A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Comentario a «Rechazo agudo del injerto renal no funcionante en pacientes en diálisis después de iniciar tratamiento con interferón y ribavirina»

Nefrologia 2014;34(6):797

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.May.12576

Sr. Director:

En relación con el trabajo publicado por Cavero-Escribano et al.[1], deseo felicitar la iniciativa de los autores acerca de la actitud ante las consecuencias de las propiedades inmunomoduladoras del interferón (IFN)[2]. En el artículo se exponen tres casos clínicos más once de la literatura que presentan rechazo agudo de injerto renal no funcionante tras tratamiento con IFN, al que se puede sumar uno más de nuestro grupo[3].

En nuestra experiencia, de cuatro pacientes tratados con IFN más ribavirina en los últimos años en nuestro centro, tres de ellos presentaban injerto renal previo no funcionante en el momento del tratamiento antiviral. Para evitar la anemia secundaria a ribavirina, se ajustaron las dosis de esta en función de sus niveles sanguíneos, con buena evolución del hematocrito tras tratamiento con hierro y factores estimulantes de colonias. Uno de los pacientes, sin embargo, presentó rechazo agudo, intensificándose bruscamente la anemia y precisando la transfusión de un concentrado de hematíes por este cuadro. Los otros dos pacientes con injerto renal tratados no presentaron rechazo agudo tras el tratamiento antiviral combinado. Uno de ellos era grupo 0 negativo y el injerto renal que mantuvo funcionante durante 23 años procedía de donación de vivo de su madre tras haber recibido también de ella tres concentrados de hematíes y habiendo presentado *cross-match* positivo un año previo al trasplante, negativizándose posteriormente. El otro paciente que tampoco sufrió rechazo agudo del injerto no presentaba ninguna característica diferencial con el resto, salvo mayor tiempo entre re-inicio de diálisis y tratamiento con IFN (45 meses frente a 9 y 15).

El tratamiento con IFN puede provocar la síntesis de aloanticuerpos, siendo responsable de rechazo agudo del injerto renal[2]. En pacientes con trasplante fallido, aunque no exista riesgo en cuanto a función renal, excepto por la pérdida de diuresis residual, sí puede producirse un «síndrome de intolerancia al injerto» (SII), que consta de anemia aguda, dolor local y elevación de reactantes de fase aguda. Si a la anemia del SII le sumamos la inducida por ribavirina, se hace difícil su tratamiento a pesar de dosis elevadas de hierro y factores estimulantes eritrocitarios[4]. Esto hace que la probabilidad de transfusión en estos pacientes sea elevada.

Por otro lado, las transfusiones sanguíneas pueden inducir la formación de anticuerpos anti-HLA en el receptor, y suponer un estado de hipersensibilidad inmunológica que dificulta enormemente el éxito de un futuro trasplante renal en nuestros pacientes[5-7].

Por ello, me uno humildemente a la recomendación de Cavero-Escribano et al.[1] de, en pacientes en diálisis susceptibles de tratamiento con IFN más ribavirina, en espera de resultados de próximos estudios con fármacos no anemizantes, plantear fehacientemente la embolización o trasplantectomía pre-inicio de la terapia antiviral. Se sugiere evitar todo factor que pueda contribuir a la anemización en cualquier paciente con enfermedad renal crónica, pero de forma más exhaustiva en aquellos con posibilidad de trasplante.

Conflictos de interés

La autora declara que no tiene conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Cavero-Escribano T, Morales-Ruiz E, Manzano-Peña MT, Muñoz-Gómez R, Hernández-Martínez E, Gutiérrez-Martínez E, et al. Rechazo agudo del injerto renal no funcionante en pacientes en diálisis después de iniciar tratamiento con interferón y ribavirina. Nefrologia 2014;34(2):230-4.
2. Baid S, Tolkoff-RUbin N, Saidman S, Chung R, Williams WW, Auchincloss H, et al. Acute humoral rejection in hepatitis C-infected renal transplant recipients receiving antiviral therapy. Am J Transplant 2003;3(1):74-8.
3. Martín-Gómez MA, Jordán-Madrid T, Pérez-Camacho I, Palacios-Gómez ME, González-Oller C, Fernández-Martín J, et al. Experiencia del nefrólogo en el tratamiento de la hepatitis C crónica. Nefrologia Sup Ext 2013;4(3):38-44.
4. Gupta SK, Kantesaria B, Glue P. Pharmacokinetics, safety and tolerability of ribavirin in hemodialysis-dependent patients. Eur J Clin Pharmacol 2012;68(4):415-8.
5. Grimm PC, Sinai-Trieman L, Sekiya NM, Robertson LS, Robinson BJ, Fine RN, et al. Effects of recombinant human erythropoietin on HLA sensitization and cell mediated immunity. Kidney Int 1990;38:12-8.
6. Vella JP, O´Neill D, Atkins N, Donohoe JF, Walshe JJ. Sensitization to human leukocyte before and after the introduction of erythropoietin. Nephrol Dial Transplant 1998;13:2027-32.
7. López-Hoyos M, Arias M. La barrera inmunológica en el trasplante renal de donante vivo. Nefrologia 2005;25 Suppl 2:39-45.

M. Adoración Martín-Gómez
Unidad de Nefrología. Hospital de Poniente.
El Ejido, Almería.
Correspondencia: M. Adoración Martín Gómez
Unidad de Nefrología.
Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.
doritamg@gmail.com