

Trasplante de páncreas después del trasplante de riñón de donante vivo.

M^aJ.Ricart, G.Martínez, I.Revuelta, F.Diekmann, R.García, E.Esmatjes,
F.Oppenheimer, L.Fernández-Cruz.

Hospital Clínic. Barcelona.

TP después del TR de donante vivo

Ventajas

Realizar TR pre- diálisis

Aumentar número donantes

Minimizar el tiempo en LE

Buena supervivencia del paciente e injerto renal

Objetivo

Analizar los resultados del trasplante de páncreas realizado después de un trasplante de riñón de donante vivo.

Pacientes y métodos

• nº casos	7 (1 reTxP)
• nº pacientes	6
• edad (años)	36±6
• sexo (H/M)	4 / 2
• DM (años evolución)	22±5
• diálisis (meses)	2/6 (3,7±5)
• intervalo TR-TP (meses)	14±11 (7-41)
• inmunosupresión TR	Sim+Tac+M+P
• inmunosupresión TP	Timo+Tac+M+P

Pacientes y métodos

Caso	Donante riñón	Compatibilidad HLA -TR	Compatibilidad HLA-TP	Ac. Linfocitotóxicos pre TR / TP
1	Hermana	3	1	neg / neg
2 (ReTxP)	--	-	1	/ 12%
3	padre	4		neg / neg
4	madre	3	1	neg / neg
5	madre	3	1	neg / neg
6	esposa *	2	1	neg / neg
7	esposo	0	0	neg / neg
<p>*ABO incompatible. Tratamiento: Rituximab (1), gammaglobulinas (2), inmunoadsorción (5+1).</p>				

Resultados

Caso	Evolución TR (meses)	Evolución TP (meses)	Rechazo Riñón (pre / post TP)	Rechazo Páncreas (episodios)
1	54	6	0 / 0	2
2 (ReTx)	54	12	0 / 0	2
3	37	25	0 / 0	4
4	39	20	0 / 0	1
5	20	13	0 / 0	1
6	19	7	0 / 0	0
7	17	5	0 / 0	0
M±DE	34±16	14±9	-----	1,4±1,3

Características del rechazo

Caso	Rechazo Páncreas (episodios- trat.)	Aparición post-TP	Biopsia páncreas	Anti HLA postTP (Luminex)	Evolución
1	2 (1MP, 1MP+ATG)	5, 6 meses	No	tipo I y II neg.	Fallo 6 meses.
2 (ReTx)	2 (1MP, 1MP+ATG)	5, 6 meses	1-RA grado I 2-RC activo	tipo I y II neg.	Disfuncionante Insulina 12 mes
3	4 (3 MP, 1 MP+ATG)	10 días, 1,5 y 7 meses	No	tipo I y II neg.	normofuncionante
4	1 (1MP+ RC+Ritux)	20 meses	No rechazo. C4d+debil,focal	tipo I y II neg.	normofuncionante
5	1 (MP+MP)	15 días	No	tipo I y II neg.	normofuncionante
6	0	-----	-----	tipo I y II neg.	normofuncionante
7	0	-----	-----	tipo I neg. y II positivos.	normofuncionante
M±DE	2 episodios/paciente	167±169 días post-TP			

Otras complicaciones

Caso	Post-TR	Post- TP
1	Ninguna	Ninguna
2 (ReTx)	-----	CMV
3	Ninguna	Sangrado (reintervención).
4	Ninguna	Linfoma.
5	Ninguna	Suboclusión por brida (reintervención)
6 (ABO incomp)	Ninguna	Ninguna
7	Ninguna	Hemoperitoneo (reintervención)

Función pancreática

	Glucosa mgr/dl	HbA1c %	Amilasas U/L	Lipasas U/L	Péptido C ng/ml
1 mes post-Tx (7)	87 ± 6	5,7 ± 0,7	96 ± 44	52 ± 33	4,5 ± 0,6
3 meses post-Tx (7)	90 ± 11	4,6 ± 0,5	95 ± 36	57 ± 32	4,2 ± 0,5
6 meses Post-Tx (6)	85 ± 3	4,7 ± 0,4	144 ± 89	147 ± 193	4,4 ± 0,5
12 meses Post-Tx (3)	87 ± 8	4,5 ± 0,3	78 ± 7	36 ± 9	3,8 ± 0,2

Función renal y tratamiento

	Creatinina mgr/dl	MDRD >60ml/mn	Proteinuria mgr/24h	Niveles TAC	Dosis cortis mgr/día	Dosis MPA mgr/día
Pre-Tx	1,1 ± 0,2	7/7 (100%)	370 ± 276	7 ± 4	4,6 ± 0,9	1131 ± 323
1 mes post-Tx	1,2 ± 0,2	3/7 (42%)	275 ± 132	11 ± 4	18,5 ± 2,4	1234 ± 192
3 meses post-Tx	1,3 ± 0,2	4/7 (57%)	208 ± 122	14 ± 5	11,4 ± 2,4	1285 ± 146
6 meses Post-Tx	1,3 ± 0,3	3/7 (42%)	271 ± 162	10 ± 1	9,1 ± 5,6	1182 ± 342
12 meses Post-Tx	1,3 ± 0,4	3/6 (50%)	361 ± 288	10 ± 4	5,5 ± 1,1	1296 ± 197

Biopsia renal

Caso	Biopsia renal
1	No
2 (ReTx)	No
3	8 días Pre-TP Lesiones crónicas inespecíficas atribuidas al donante
4	22 meses post-TP (Aumento creatinina) toxicidad anticalcineurínicos + capilaritis significado incierto
5	5 y 6 meses pre-TP . Toxicidad anticalcineurínicos 5 meses post-TP . FI+AT grado I
6 (ABO incomp)	7 meses pre-TP normal (C4D+) 2 meses post-TP normal (C4D+)
7	7 meses pre-TP lesiones crónicas inespecíficas 2 meses post-TP muestra poco significativa

Conclusiones

- La incidencia de rechazo agudo es muy elevada. Este rechazo no siempre es precoz, lo que obliga a monitorizar de cerca la función pancreática y a mantener una mayor inmunosupresión.
- La realización del TP no ha representado la pérdida de ningún injerto renal , aunque se ha observado una discreta afectación de la FR después del Tx que puede atribuirse a la misma intervención, a complicaciones asociadas, o bien al mantenimiento de dosis altas del anticalcineurínico

Conclusiones

- Esta modalidad de trasplante, debe considerarse como una opción de tratamiento, aunque es importante disponer de un mayor número de TP y con un mayor seguimiento para poder evaluar mejor los resultados.
- Es aconsejable realizar TR con buenos donantes, ya que de no obtener una correcta función renal, podría contraindicarse la realización de un posterior TP.