

Trasplante de páncreas

Caso clínico

M^a José Ricart
Hospital Clínic. Barcelona

Caso clínico

- Mujer de 34 años de edad
- DM tipo 1 diagnosticada a los 11 años.

- Complicaciones crónicas:
 - Retinopatía proliferativa. Amaurosis.
 - Polineuropatía
 - Nefropatía. IRC. Inicio HD en Enero de 1992.

- Valoración TRP e inclusión en LE en Julio de 1992.
- Estudio correcto. Ac. Linfocitotóxicos 0%

TRP 21-02-93

- Donante 20 años. TCE.
- 0 identidades HLA donante/receptor
- Riñón en FII. Páncreas en FID (Deriv. urinaria)
- Tratamiento: OKT3, Aza, CsA, pred.
- Ambos injertos funcionantes de inmediato

Complicaciones post-TRP:

- Marzo 93. Infección CMV (D-/R+)
- Marzo 94. Osteomielitis cabeza metatarsiano.
Amputación de 4º dedo de pie derecho
- Junio 94. Pancreatitis del injerto por reflujo.
- ITU repetición

Control ambulatorio 21-05-01 (8 años del Tx).

- Asintomática. BEG.
- Creatinina 1,3 mgr/dl. Cl Cr 44 ml/mn.
- Proteinuria 1,2 gr/24h.
- Glicemia basal 80 mgr/dl.
- HbA1c 4,7%.
- Amilasas y lipasas séricas (111 / 113 U/L)
- Amilasas y lipasas urinarias (82.230 / 86.430 U/24h)
- Tratamiento : CsA (niveles 129ng/ml),
prednisona 5 mgr/día
Bicarbonato Na 9 gr/24h.

Ingreso UCIAS (Octubre 2001).

- Cuadro de polidipsia severa de 2 días de evolución
- ITU la semana previa.
- No cambios en el tratamiento. CsA (niveles 259 ng/ml). prednisona 5 mgr/día.
- Función renal estable (creat.1,3 mgr/dl, CL 48 ml/mn.)
- Glicemia de 730 mg/dl. HbA1c 7,9%.
- Amilasas y lipasas séricas (60 /62 U/L)
- Amilasas y lipasas urinarias (81.500 / 215.000 U/24h)
- Ecografía-doppler: páncreas de tamaño normal y ecoestructura homogénea. Doppler normal.

CAD —————> Insulinización

Evolución post-TRP

	Pre-TRP	93	94	96	97	99	Oct.01
Glicemia (mg/dl)		75	67	84	87	86	730
HbA1c (%)		5	4,7	4,8	4,7	5	7,9
Péptido C (ng/ml)		5,1	2,6	2,1	1,3	1,6	1,2
GADab (U/ml)	68				46	45	3075
TTOG		n	n	n	n	n	-----

Febrero 2002.

- Valoración para ReTx P e inclusión LE
- Ac. Linfocitotóxicos 0%
- Función renal estable. Creat. 1,3 mgr/dl. Cl Cr 40 ml/mn. ml/mn.

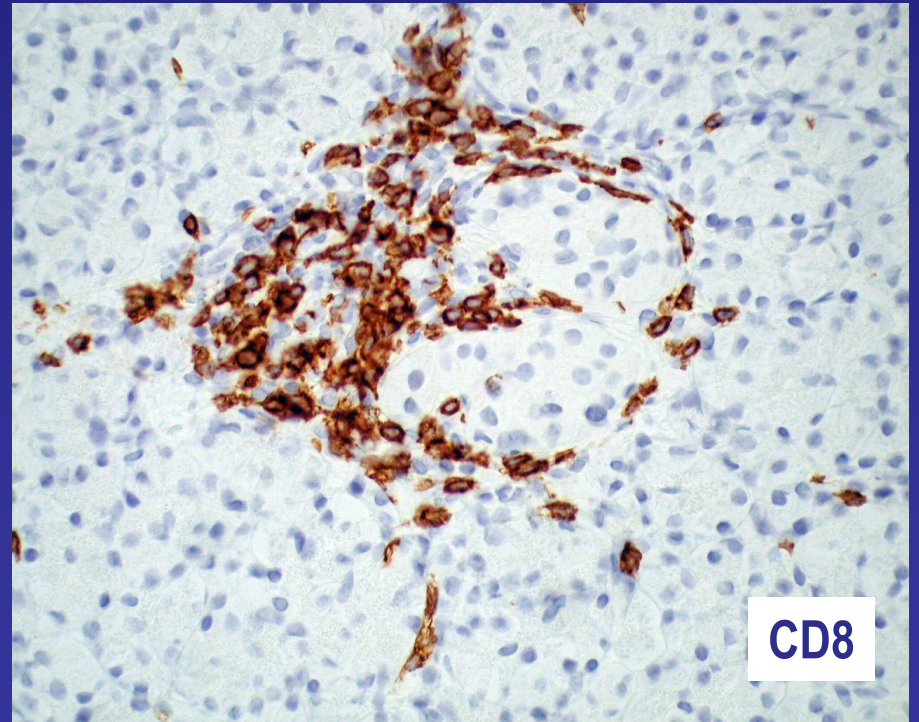
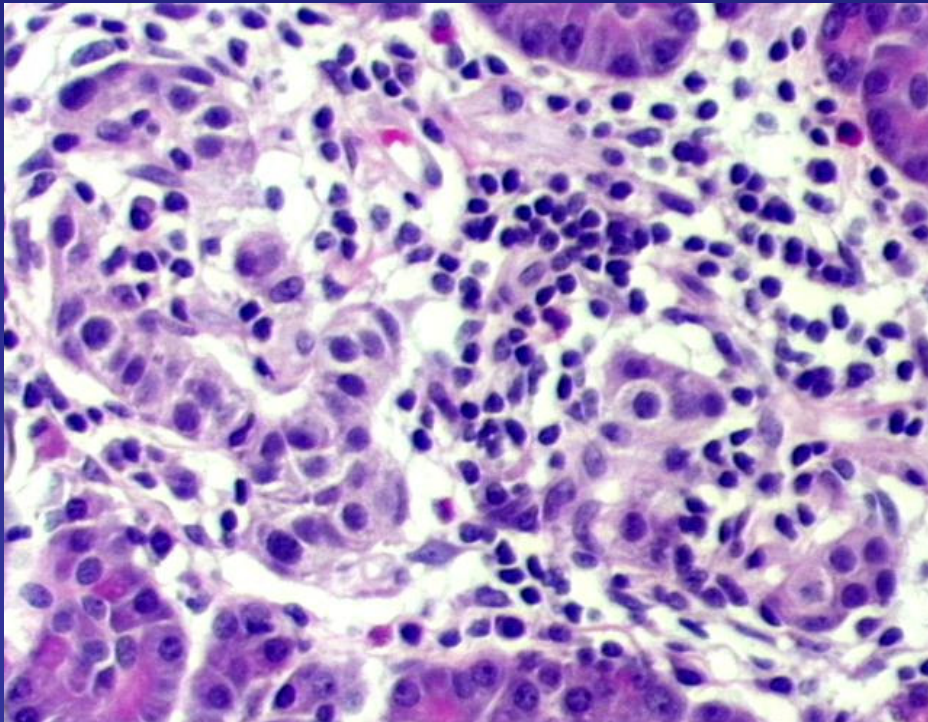
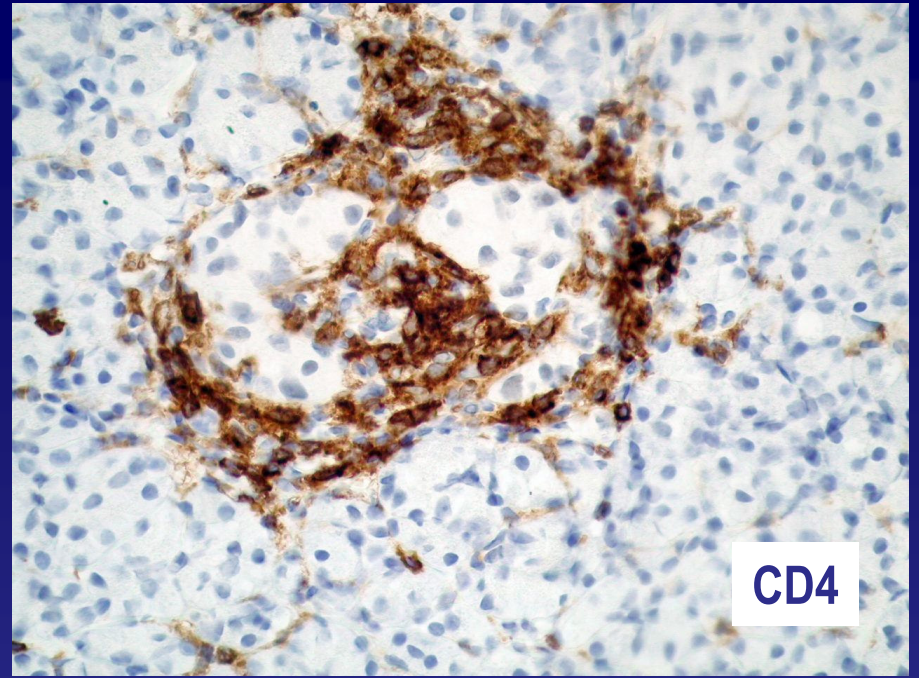
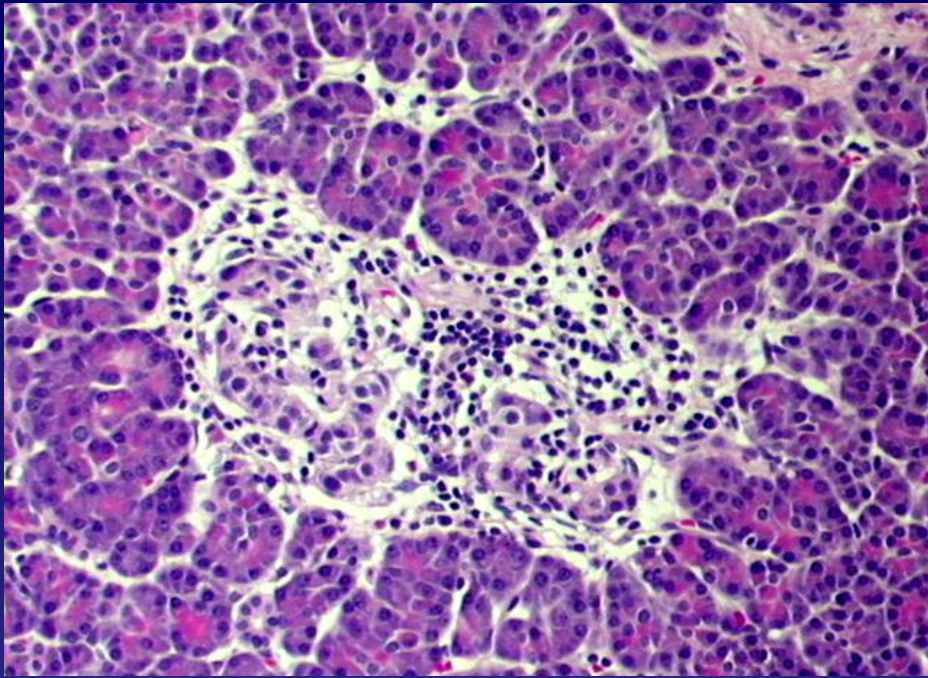
- Amilasas y lipasas séricas 69/53 U/L
- Amilasas/lipasas urinarias 475.800/81.900 U/24h.
- HbA1c 7,5%.

ReTxP 07-07-02

- Donante 18 años. TCE.
- 0 identidades HLA donante/receptor
- Páncreas en FID (der. intestinal). Trasplantectomía previa.
- Tratamiento: Timo, Tac, MMF, pred.
- Injerto funcionante de inmediato

Complicaciones post-TRP:

- Pequeño trombo parcial v.esplénica. Trat. AAS
- Discreto aumento creatinina 1,5 a 2,2. Se atribuye a niveles elevados de TAC.



Control ambulatorio 02-11-2010 (8 años TP)

- BEG. Asintomática
- F. Renal correcta. Creat. 1,3 ml/dl. MDRD 43 ml/mn. Proteinuria 241 mg/24h.
- Glicemia basal 89 mg/dl.
- Amilasas y lipasas séricas 67/52 U/L
- HbA1c 5,3%.
- Tac (5,8 ng/ml). MMF. Prednisona 5 mgr/día

Evolución post-TP

	Julio2002	Oct. 2004	Dic. 2006	Nov. 2008	Nov.2010
glicemia	69	71	73	79	89
HbA1c	5,6	3,9	4,5	4,6	5,3
amilasas	97	54	53	67	67
lipasas	134	41	33	41	52
péptidoC		2	1,8	2,7	4,7
GADab		44	19,20	24,2	460
TTOG		n	n	n	n

RECIDIVA ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN TP

- Recidiva de la enfermedad AI en TP entre hermanos gemelos (Sibley 1985).
- Recidiva en 8 pacientes (sobre 200 TP) , 3 gemelos y 5 hermanos HLA- idénticos (Sutherland 1989).
- Recidiva en 2 TP (sobre 155 TP) de donante cadáver (Tyden 1996).

RECIDIVA ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN TP

- Posible asociación entre reaparición de ICAS y fallo del injerto (Bosi 1989)
- Mayor prevalencia de TTOG anormales en TP con reaparición de marcadores inmunológicos (Esmatjes 1998)
- La presencia de anti-GAD o anti-IA-2 pre-Tx no influye en la supervivencia del injerto, pero el incremento del título (7%) se asocia a un peor pronóstico (Braghi 2000).

RECIDIVA ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN TI

- Mayor riesgo potencial de fallo de islotes en pacientes con persistencia o reaparición de anticuerpos. (Jaeger 2000)
- La insulin-independencia es más difícil de obtener en pacientes con elevación de los anti-GAD y anti IA-2 después del Tx de islotes (Bosi 2001)

INFLUENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN

- SPK
No diferencias en la reaparición de antiGAD según tipo de inmunosupresión (Dieterli 2005)
- Tx islotes.
Mayor aumento título de Ac. en pacientes sin anticalcineurínicos. (Bosi 2001)