

## Original

# Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares

A. Morey Molina, M.A. Munar Vila, A. Alarcón Zurita, J.E. Marco Franco (\*)

Que el trasplante renal es la terapéutica de elección de la insuficiencia renal terminal, es evidente desde hace ya 25 años, siendo capaz de proporcionar una mayor rehabilitación y reinserción sociolaboral, así como una mejor calidad de vida y reducir los costos económicos. La eficacia y extensión del tratamiento sustitutivo mediante diálisis ha propiciado un aumento progresivo de enfermos cada vez con edades más avanzadas; no hace muchos años los trasplantes se realizaban en pacientes por debajo de 50 años, en la actualidad y debido a los avances acaecidos en el terreno de la histocompatibilidad, perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, la introducción de la ciclosporina en los años 80, los nuevos fármacos de la década de los noventa como el micofenolato y el tacrolimus y la reinclusión en diálisis de pacientes que habían recibido un trasplante, han contribuido a elevar las indicaciones hasta los 70 años.

Es nuestra intención con el presente artículo, divulgar entre la clase médica balear, la forma de proceder a la hora de seleccionar a los posibles receptores de un injerto renal de cadáver en nuestra Unidad de trasplante renal, así como las alternativas ofrecidas en los casos de trasplante infantil y renopancreático.

(\*) Servicio de Nefrología. Unidad de trasplante renal. Hospital Son Dureta.

## Introducción.

El trasplante renal es el tratamiento de elección en la insuficiencia renal crónica, si bien los procedimientos de depuración extrarrenal permiten un compás de espera para la correcta selección y preparación de los candidatos, así como la obtención de una víscera con un grado de histocompatibilidad aceptable. Por lo tanto cobra vital importancia un correcto estudio de los candidatos, teniendo presente sus condiciones individuales desde el punto de vista médico, quirúrgico y psíquico, a la vez que se le proporciona una cumplida información sobre los beneficios que se piensan alcanzar y los efectos adversos o complicaciones que pueden producirse.

Este protocolo pretende recoger de una manera ordenada, la metodología que se venía utilizando en la Unidad de trasplante renal, a la vez que desarrollar e incorporar nuevos aspectos; para ello se ha llegado a un consenso entre ellos y los nefrólogos de los hospitales de Manacor, Virgen de Montetoro (Mahón), Can Misses (Ibiza), centros concertados de hemodiálisis de Policlínica Miramar, Nefdial y los coordinadores de trasplante.

En un futuro y haciendo uso de la informática queremos posibilitar que la consulta de la lista de espera pueda ser efectuada por los médicos responsables de las distintas Unidades de diálisis, para conocer en que situación se encuentran sus pacientes y poder transmitirnos cualquier información de relevancia de forma rápida y segura.

## Requisitos para inclusión

- 1.- Edades comprendidas entre 18 y 70 años.
- 2.- Voluntad de recibir un trasplante renal después de haber recibido la información preceptiva.
- 3.- Someterse a revisiones periódicas 6-12 meses.
- 4.- No estar incluido en otra lista de espera.
- 5.- Pruebas obligatorias:

- Las correspondientes a las revisiones anuales de hemodiálisis y DPCA. (analítica de sangre y orina, RX. tórax y abdomen, Ecografía renal, ECG, Ag HBs, HIV, HVC,EBV, Herpes V, CMV IgG, Toxoplasma, Lúes.)
  - Mantoux.
  - Ecografía hepato-biliar, renal y vesical con medición de residuo postmiccional si diuresis.
  - Grupo sanguíneo
  - Tipaje HLA y DR, determinación de anticuerpos linfocotóxicos 3-4 veces al año y 15 días después de cualquier transfusión o embarazo.
  - Revisión urológica (con o sin cistografía).
  - Revisión ginecológica anual con mamografía si mayor de 50 años.
  - Revisión anual odontológica.
  - Varones mayores de 50 años PSA.
  - Vacunación antihepatitis B.
- 6.- Pruebas opcionales y recomendaciones:
- Tránsito esófagogastroduodenal, si antecedentes o clínica de dispepsia gástrica o hemorragia digestiva alta, completar con esofagogastroscofia.
  - Enema opaco de colon opcional en mayores de 55 años o sospecha de diverticulosis.
  - Ecografía cardíaca.
  - Ergometría en pacientes mayores de 60 años.
  - Gammagrafía cardíaca y coronariografía por indicación del cardiólogo.
  - Angiografía aortoiliaca, en pacientes mayores de 60 años, con clínica o calcificaciones vasculares en Rx simples.
  - Espirometría.
  - Valoración psiquiátrica. (en casos especiales).

## Consideraciones especiales

- Pacientes diabéticos y mayores de 50-60 años.

Valorar posible patología vascular: cerebral con Doppler troncos supra-aorticos, TAC craneal.

Cardíaca con Ergometría, Gammagrafía y Coronariografía.

Periférica con angiografía.

- Portadores de anticuerpos anti hepatitis c.
  - Biopsia hepática si PCR positivo o transaminasas alteradas.
  - Hepatitis crónica persistente más PCR positivo protocolo de interferón + ribavirina.
  - Trasplantar con transaminasa normales y PCR negativo.
  - Cirrosis hepática, plantearse trasplante combinado riñon-hígado..
- Hepatitis B
  - No trasplantar a los que presentan marcadores de replicación viral (DNA polimerasa)
  - Hacer biopsia a todos los candidatos, contraindicar si cirrosis o hepatitis crónica activa. Pueden recibir un riñón procedente de donante Ag. HBs +, descartada previamente la existencia de hepatitis delta.
- Lupus eritematoso sistémico.
  - Debe estar libre de actividad lúpica clínica (la actividad serológica no contraindica la inclusión).
  - Descartar previamente anticuerpos anticardiolipina.
- Enfermedad de Wegener.
  - Recurrencias hasta el 70 %.
- Glomeruloesclerosis segmentaria y focal.
  - Recidiva después del primer trasplante 25%.
  - Recidiva después del segundo trasplante más del 80%.
- Goopasture.
  - Anticuerpos antimembrana basal deben ser indetectables (recurrencia escasa).
- Bandas monoclonales benignas.

Vigilar durante 12 meses.

- Insuficiencia coronaria.  
Tratar mediante angioplastia, stent o by-pass.
- Hiperparatiroidismo severo.  
Paratiroidectomía si no responden al tratamiento con derivados sintéticos de la Vit D3.
- Mantoux positivo. Se pueden elegir una de estas opciones:
  - a).- Si antecedentes claros de T.B. o lesiones residuales en Rx tórax, Isoniacida 5 mg/Kg/días (no pasar de 300 mg), durante 9 meses.
  - b).- Si antecedentes claros de infección tuberculosa con tratamiento incorrecto, se realizará tratamiento pleno.
  - c).- Si Rx tórax normal, valorar tratamiento con Isoniacida (igual anterior) antes o después del trasplante.En pacientes mayores de 40 años hay riesgo de elevación enzimas hepáticos con la Isoniacida, no tratar si existen dudas.
- Neoplasias.

La inmunización favorece el crecimiento de células malignas.

Posibilidad de recidiva entre 0-10%:

- Carcinoma renal asintomático.
- Carcinoma testicular.

Esperar dos años

- Carcinoma cuello de útero.
- Carcinoma de tiroides.
- Carcinoma linfomas.

Posibilidad de recidiva entre 11-25%:

Tumor de Willms.

- Carcinoma cuello de útero.

Esperar entre 2-5 años

- Carcinoma de mama.
- Carcinoma de colon.
- Carcinoma in situ vesical.

Posibilidades de recidiva entre 26-88%:

- C. Vejiga
- Sarcomas.
- Melanomas.

Esperar más de 5 años

- C. Renal metastásico.
- Mieloma.
- C. de piel escamoso.

No precisan de tiempo de espera:

- C. Basocelular de piel.
- Tumores vesicales papilares no invasivos.

Trasplante prediálisis:

En niños.

Diabéticos tipo I (renopancreático) evitando así la progresión de las lesiones retinianas, neurológicas y vasculares.

- Trasplante combinado riñón y páncreas:  
En pacientes menores de 45 años, valoración especial entre 45 y 50 años, excluir a los > de 50 años, en Hospital i Provincial de Barcelona.

Indicaciones de nefrectomía pretrasplante.

- Infección crónica del parénquima renal.
- Cálculos que pueden provocar infección.
- Proteinuria masiva.
- HTA intratable.
- Enfermedad poliquística (gran tamaño, infección, sangrado).
- Enfermedad quística adquirida con sospecha de carcinoma.
- Reflujos vesicoureterales (según urología).

Contraindicaciones relativas.

- Ulcus gástrico o duodenal activo.
- Colelitis (colecistomía previa especialmente en diabéticos).
- Diverticulosis (valorar colectomía previa).
- Infecciones de DPCA (esperar entre 4-6 semanas desde su curación).
- Obesidad, definida en términos de peso ideal, mayor del 130 %.
- Malnutrición severa.
- Cirrosis hepática (plantearse doble trasplante riñón-hígado).

#### Contraindicaciones absolutas:

- HIV positivos (pendiente nueva valoración).
- Neoplasias con corta esperanza de vida.
- Psicosis mal controladas, retraso mental.
- Drogadicción y etilismo.
- Habitual falta de colaboración.
- Infecciones crónicas.
- Úlceras diabéticas
- Hepatitis crónica activa y cirrosis hepática.
- Enfermedad pulmonar obstructiva grave.
- Amiloidosis (no Beta 2).

## Procedimiento.

1. Se ofrecerá la posibilidad de inclusión en lista de espera a todo paciente que

acceda a tratamiento sustitutivo renal. A los diabéticos tipo I menores de 50 años en la fase de prediálisis (aclaramientos de 20 ml/min).

2. Información exhaustiva, explicando el documento de consentimiento informado, añadiendo los riesgos personalizados y aclarando cuantas dudas puedan surgir.

3. Solicitud de pruebas complementarias y confección de hoja de resumen. Se actualizará anualmente o siempre que existan situaciones que lo requieran.

4. Para trasplante infantil (edad de 2 a 18 años) contactar con el Servicio de Nefrología Infantil Hospital Materno infantil Valle Hebrón. Barcelona

## Bibliografía.

-Handbook of kidney transplantation G.M. Danovich. Second edition. Edit-Little, Brown 1996.

-G. Polo. Soluciones quirúrgicas en el trasplante renal utilizando riñones añosos. Nefrología 18 (5):91-93. 1998.

-E. Ramos, M.H. Sayegh. Evaluation of the potencial renal trasplant recipient. Up To Date 1998.

-J.M. Morales, A. Andrés, L. Pallardo, L. Capdevila, J.M. Campistol, J.M. Gil Vernet, J.M. Grinyo, F. Oppenheimer, I. Lampreave, F. Valdés, D. del Castillo, J.M. González Posada, F. Anaya, L. Orofino, R. Marcén, M. González Molina, M. Arias. Grupo de estudio Forum Renal. Documento de consenso: Trasplante renal en pacientes de edad avanzada con riñón de donante añoso. Nefrología 18 (5): 32-46. 1998.

-M.H. Sayegh, A.A.Kaplan, C.B. Carpenter. Focal

glomerulosclerosis: Recurrence after transplantation. UpToDate 1998.

-N. Ismail. Renal transplantation and the elderly. UpToDate 1998.

-Trasplante y virus. B. Miranda, R. Fernández, R. Usieto. De. Cesa. Madrid 1997.

-A. Morey, A. Alarcón, J.M. Gascó y J Bestard. Trasplante de riñón y páncreas. Colaboración Hospital Clínic i Provincial Barcelona-Mallorca. Nefrología 16:98. 1996

-Patient selection for and immunologic issues relating to kirney-pancreas transplantation in diabetes mellitus. UpToDate 1998.

-M.H. Sayegh, C.B. Carpenter. Renal transplantation in diabetic nephropaty. UpToDate 1998.