

Editorial

Congreso Americano de Trasplantes 2011

Dra. Marta Lidia Monteverde

Servicio de Nefrología, Unidad de trasplante renal. Hospital Juan P Garrahan.

Del 30 de abril al 4 de Mayo del 2011 se desarrollo en el Pennsylvania Convention Center de Philadelphia EEUU el Congreso Americano de Trasplantes. El día 30 de abril se presentaron los simposios pre congreso entre los cuales hay que destacar un simposio de medio día sobre ensayos clínicos en trasplante de órganos sólidos en niños, donde se discutió la necesidad de efectuar ensayos pediátricos, los desafíos metodológicos y prácticos para su realización, y lo que se ha aprendido de estos ensayos pediátricos especialmente mirando al futuro.

Durante el Congreso propiamente dicho todos los días temprano por la mañana estaban losa "Sunrise symposia". Es de destacarse el primero de ellos sobre HIV y trasplante. Se presentó el recientemente finalizado estudio del NIH sobre trasplante hepático y renal en receptores HIV positivos efectuado en 20 centros de EEUU. Se evaluó el impacto del trasplante y la medicación inmunosupresora sobre la progresión de la enfermedad por HIV y sobre los marcadores de la función inmune así como el impacto de la infección por HIV sobre la función del injerto y la sobrevida. El estudio mostró que no hubo progresión significativa de la enfermedad por HIV clínica virológica (el ARN HIV se mantuvo suprimido) ni inmunológica. No hubo evidencia de impedimento en la función del injerto debido al HIV pero si hubo tasas inesperadamente altas de rechazo en los transplantados renales (60%).

Otro simposio interesante fue el "Midday Symposium" de biomarcadores como herramientas diagnósticas y pronósticas en el trasplante de órganos. En este simposio el Dr Suthanthiran del Presbyterian Hospital de New York evaluó la hipótesis de si las mediciones de ARNm de proteínas citotóxicas granzyme B y perforina ofrecen un método no invasivo de diagnosticar rechazo agudo de injertos renales. La disfunción del injerto por causas no inmunológicas (ej., ATN) no se asocia con un incremento en los niveles urinarios celulares de ARNm de perforina o granzyme B. En cambio los rechazos agudos pudieron ser predichos con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 83% con el uso de un valor de corte 0.9 fg de ARNm de perforina por microgramo de ARN total, y con una sensibilidad del 79% y una especificidad del 77% con el uso de un valor de corte de 0.4 fg de ARNm de granzyme B por microgramo de ARN total. Otro marcador analizado fueron los niveles de ARNm en células urinarias de FOXP3 medidos durante el episodio de rechazo agudo para predecir eventos. Se encontró que existe una relación significativa inversa entre los niveles de ARNm de FOXP3 y la creatinina sérica durante el episodio de rechazo agudo. Los niveles de ARNm de FOXP3 son mayores en células urinarias de pacientes con rechazo agudo que en pacientes con CAN o en biopsias normales. La medición de ARNm de FOXP3 en orina ofrece

un medio no invasivo de mejorar la predicción de eventos en el rechazo agudo de trasplantes renales y la combinación de FOXP3 y creatinina es un mejor predictor de reversión de rechazo (90% sensibilidad y 96% de especificidad que niveles de ARNm de FOXP3 solos o niveles de creatinina solos.

En otro simposio "Transplantation in Depth" la Dra Kathryn Tinckam de la University Health Network de la Universidad de Toronto analizó como se desarrollan los anticuerpos específicos de donante y como éstos causan injuria. Los anticuerpos se desarrollan por exposición a transfusiones de sangre, embarazo, trasplante previo y anticuerpos naturales que reaccionan en forma cruzada con epitopes encontrados en microorganismos y proteínas ingeridas. Mencionó que en un estudio de 424 varones no alloinmunizados >40% tenía anticuerpos HLA teniendo la mitad 1-2 especificidades y la mitad mas de 3 especificidades. La activación del complemento es el mecanismo más importante de daño del aloinjerto por anticuerpos HLA, a pesar de lo cual mecanismos no mediados por complemento también pueden contribuir al daño. Otro simposio interesante fue del manejo del injerto renal que esta fallando o que dejo de funcionar, especialmente en lo que se refiere a los pros y

los contras de la nefrectomía del aloinjerto. En sus conclusiones Harold Helderman de la Vanderbilt University concluyó que esta discusión clama por mas evidencia considerando el estudio retrospectivo del Dr Ayus como generador de hipótesis y que se necesitan estudios prospectivos randomizados de pacientes iguales en todos los aspectos excepto en la nefrectomia. El se pregunto luego que hacer ante un paciente con injerto fallido: 1) primero, para mas de la mitad de estos pacientes la nefrectomia se hará temprano y por una causa determinada; 2). la inmunosupresión debe reducirse haciendo un análisis de riesgo beneficio. Ningún dato a favor o en contra debe reemplazar el buen criterio clínico en el caso individual.; 3) No debe hacerse daño si el paciente esta asintomático libre de inmunosupresores en diálisis; 4) tener en cuenta que si el paciente se va a retrasplantar la remoción del injerto puede incrementar la sensibilización (los título de anticuerpos anti HLA preformados pueden elevarse luego de la nefrectomia de un injerto que falla).

La brevedad de esta editorial impide seguir comentando sobre muchas otras sesiones interesantes de este magnifico congreso. Ya esperamos con ansiedad el del año entrante.

Recibido en su forma original: 25 de agosto de 2011
En su forma corregida: 25 de agosto de 2011
Aceptación Final: 30 de agosto de 2011
Dra: Marta L. Monteverde
Servicio de Nefrología, Unidad de Trasplante Renal
Hospital de Pediatría JP Garrhan
Combate de los Pozos 1881
1245 – Buenos Aires – Argentina
Tel: +5411-43085328 Fax: +5411-43080258
E-mail: martamonteverde@gmail.com