

Tratamiento del rechazo agudo mediado por anticuerpos, ¿evidencia o empirismo?

Roberts DM, Jiang SH, Chadban SJ. The treatment of acute antibody-mediated rejection in kidney transplant recipients - a systematic review. *Transplantation* 2012;94:775-83.

Análisis crítico: Jara Caro, Natalia Polanco, Amado Andrés

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

* Ver versión completa del resumen estructurado en:

<http://dx.doi.org/10.3265/NefroPlus.pre2013.Aug.12213>

Este artículo debe ser citado utilizando esta referencia bibliográfica:

NefroPlus 2013;5(1):78-80

doi:10.3265/NefroPlus.pre2013.Aug.12213

Respuesta de los autores: no hay suficiente evidencia para establecer una guía terapéutica del rechazo agudo humoral (RAH) o mediado por anticuerpos basada en la literatura científica actual.

Lo que ya se sabía y lo que añade este artículo: se han ensayado multitud de tratamientos inmunosupresores para el RAH que incluyen plasmaféresis, inmunoadsorción, inmunoglobulinas intravenosas, bortezomib, corticosteroides, timoglobulina, eculizumab, micofenolato, rituximab, ciclofosfamida, tacrolimus, deoxipergualina y esplenectomía con mecanismos de acción diversos y pautas de administración variadas, y no existe hasta la fecha una guía clínica concreta que defina el mejor protocolo de actuación. Las pautas habituales son empíricas y se basan sobre todo en su eficacia en los regímenes de desensibilización.

Diseño y ámbito: revisión sistemática incluyendo estudios controlados, series de casos y casos clínicos publicados en diferentes centros y países, sin restricción de idioma.

Estudios: todas las publicaciones relacionadas con el tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos, rechazo agudo humoral o vascular (10 388 *abstracts*) requiriéndose únicamente un diagnóstico histológico; 12 pertenecían a estudios controlados.

Criterio principal de valoración: respuesta al tratamiento (incluida la pérdida del injerto) y mortalidad.

Resultados principales: la mayoría de los estudios son de baja calidad metodológica, no controlados, con pequeño número de casos (mediana 13 pacientes/brazo, rango intercuartil 5 a 23) y muy heterogéneos en cuan-

to a los criterios diagnósticos o pautas y dosis de los tratamientos empleados, lo que impide agrupar los resultados. Por ejemplo, solo un estudio controlado analiza el efecto de una columna de inmunoadsorción; únicamente incluye 10 pacientes con RAH según clasificación de Banff de 1997 dependientes de diálisis, observando que los 5 pacientes del brazo de intervención conseguían recuperación de la función renal y abandono de la técnica sustitutiva, pero no se determinaron anticuerpos donante-específico y no estaban equilibrados, ya que en el grupo de intervención existía menos depósito de C4d. Cuatro de los estudios controlados evalúan el efecto de la plasmaféresis, con resultados dispares, diferencias entre las pautas de tratamiento y en ninguno de ellos se usó inmunoglobulina de forma concomitante, hecho que difiere de la práctica clínica actual. El resto de las publicaciones seleccionadas se basan en series de casos o casos aislados, por lo que presentan una elevada heterogeneidad en todos los aspectos y un muy bajo nivel de evidencia, al no ser controlados.

Daño: no aplicable.

Sesgos, confusión y otras limitaciones: la mayoría de los estudios incluidos en la revisión sistemática presentan una marcada heterogeneidad (en criterios diagnósticos de RAH, severidad del rechazo, tiempo desde el trasplante, régimen terapéutico), por lo que resulta imposible realizar un análisis estadístico (metanálisis). Además, tienen un tamaño muestral pequeño, los criterios diagnósticos de RAH no están actualizados porque son publicaciones antiguas, no realizan monitorización de anticuerpos anti-HLA y presentan unos regímenes inmunosupresores de base variables y caducos.

Promoción: ausencia de financiación pública o privada.