



Escuela de  
**MEDICINA  
HUMANA**



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**

**BIOLOGÍA DEL DESAROLLO**

**DR. JOSÉ MIGUEL CULEBRO RICARDI**

**RODRÍGUEZ BONIFAZ LUIS ALBERTO**

**1er SEMESTRE**

**RESUMEN**

**“Anticuerpos monoclonales y policlonales  
para el tratamiento de inducción en  
receptores de trasplante renal”**



**ALBORES**

## **Anticuerpos monoclonales y policlonales para el tratamiento de inducción en receptores de trasplante renal**

Para muchos pacientes con una enfermedad renal grave, el trasplante renal es el mejor tratamiento para su bienestar y para el regreso a la actividad laboral. A los pacientes que reciben un trasplante renal se les administran fármacos para impedir el rechazo del trasplante por el propio organismo (el objetivo del tratamiento es prolongar la función del trasplante renal, a la vez que se minimizan los efectos secundarios a largo plazo comunes del tratamiento como el cáncer, la infección y la diabetes). La prolongación de la supervivencia del trasplante renal es una prioridad clínica importante. La inducción de inmunosupresión con el tratamiento con anticuerpos se recomienda en el momento del trasplante, y los anticuerpos monoclonales no depletantes para los receptores.

Su objetivo fue evaluar los efectos de diferentes preparados de anticuerpos (excepto el IL2Ra) cuando se utilizaron como tratamiento de inducción en los receptores de trasplantes de riñón; determinar cómo varían los efectos beneficiosos y los eventos adversos de cada preparado de anticuerpos; determinar cómo varían los efectos beneficiosos y perjudiciales de las diferentes formulaciones de preparados de anticuerpos; y determinar si varían en subgrupos específicos de receptores.

Para realizar este proceso se debió tener una selección de ensayos controlados aleatorizados que compararon los anticuerpos monoclonales o policlonales con placebo, ningún tratamiento u otro tratamiento, con anticuerpos en adultos y niños que habían recibido un trasplante renal.

Para los resultados, se obtuvieron como ejemplos: la globulina antitimocito: previno el rechazo agudo del trasplante. El efecto de la GAT sobre la pérdida del trasplante (muerte censurada) no fue claro al año o los dos años, y a los cinco años. En los estudios sin ICN, la GAT no tuvo efectos claros sobre la muerte, pero redujo la pérdida del trasplante (muerte censurada). Cuando se combinaron los estudios con ICN y sin ICN más antiguos, se observó un beneficio con la GAT a uno a dos años para la pérdida del trasplante por todas las causas y la pérdida del trasplante (muerte censurada), pero no se mantuvo a largo plazo. Con la GAT aumentó la infección por citomegalovirus (CMV), la leucopenia y la trombocitopenia, pero no tuvo efectos claros sobre la función del trasplante diferido, la neoplasia maligna, el trastorno linfoproliferativo postrasplante (TLPT) y la diabetes de nuevo comienzo después del trasplante (DNCDT).

El alemtuzumab se comparó con la GAT en seis estudios (446 pacientes) con retiro temprano de los corticosteroides (RTC) o reducción al mínimo de los corticosteroides. El alemtuzumab más la reducción al mínimo de los corticosteroides redujo el rechazo agudo en comparación con la GAT. En los dos estudios con RTC solo en el brazo de alemtuzumab, el efecto del alemtuzumab sobre el rechazo agudo

a un año no fue claro. En los seis estudios, el efecto del alemtuzumab versus la GAT no fue claro para la infección por todas las causas, la infección por CMV, la infección por virus BK, la neoplasia maligna y el TLPT. El efecto del alemtuzumab con reducción al mínimo de los corticosteroides sobre la DNCDT no fue claro, en comparación con la GAT con corticosteroides de mantenimiento.

El alemtuzumab más RTC, en comparación con el mantenimiento triple sin tratamiento de inducción, no tuvieron efectos claros sobre la muerte y la pérdida del trasplante por todas las causas al año, el rechazo agudo a los seis meses y al año. Los efectos del tratamiento no fueron claros para la DNCDT, la trombocitopenia y la neoplasia maligna o el TLPT.

El rituximab no tuvo efectos claros sobre la muerte, la pérdida del trasplante, el rechazo agudo y todos los otros resultados adversos, en comparación con placebo.

La GAT reduce el rechazo agudo, pero no tiene efectos claros sobre la muerte, la supervivencia del trasplante, la neoplasia maligna y la DNCDT, y aumenta la infección por CMV, la trombocitopenia y la leucopenia. Debido a que sin inducción con GAT el riesgo de rechazo agudo es del 45%, necesitarían tratamiento siete pacientes para impedir que uno presente rechazo y, por otro lado, un paciente más presentaría enfermedad por CMV por cada 12 tratados. En cuanto a la reducción al mínimo de los corticosteroides, el alemtuzumab previene el rechazo agudo al año, en comparación con la GAT.

## **BIBLIOGRAFIA.**

- Hill P. [y otros]. (2017). *Anticuerpos monoclonales y policlonales para el tratamiento de inducción en receptores de trasplante renal*. Cochrane Library. Reino Unido.  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004759.pub2/full/es>