

Alumna:Valles Morales Olga Isabel  
Asignatura:Biología Del Desarrollo  
Universidad Del Sureste  
Primer Semestre De Medicina Humana  
Unidad Cuatro  
Resumen

Anticuerpos Monoclonales Y Policlonales Para El Tratamiento  
De Inducción En Receptores De Trasplante Renal



Se recomienda que los receptores con alto riesgo de rechazo reciban anticuerpos que depleten los linfocitos. Se 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) previno el rechazo agudo del trasplante (17 estudios: RR 0,63; IC del 95%: 0,51 a 0,78). Los efectos beneficiosos de la GAT sobre el rechazo del trasplante fueron similares cuando se usó con (12 estudios: RR 0,61; IC del 95%: 0,49 a 0,76) o sin (cinco estudios: RR 0,65; IC del 95%: 0,43 a 0,98) tratamiento con el inhibidor de calcineurina (ICN). La GAT (con el tratamiento con ICN) tuvo efectos inciertos sobre la muerte (tres a seis meses; tres estudios: RR 0,41; IC del 95%: 0,13 a 1,22; uno a dos años, cinco estudios: RR 0,75; IC del 95%: 0,27 a 2,06; cinco años, dos estudios: RR 0,94; IC del 95%: 0,11 a 7,81) y pérdida de injertos (tres a seis meses, cuatro estudios: RR 0,60; IC del 95%: 0,34 a 1,05; uno a dos años, tres estudios: RR 0,65; IC del 95%: 0,36 a 1,19). 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.

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 al año (cuatro años: RR 0,57; IC del 95%: 0,35 a 0,93).

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.

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. Al excluir los estudios sin ICN, el riesgo de rechazo fue del 37% sin inducción, y seis pacientes necesitaron tratamiento para prevenir un rechazo.

En cuanto a la reducción al mínimo de los corticosteroides, el alemtuzumab previene el rechazo agudo al año, en comparación con la GAT. Once pacientes necesitarían

tratamiento con alemtuzumab para prevenir un rechazo, si se supone un riesgo de rechazo del 21% con la GAT.

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). Para algunos pacientes con un riesgo mucho mayor de rechazo, el tratamiento adicional se administra en el momento de la operación (que puede disminuir la capacidad del organismo para atacar el trasplante riñón y aumentar la función renal, pero puede aumentar el riesgo de complicaciones como la infección y el cáncer).

Se identificaron 99 estudios (265 registros; 8956 participantes; 33 con agentes contemporáneos). De los estudios disponibles en esta área, un anticuerpo contra las células inmunitarias humanas (GAT) disminuye en una tercera parte las posibilidades de que un paciente presente un rechazo renal, aunque no es posible precisar si este hecho prolonga la función del trasplante o la supervivencia renal para el paciente. La GAT aumenta significativamente las infecciones por virus, incluido el citomegalovirus. Además, no se comprenden del todo los efectos del tratamiento con GAT sobre el cáncer.

El alemtuzumab es otro tratamiento que se ha comparado con la GAT en los pacientes que han recibido menos o ningún tratamiento con corticosteroides como parte del tratamiento para el trasplante.

[www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)

## Bibliografía