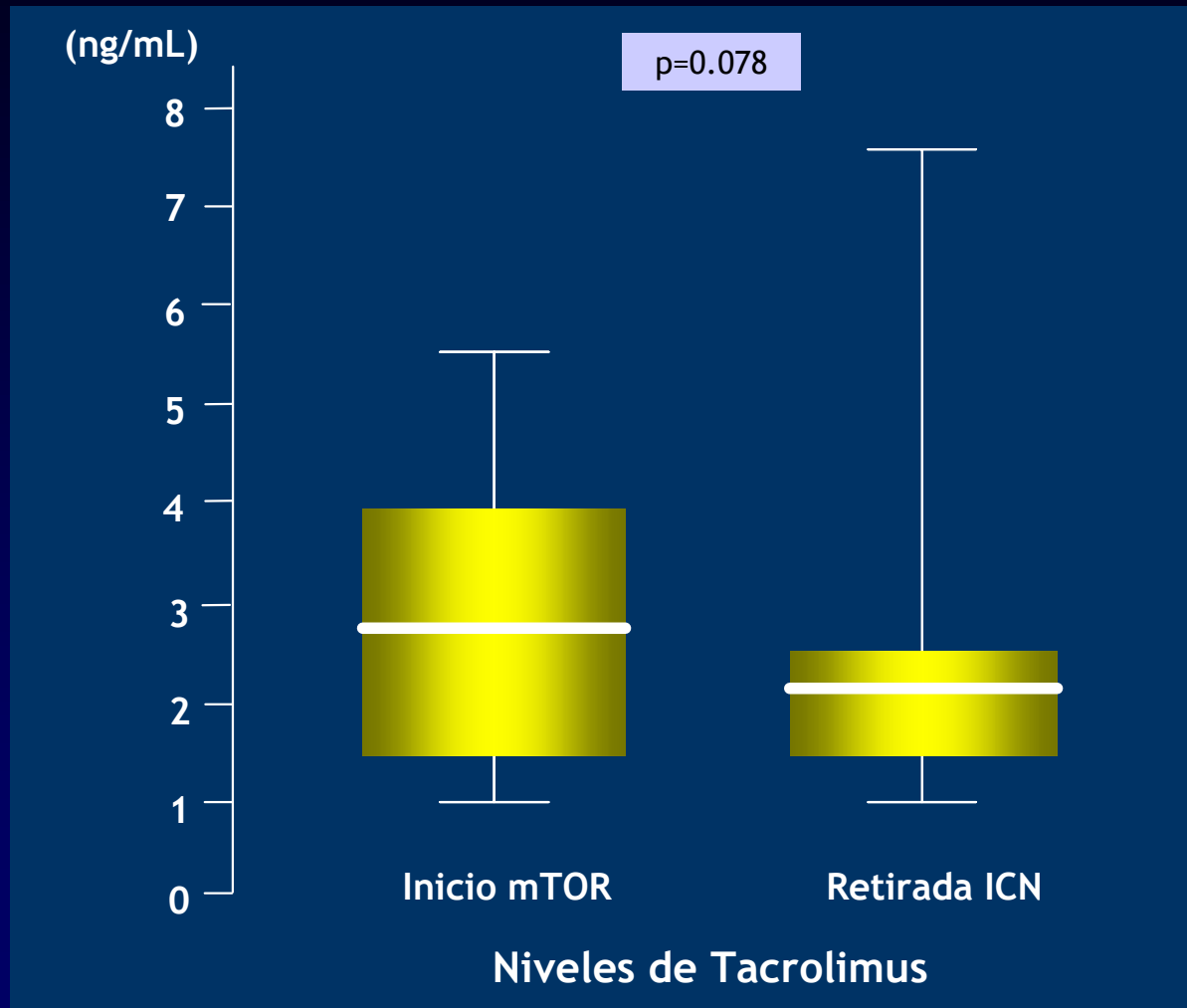
Creatinina >1.4 mg/dL



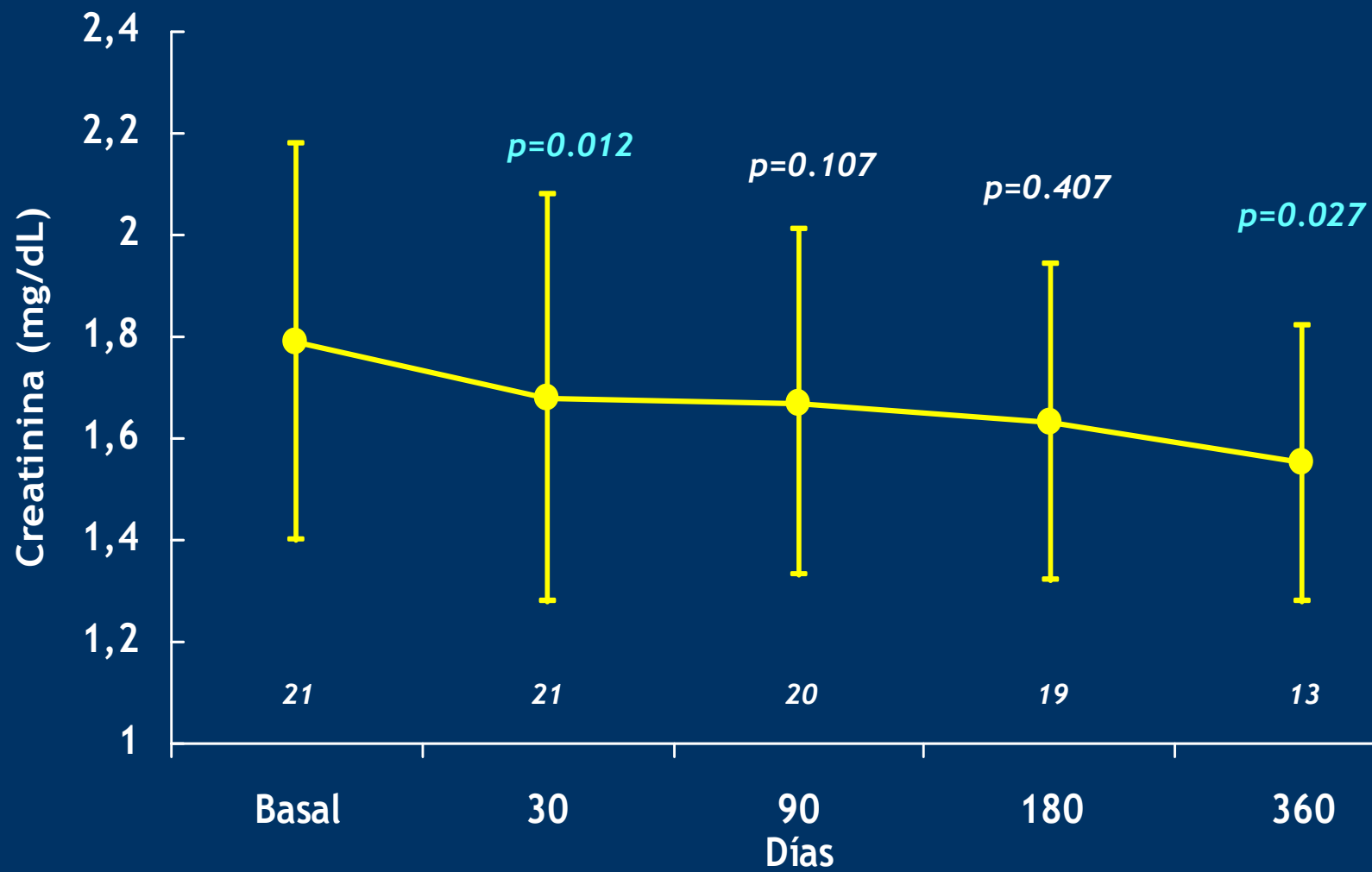
Resultados



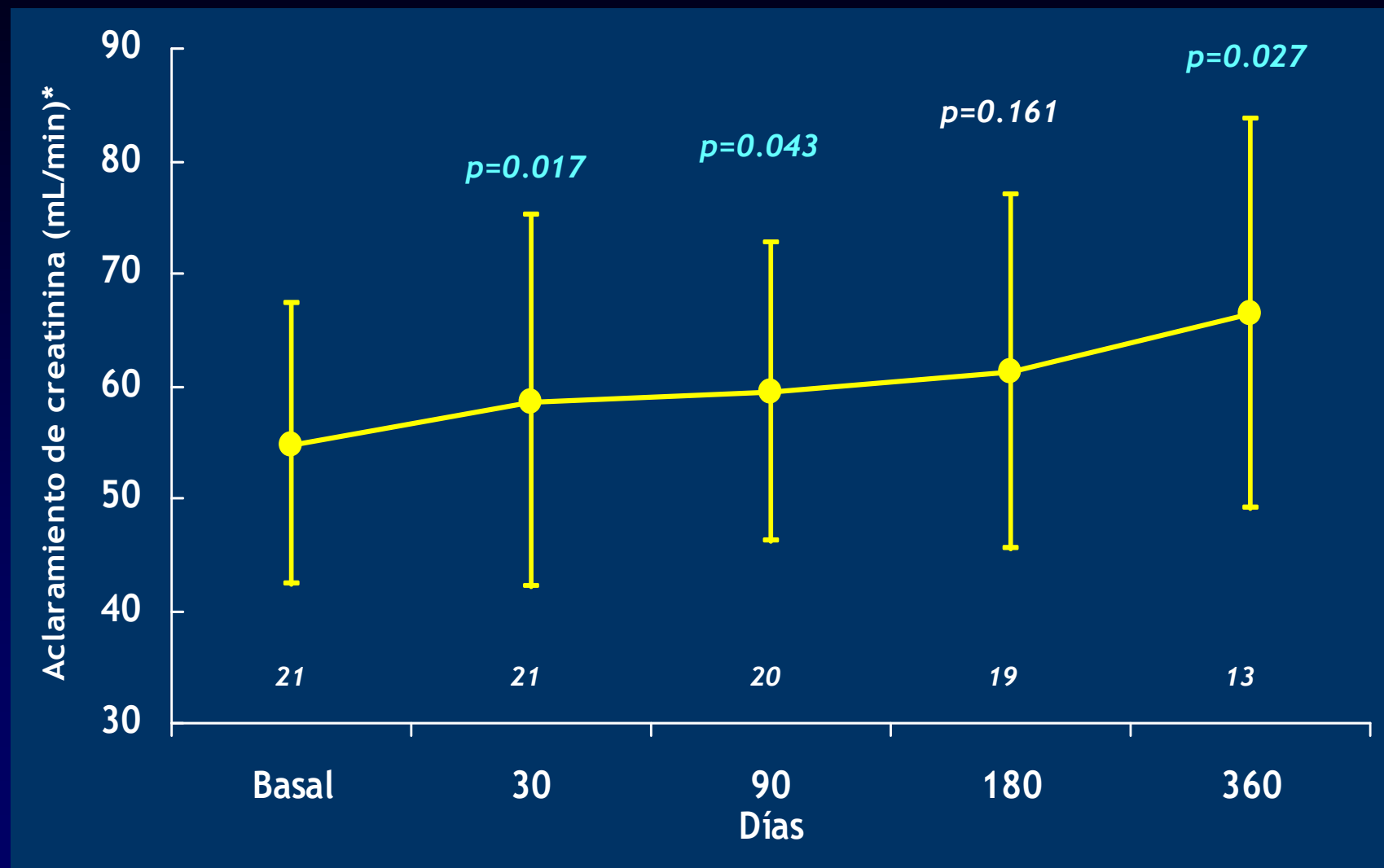
Resultados



Resultados

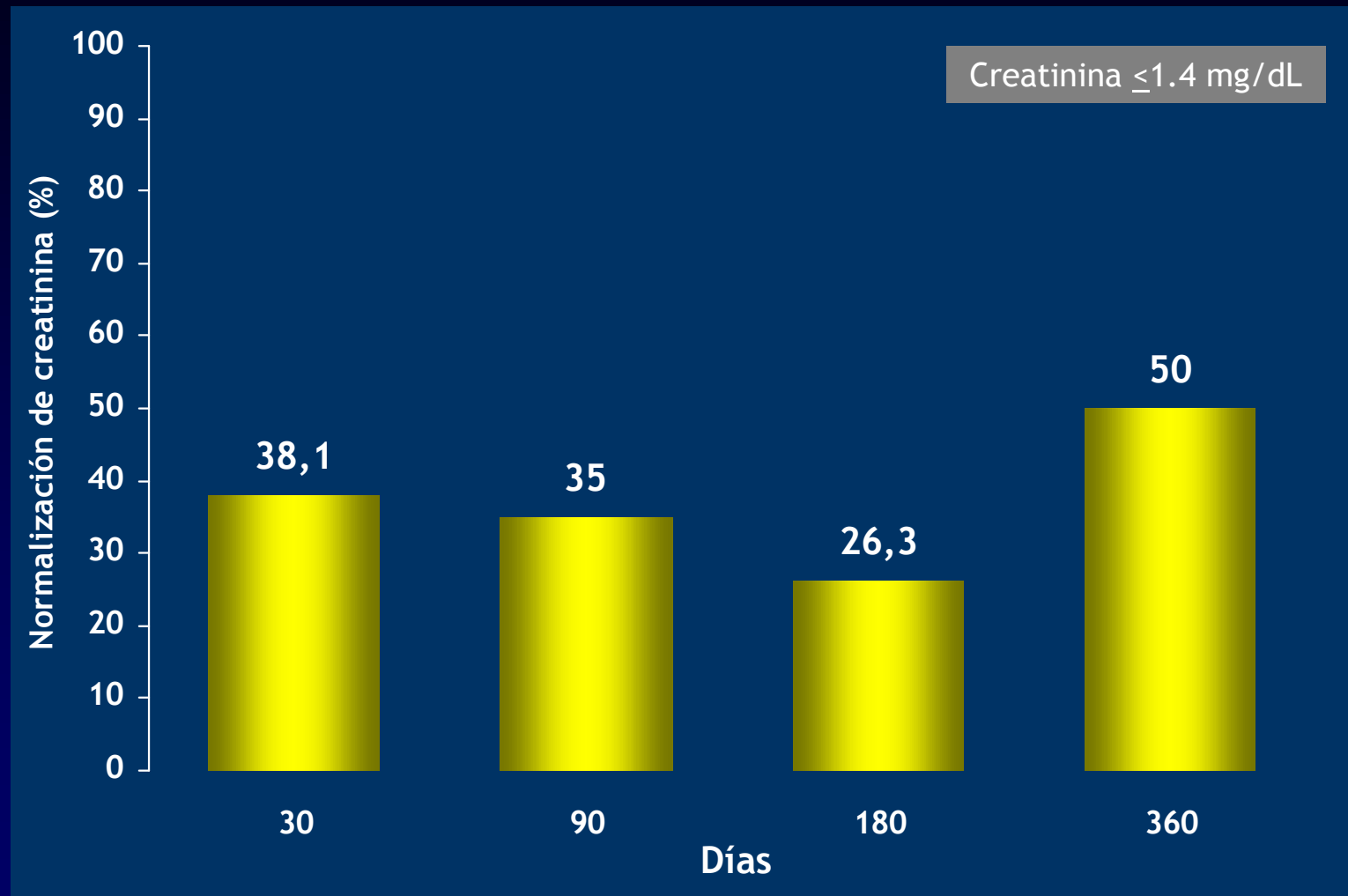


Resultados



*Cockcroft-Gault

Resultados



Resultados

<i>Variables</i>	<i>+30</i>	<i>+90</i>	<i>+180</i>	<i>+360</i>
<i>Edad ($\leq 60 / > 60$ años)</i>	0.164	0.356	0.602	0.286
<i>Infección VHC (-/+)</i>	0.257	>0.999	>0.999	>0.999
<i>Año de trasplante ($> 2000 / \leq 2000$)</i>	0.631	0.613	>0.999	0.559
<i>Tiempo de d. renal ($\leq 360 / > 360$ días)</i>	0.618	>0.999	>0.999	0.559
<i>Diabetes mellitus (no/sí)</i>	0.631	0.613	>0.999	0.266
<i>Hipertensión arterial (no/sí)</i>	0.367	>0.999	0.338	>0.999
<i>Proteinuria (no/sí)</i>	0.131	0.521	>0.999	>0.999
<i>Creatinina "pico" ($< 2 / \geq 2$ mg/dL)</i>	0.067	0.158	0.044	0.005
<i>Creatinina basal ($< 1.8 / \geq 1.8$ mg/dL)</i>	0.007	0.003	0.603	0.029
<i>Aclaramiento basal ($> 60 / \leq 60$ mL/min)</i>	0.018	0.356	0.603	0.286

Conclusiones

- En esta serie, la aplicación en receptores de un trasplante hepático con disfunción renal crónica de un protocolo de inmunosupresión con Everolimus asociado o no con MMF/MPA, y posterior retirada del ICN, se asoció con una mejoría inicial de la función renal, sin incremento del riesgo de rechazo.
- Es recomendable un inicio precoz de la inmunosupresión de "protección renal", antes de la progresión de la IRC.
- Son necesarios más estudios con el fin de evaluar el efecto a largo plazo de regímenes inmunosupresores con Everolimus sobre la función renal de estos pacientes.