



Sección 26

doi: 10.35366/93502

Trasplante renal en receptor VIH+

Renal transplantation in HIV+ patients



Idalia Parra-Ávila,* Benjamín Gómez-Navarro†

* Dra. Idalia Parra-Avila. Nefróloga, especialista en trasplante renal. Departamento de Trasplantes. Unidad Médica de Alta Especialidad, Mérida, IMSS.

† Dr. Benjamín Gómez-Navarro Jefe del servicio de nefrología de la Unidad de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

1. En pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) portadores de infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), no existe contraindicación para realizar trasplante renal siempre y cuando se cumpla obligatoriamente con los siguientes criterios de selección:
 - 1.1 Demostrar adherencia al tratamiento antirretroviral (sobre todo terapia HAART).
 - 1.2 Cuenta de linfocitos T CD4+ por encima de > 200/μL en los últimos tres meses.
 - 1.3 Carga viral para VIH (ARN) no detectable en los últimos tres meses.
 - 1.4 Ausencia de infecciones por agentes oportunistas en los últimos seis meses.
 - 1.5 Ausencia de signos compatibles con leucoencefalopatía progresiva multifocal, criptosporidiosis crónica intestinal o linfoma.
2. En caso de coinfección con virus de hepatitis B o C, se recomienda solicitar valoración por infectología y hepatología para evaluar fibrosis hepática.
3. Es deseable que, previo al trasplante, se pueda concretar el manejo antirretroviral más apropiado en conjunto con el Servicio de Infectología, con el objetivo de anticipar potenciales interacciones farmacológicas postrasplante.

Para 2018, se estimó que alrededor del mundo, existían cerca de 37.9 millones de personas con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de los cuales 1.7 millones de individuos correspondieron

a casos nuevos.¹ Históricamente la infección por VIH se consideraba una contraindicación absoluta para el trasplante renal, debido a que se creía que la inmunosupresión podía desencadenar una infección progresiva e incrementaría la mortalidad en estos receptores.²

Cerca de 1% de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Europa y Estados Unidos de América, son portadores de la infección por VIH.³ El daño renal ocasionado por virus VIH se caracteriza por un cuadro clínico en el que se presenta proteinuria en rango nefrótico seguido de progresión en la falla renal.⁴⁻⁶ El 10% de los pacientes con infección por VIH pueden cursar con nefropatía asociada a VIH (HIVAN), la cual es la causa más frecuente de ERCT entre afroamericanos entre edades de 20 a 64 años.⁷⁻⁹

La terapia antirretroviral de gran actividad (HAART) está disponible desde 1996, con lo cual el pronóstico mejoró dramáticamente en los pacientes portadores de VIH,¹⁰ disminuyendo significativamente la morbi-mortalidad.^{11,12} A consecuencia de esta mejoría en el pronóstico a largo plazo en portadores de la infección por VIH, los programas de trasplante reevaluaron los criterios de exclusión para trasplante en esta población de pacientes. Es por ello que en la actualidad existen diversos centros alrededor del mundo que de manera rutinaria realizan trasplante renal en receptores con VIH, obteniendo desenlaces similares en supervivencia del paciente y del injerto al compararse con receptores de trasplante renal (TR) sin infección por VIH.¹³⁻¹⁵

De acuerdo al Registro Científico de Receptores de Trasplante (SRTR), la frecuencia de rechazo en recep-



tores de TR con VIH va de 31-41% al primer y tercer año postrasplante, respectivamente. Sin embargo, al compararse con receptores sin VIH, la frecuencia de rechazo agudo dentro del primer año, es 12% menor. El incremento en la frecuencia de rechazo en estos receptores VIH+ es de origen multifactorial. Por un lado, la interacción farmacológica entre los inmunosupresores con los antirretrovirales, tales como inhibidores de calcineurina y los inhibidores de proteasa (IPs) pueden ocasionar que no se logren niveles terapéuticos óptimos y mantenerse en dosis subterapéuticas, o bien, los esquemas con prescripción modificada (cada 48, 72 horas o semanal) para la toma de inmunosupresores dificultando una apropiada adherencia. Algunos centros de trasplante recomiendan esquemas libres de IPs cuando es posible reemplazarlos por inhibidores de integrasa, los cuales evitarán esta interacción farmacológica con la inmunosupresión estándar.¹⁵ Además, el desuso de inducción con depletores linfocitarios, por riesgo a sobreinmunosuprimir, puede contribuir con esta alta frecuencia de rechazo.

Cualquier paciente con VIH y ERCT es candidato a trasplante renal, siempre y cuando presente ciertos criterios para ser seleccionado. Estos criterios pueden ser específicos de cada centro; sin embargo, existen criterios generales que deben considerarse, de acuerdo con lo establecido en guías internacionales,¹⁶ los cuales son:

- Demostrar adherencia al tratamiento antirretroviral (sobre todo terapia HAART).
- Cuenta de linfocitos T CD4+ por encima de > 200/μL en los últimos tres meses.
- Carga viral para VIH (ARN) no detectable en los últimos tres meses.
- Ausencia de infecciones por agentes oportunistas en los últimos seis meses.
- Ausencia de signos compatibles con leucoencefalopatía progresiva multifocal, criptosporidiosis crónica intestinal o linfoma.
- En caso de coinfección con virus por hepatitis B o C, se debe solicitar valoración por infectología y hepatología para evaluar fibrosis hepática.

Algunos centros de trasplante sugieren que previo al trasplante se pueda concretar el manejo antirretroviral más apropiado en conjunto con el Servicio de Infectología, con el objetivo de anticipar potenciales interacciones farmacológicas postrasplante.¹⁷

REFERENCIAS

1. Global Statistics HIV/AIDS. [Accessed September 9, 2019] Disponible en: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics>
2. Spital A. Should all human immunodeficiency virus-infected patients with end-stage renal disease be excluded from transplantation? The views of U.S. transplant centers. *Transplantation*. 1998; 65 (9): 1187-1191.
3. Trullas JC, Cofan F, Tuset M et al. Renal transplantation in HIV-infected patients: 2010 update. *Kidney Int*. 2011; 79 (8): 825-842.
4. Rao TK, Filippone EJ, Nicastrì AD et al. Associated focal and segmental glomerulosclerosis in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med*. 1984; 310: 669-673.
5. Pardo V, Aldana M, Colton RM et al. Glomerular lesions in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med*. 1984; 101: 429-434.
6. Gardenswartz MH, Lerner CW, Seligson GR et al. Renal disease in patients with AIDS: a clinicopathologic study. *Clin Nephrol*. 1984; 21: 197-204.
7. Shahinian V, Rajaraman S, Borucki M et al. Prevalence of HIV-associated nephropathy in autopsies of HIV-infected patients. *Am J Kidney Dis*. 2000; 35: 884-888.
8. Ahuja TS, Borucki M, Funtanilla M et al. Is the prevalence of HIV-associated nephropathy decreasing. *Am J Nephrol*. 1999; 19: 655-659.
9. Winston JA, Bruggeman LA, Ross MD et al. Nephropathy and establishment of a renal reservoir of HIV type 1 during primary infection. *N Engl J Med*. 2001; 344: 1979-1984.
10. EBPG Expert Group on Renal Transplantation. I. Contraindications for transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2000; 15 (suppl 7): 5-6.
11. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med*. 1998; 338 (13): 853.
12. Günthard HF, Aberg JA, Eron JJ et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2014 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*. 2014; 312 (4): 410-425.
13. Xia Y, Friedmann P, Yaffe H et al. Effect of HCV, HIV and coinfection in kidney transplant recipients: mate kidney analyses. *Am J Transplant*. 2014; 14 (9): 2037-2047.
14. Locke JE, Mehta S, Reed RD et al. A national study of outcomes among HIV-infected kidney transplant recipients. *J Am Soc Nephrol*. 2015; 26 (9): 2222-2229.
15. Stock PG, Barin B, Murphy B et al. Outcomes of kidney transplantation in HIV-infected recipients. *N Engl J Med*. 2010; 363 (21): 2004.
16. Bhagani S, Sweny P, Brook G et al. Guidelines for kidney transplantation in patients with HIV disease. *HIV Med*. 2006; 7: 133-139.
17. Pascual J, Abramowicz D, Cochat P et al. Guías Europeas sobre manejo y evaluación de receptores y donantes renales. *Nefrología*. 2014; 34 (3): 293-301.

Correspondencia:

Dra. Idalia Parra-Avila

E-mail: dra.idaliaparra@gmail.com