



Carta al editor

Dr. José Luis Melchor*

* Miembro fundador (1997) y expresidente (2003) de la Sociedad Mexicana de Trasplantes.

Dr. Gustavo Martínez Mier:

Me permito enviar una opinión en relación con su reciente artículo publicado en la *Revista Mexicana de Trasplantes*, titulado: «**Experiencia mexicana con el uso de sirolimus en trasplante renal. Revisión global de la literatura y análisis de sus resultados**».¹ Leí a detalle su artículo y me pareció excelente porque ofrece una revisión completa de la experiencia con sirolimus (SRL) en México, lo que considero loable debido a que en el pasado fue regular la disputa y descalificación de algunos a quienes no les agradaba el fármaco y sometieron opiniones de arbitrio del mismo.

Sólo quisiera hacerle algunas precisiones sobre el manuscrito. Mi reporte de Viena² parece claro, pero lo haré más evidente: todos los pacientes en los diferentes brazos se trajeron con inducción (véase *Rev Mex Tras* 2016; 5: 2. Cuadro 1, pp. 66). El esquema de tratamiento inmunodepresor (que no es lo mismo que el galicismo «inmunosupresor», porque en español nadie inmunosuprime a los trasplantados: sólo los inmunodeprime para evitar el rechazo del aloinjerto) se basó en el esquema básico prednisona-azatioprina-ciclosporina (PDN-AZA-CsA) y nuestros resultados no encontraron diferencias estadísticamente significativas. Aun en 2016, no he visto estas diferencias, hasta en los últimos congresos mundiales a los que he asistido, donde se reconoce que ni anticuerpos monoclonales han cambiado la evolución de los trasplantes de donador fallecido.

Como último comentario: el asiduo defensor del micofenolato mofetilo (Meier-Kriesche) reconoció, después de revisar los registros de EUA, que no se encontró diferencia en resultados o mejoría en inmunodepre-

sores a cinco años,³ y su colaborador aceptó en Hong Kong que no sabía por dónde ir y que lo admitía.⁴

Así que en medicamentos para disminuir la respuesta inmune y evitar el rechazo agudo de aloinjertos (inmunodepresión), nos encontramos —a 10 años de que dejé y me jubilé de la práctica de cuidar a trasplantados (aproximadamente 700 pacientes directamente)— en un *impasse*: no hay medicinas que mejoren la supervivencia del injerto a cinco años, como previamente encontramos.⁵

Deseo que usted tenga mejores expectativas. Y es cierto: el trasplante renal en México no se concibe sin el IMSS. Gracias por leer mi texto.

REFERENCIAS

1. Martínez-Mier G, Méndez-López MT, Budar-Fernández LF, Ávila-Pardo SF, Soto-Miranda E, Lajud-Barquín F y cols. Experiencia mexicana con el uso de sirolimus en trasplante renal. Revisión global de la literatura y análisis de sus resultados. *Rev Mex Trasp*. 2016; 5 (2): 63-71.
2. Melchor JL, Cruz M, Bernal J. Sirolimus *de novo* with and without cyclosporine in kidney transplantation. A single center experience. *Transplantation*. 2004; 78 (2): 663-664.
3. Meier-Kriesche HU, Schold JD, Srinivas TR, Kaplan B. Lack of improvement in renal allograft survival despite a marked decrease in acute rejection rates over the most recent era. *Am J Transplant*. 2004; 4 (3): 378-383.
4. Lodhi SA, Meier-Kriesche HU. Kidney allograft survival: the long and short of it. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26 (1): 15-7.
5. Melchor JL, Gracida C. Kidney transplantation with living donors: better long-term survival. *Transplant Proc*. 1999; 31 (6): 2294-2295.

Correspondencia:

Dr. José Luis Melchor

Orizaba Núm. 198-1,
Col. Roma, Del. Cuahtémoc, 06700,
Cd. de México. Tel.: (55) 55543382
E-mail: melchor.jl@gmail.com



Respuesta del editor

Estimado Dr. Melchor:

Agradezco su correspondencia de manera significativa. Engrandece a nuestra revista y a sus lectores la participación abierta sobre los manuscritos publicados en la misma. Es un gusto leer su misiva.

Muchas gracias por sus precisiones con respecto a la tabla del manuscrito que señala. Sobre el *impasse* que menciona, podríamos hacer múltiples artículos de revisión y editoriales, algunos a favor de lo que usted amablemente menciona y otros en contra de lo mis-

mo. No obstante, es la búsqueda de información lo que hace que el conocimiento avance. Y sí: no podría estar más de acuerdo con usted. Cuando la seguridad social de nuestro país realiza más del 50% de los trasplantes en el territorio nacional, no se puede sino dar justo crédito y peso a la misma.

Siempre,

Dr. Gustavo Martínez Mier
Editor en jefe
Revista Mexicana de Trasplantes

www.medigraphic.org.mx