



**Universidad del Sureste**  
**Facultad de Medicina**  
**Humana**

**ANTICUERPOS MONOCLONALES Y  
POLICLONALES PARA EL TRATAMIENTO  
DE INDUCCIÓN EN RECEPTORES DE  
TRASPLANTE RENAL**  
RESUMEN

**Docente**

Dr. Jose Miguel Culebro Ricaldi

**Alumno**

Angel Bethuel Guzman Lopez

**03 de diciembre de 2024**

El trasplante renal representa la esperanza de una vida mejor para pacientes con insuficiencia renal terminal, pero el éxito del procedimiento depende de prevenir el rechazo inmunológico. En este contexto, el tratamiento de inducción juega un papel crucial, utilizando anticuerpos monoclonales y policlonales para modular el sistema inmunitario en las etapas críticas posteriores al trasplante.

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 agotadores para los receptores de interleuquina 2 (IL2Ra) se consideran el tratamiento de primera línea. Se recomienda que los receptores con alto riesgo de rechazo reciban anticuerpos que agotan los linfocitos, aunque no es posible precisar los efectos beneficiosos y perjudiciales relativos de los agentes disponibles.

Uno de sus objetivos fue evaluar los efectos relativos y absolutos de diferentes preparados de anticuerpos (excepto el IL2Ra) cuando se utilizaron como tratamiento de inducción en los receptores de trasplantes de riñón como, por ejemplo: determinar cómo varían los efectos beneficiosos y los eventos adversos de cada preparado de anticuerpos y determinar cómo varían los efectos beneficiosos y perjudiciales de las diferentes formulaciones de preparados de anticuerpos.

Como resultados principales incluyeron 99 estudios (269 registros; 8956 participantes; 33 con agentes contemporáneos).

La metodología se informó de manera incompleta en la mayoría de los estudios, lo que dio lugar a una menor confianza en los cálculos del tratamiento.

La globulina antitimocito (GAT) demostró eficacia en prevenir el rechazo agudo del trasplante (RR 0,63; IC 95%: 0,51-0,78), tanto con inhibidores de calcineurina (ICN) (RR 0,61) como sin ellos (RR 0,65). Sin embargo, sus efectos sobre la muerte y la pérdida del injerto fueron inciertos a corto y largo plazo.

En estudios sin ICN, la GAT redujo la pérdida del trasplante censurada por muerte (RR 0,55), mientras que en combinación con ICN, mostró beneficios a uno o dos años, aunque no sostenidos a largo plazo.

La GAT aumentó el riesgo de infección por citomegalovirus (CMV) (RR 1,55), leucopenia (RR 3,86) y trombocitopenia (RR 2,41), pero no tuvo efectos claros sobre retraso en la función del injerto, neoplasias malignas, trastorno linfoproliferativo postrasplante o diabetes nueva tras el trasplante.

En seis estudios (446 pacientes), el alemtuzumab con reducción al mínimo de corticosteroides mostró una disminución del rechazo agudo al año en comparación con la GAT (RR 0,57; IC 95%: 0,35-0,93).

Sin embargo, en los estudios donde se retiraron los corticosteroides solo en el grupo de alemtuzumab, no hubo evidencia clara de una diferencia (RR 1,27; IC 95%: 0,50-3,19).

El alemtuzumab no tuvo efectos claros sobre la muerte, la pérdida del injerto o la pérdida del trasplante censurada por muerte, en comparación con la GAT. La depuración de creatinina fue menor con alemtuzumab más reducción temprana de corticosteroides a los seis meses y dos años, en comparación con la GAT con terapia de mantenimiento triple.

No se encontraron diferencias claras entre alemtuzumab y GAT en cuanto a infecciones (CMV, BK), neoplasias malignas, trastorno linfoproliferativo postrasplante o diabetes nueva tras el trasplante.

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. La infección por CMV aumentó (dos estudios: RR 2,28; IC del 95%: 1,18 a 4,40). 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.

Entonces... El trasplante renal es el mejor tratamiento para muchos pacientes con enfermedad renal grave, mejorando su bienestar y permitiéndoles retomar sus actividades. Para prevenir el rechazo del injerto, se administran fármacos que prolongan la función renal y minimizan efectos secundarios a largo plazo, como infecciones, cáncer y diabetes. En pacientes con alto riesgo de rechazo, se añade

tratamiento adicional durante la operación, que mejora la función del injerto pero puede aumentar el riesgo de complicaciones.

En general, los estudios de investigación disponibles sobre el tratamiento con anticuerpos para el trasplante renal son limitados cuando los médicos y los pacientes toman decisiones en conjunto acerca del tratamiento con anticuerpos en el momento de un trasplante renal, debido a los efectos beneficiosos y los riesgos. a largo plazo poco claros de estos tratamientos.