

Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Salvador Allende"

TRASPLANTE RENAL SECUNDARIO DONANTE CADAVER DE 32 AÑOS DE EVOLUCION. A PROPOSITO DE UN CASO.

SECONDARY RENAL TRANSPLANTATION CADAVERIC DONOR OF 32 YEARS EVOLUTION. ON PURPOSE OF A CASE

Autores: MSc. Alina Pérez Falcón, MSc Francisco Avila Riopedre,

Dra. en Medicina. Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en Nefrología. Profesor Instructor. Email: alinapf@infomed.sld.cu

*Dr. en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Nefrología
Profesor Auxiliar*

RESUMEN

Se presentó un caso de un trasplante renal secundario de donante cadáverico de 32 años de evolución con función útil del injerto. Se valoró la supervivencia de trasplantes renales cadávericos primarios y secundarios en casuísticas internacionales. Se expusieron los resultados del examen clínico y de los medios auxiliares de diagnóstico. Se realizó un análisis y discusión de las principales complicaciones del receptor sindrómica y nosológicamente. Las complicaciones de este caso fueron la nefropatía crónica del injerto, la hipertensión arterial secundaria a la nefropatía crónica de la víscera transplantada y al tratamiento esteroideo, la Diabetes Mellitus inducida por los esteroides no complicada y Hepatitis Viral Crónica a Virus C.

Palabras claves: Trasplante renal cadáverico secundario; función útil del injerto; supervivencia; principales complicaciones del receptor; nefropatía crónica del injerto.

ABSTRACT

It's presented a case of cadaveric donor's renal secondary transplanting of 32 years of evolution with useful function of the implant. The survival of renal cadaveric primary and secondary transplanting was reviewed in international casuistry. The results of the clinical exam and the auxiliaries standard of diagnose were exposed. It's carry out an analysis and discussion of the principal complications of the recipient syndromical and nosological. The complications of this case were the chronic nephropathies of the insert; the arterial hypertension arterial secondary to the chronic nephropathies of the transplanted organ and the steroids treatment, the Diabetes Mellitus induced by the steroids and Viral Hepatitis Chronic to Virus C.

Key words: Cadaveric donor's renal secondary transplanting; useful function of the implant; survival; Principal complications; chronic nephropathies of the insert.

INTRODUCCION

Las bases de la cirugía del trasplante renal TR fueron creadas a principios del siglo XIX por Alexis Carrel, pero no fue hasta 1954 en la que se logró realizar este proceder terapéutico por Murray en Boston.¹ El TR es la técnica de elección para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) al proporcionar mayor supervivencia que los métodos de suplencia, mejor calidad de vida y menor costo después de los 4 años de evolución.²

El éxito de este método se mide por el elemento fundamental que es la supervivencia del injerto o vida útil complementada por el grado de rehabilitación alcanzada por el enfermo.^{3,4}

La supervivencia se eleva cada día más en la medida que avanza el desarrollo tecnológico. En los Estados Unidos de Norteamérica la supervivencia del donante cadáver al año aumento del 75.7 % en 1988 a 87.7% en 1996 y a 95% en 2011.^{5,6} En Cuba Marmol y cols. Reportan en un estudio de 314 primeros trasplantes renales de donante cadáver supervivencias de 31.5 %, de 26.5 % y 40.3% en un estudio de 15 años dividido en tres quinquenios de 1994 a 2008 realizado en el Instituto de Nefrología.⁷

A pesar del advenimiento de nuevas drogas inmunodepresoras muchos autores coinciden en que la supervivencia a largo plazo no ha tenido una mejoría

significativa después de los 10 años.^{8,9,10,11} También coinciden los referidos reportes en que la supervivencia del segundo trasplante es del 50% con relación al injerto renal primario.

En la bibliografía consultada no hemos encontrado datos sobre supervivencia del trasplante renal en el continente africano y en Gabón no se realiza esta modalidad de tratamiento. Es trascendental encontrar un paciente con un segundo riñón transplantado cadavérico con una función útil del injerto luego de 32 años con un esquema inmunosupresor doble de la década preciclosporina de los años 70 del pasado siglo, residente en Gabón seguidos por médicos de este país y de la colaboración médica cubana. Estamos convencidos que es uno de los trasplante más longevo del mundo con buen nivel de rehabilitación y esto constituye una motivación con la que el trabajo pretende exhortar para que en este país se desarrolle la mejor alternativa de tratamiento para los enfermos renales en estadio terminal y se extienda a todo el continente africano con la cooperación médica cubana de apoyo.

OBSERVACION CLINICA. PRESENTACION DEL CASO

Datos: Paciente MVOGA ANTOINE, edad 66 años, raza negra, masculino, antecedente de IRCT por vía de la nefropatía vascular, tiene 4 hijos antes del trasplante y uno después del segundo trasplante. Primer trasplante en Francia en el Hospital TENON, 75020 Paris, Dr. Galigneau, no funcionó por trombosis del órgano, segundo trasplante en julio de 1982 en Francia, en el mismo Hospital. Este último evolucionó los primeros cinco días con una insuficiencia renal aguda del injerto hasta alcanzar una función normal, medida por la creatinina. Después del segundo trasplante estuvo 6 años en Francia y después por consulta externa en Gabón y Marruecos. Antecedentes patológicos personales: Hipertensión Arterial desde 1978, Diabetes desde el 2008, portador de anticuerpos para la Hepatitis C Positiva en tiempo no precisado.

Examen Físico: Positivo tensión arterial 160/70, cicatriz quirúrgica en ambas fosas ilíacas, se palpa aumento de volumen en fosa ilíaca izquierda compatible con riñón transplantado.

Exámenes complementarios: Hemoglobina 12 g/l, es un O Positivo, glicemia 7.7 mmol/l, urea 10.7 mmol/l, creatinemia 143 micromol/l, PCR Negativa.

Electrocardiograma: Hipertrofia ventricular izquierda, Fondo de ojo, retinopatía hipertensiva grado II, ultrasonido renal, fosa ilíaca izquierda tamaño normal aumento de la ecogenicidad, riñones propios atróficos. Hepatitis C Positivo. Resto de los exámenes complementarios negativos

Tratamiento actual: Prednisona 10 mg/día, azathioprina 50 mg/día, amiodipino 10 mg/día, furosemida 40 mg/día.

COMENTARIOS. DISCUSIÓN DEL CASO

Planteamos sindrómicamente:

1- Síndrome de insuficiencia renal crónica.

En todo receptor de un injerto renal de muy larga duración el primer diagnóstico ante una elevación de la creatinina de lenta y persistente, es la nefropatía crónica del injerto^{3,5,6} unido al aumento de la ecogenicidad de la víscera injertada.

2- Síndrome endocrino metabólico.

Dependiente de la medicación esteroidea de larga duración coincidiendo con Bustabad y con Cantarovich^{12,13}, en donde se argumenta el efecto hiperglucemiante de los esteroides sobre una base genética.

3- Síndrome de Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial acompañada a la nefropatía crónica del injerto. Este diagnóstico tiene un gran valor en el orden clínico ya que la demostración histológica no es posible en este medio. Puede también estar asociada al uso de esteroides^{12,13}.

4- Síndrome Hepatocelular.

Hepatitis C probablemente adquirida luego del trasplante, en estos momentos no hay actividad viral.

Planteamientos Nosológicos:

1- Trasplante renal secundario a donante cadáver con 32 años de evolución y función útil del injerto

2- Nefropatía crónica del injerto renal

3- Hipertensión arterial secundaria a la nefropatía crónica del injerto y a la terapéutica esteroidea.

4- Diabetes Mellitus de los esteroides con buen control no complicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Green C. Kidney transplantation: a review. P 3-4. The Oxford University Press, 1999.
- (2) Wolfe R. et. Al.: Comparison of mortality in all patients on dialyses awaiting transplantation and recipients of a first cadaveric transplant. N. Engl. J. Med 2007, 341: 1725 -1730
- (3) Arce Bustabad S: Trasplante renal y enfermedad renal crónica. Sistema de leyes integradoras. Editorial Ciencias Medicas La Habana, 2009
- (4) Rodríguez M, Plubins L, Rosati M, Lagos E, Sotomayor G, Ugarte C, et. al. Programa de trasplante renal en el Hospital San Juan de Dios. Boletin Hosp. San Juan de Dios, [en línea] 1999 [accesado 17/10/2012]; 46(2):1- 4 Disponible:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=243993&indexSearch=ID>
- (5) Hariharan S. et. Al: The use of daclizumab, tacrolimus and Mycophenolate mofetil in first renal transplant recipients. Am. J. Transplant 2011; 3, 1010 – 1016.
- (6) USRDS. Atlas of ESRD in the United States. Am. J. Kidney Dis. 2011; 4, 117 – 134.
- (7) Marmol A. et. Al.: Supervivencia del trasplante renal primario. Estudio comparativo de tres quinquenios. Instituto de Nefrología 1994- 2008. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012, La Habana 3 al 7 Diciembre de 2012.
- (8) Moresco F.; Hernández D. : ¿Ha mejorado la supervivencia del injerto renal en la era de la moderna inmunosupresión?, Nefrología Vol. 33, 2010
- (9) Post TW, Wella J.: Patient survival after transplantation. Transplantation, 2009.
- (10) Prognosis after primary renal transplant failure and the beneficial effects of repeat transplantation. Transplantation, 1998, 651- 653.
- (11) Álvarez Y., Magrans C., Mármo A., (et-al): Trasplante prediálisis y posdiálisis. Estudio comparativo de trasplantes con donante fallecido. Rev Cubana Med 2011; 50(2):2-7.

(12) Arce Bustabad S.: Compatibilidad HLA y raza: su influencia en el trasplante renal en Cuba. Serie Información Temática Vol. 4, No. 1, 3 - 8, La Habana 2009.

(13) Cantarovich F. (et-al):Clinical evaluation of early predictors of renal transplantation results. Transp. Proc. 2008, Feb. - Mar, 1 -2, 192 - 193.