

BREVE HISTORIA DEL TRASPLANTE RENAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Dr. Elena Guerrero Marcano

Médico egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, (UNPHU) Santo Domingo, Republica Dominicana

Después de casos aislados de intentos fallidos de trasplantes renales, en 1987 se organiza el programa de trasplantes renales del Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Dr. Salvador B. Gautier en Santo Domingo, R.D.¹

Se contaba con un conjunto de cirujanos experimentados y un grupo de nefrólogos que habían acumulado una experiencia considerable en el manejo dialítico de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y con profundos conocimientos en lo que a reacción inmunológica e inmunosupresión se refería.

El equipo estaba formado por dos urólogos, dos anestesiólogos, dos cirujanos generales, dos cirujanos cardiovasculares, cinco nefrólogos, enfermeras y un psicólogo clínico.

Los pacientes provenían de los centros de hemodialisis, tres públicos y tres privados de Santo Domingo y Santiago.²

Al lograr prestigio esta labor en vista de los resultados obtenidos en esos primeros años, se integraron otros centros hospitalarios al programa, aceptado actualmente por todos los sectores de salud del país.

Algunas clínicas privadas y hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), han realizado cierto número de trasplantes e intentan organizar programas alternativos.

Este programa de trasplante renal del Hospital Dr. Salvador B. Gautier (HSBG), que ya tiene alcance nacional, cuenta con una progresión de diez años y 56 trasplantes.

En total se han realizado en el país 83 trasplantes renales, contando los demás centros donde se realizan, además del HSBG.

En los últimos tres años se han realizado 58 trasplantes que representan el 70% del total de

trasplantes realizados.

La edad de los pacientes, mayormente entre 20 y 50 años, nos da una idea acerca de la parte de la población más afectada por IRCT, que es a la vez, la más susceptible de ser beneficiada por un trasplante renal.

La etiología de la enfermedad renal más frecuente es la glomerulonefritis crónica, coincidiendo con lo reportado por otros países del área. El diagnóstico se hace básicamente por clínica y pocas veces por biopsia, en nuestros hospitales.

El sexo predominante en los pacientes trasplantados es el masculino, quizás porque se incluyen dos hospitales del Seguro Social donde predomina la población masculina.

En los donantes ha predominado el sexo femenino.

La fuente de donación son donantes vivos relacionados al recipiente (razón por la cual abogamos por la necesidad del donante cadavérico) por familiaridad cercana, que han expresado espontáneamente su intención de donar un riñón, además de tener grupo sanguíneo ABO compatible con el receptor y por lo menos dos antígenos HLA comunes.

Se requiere también una prueba cruzada negativa y una extensa evaluación clínica y psicológica que determine su estado de salud.

Estudios de compatibilidad inmunológica.-

Los pacientes son tipificados para el sistema HLA-B y C. Se hace una prueba cruzada 48-72 horas antes del trasplante que se repite si tiene más de una semana, por la importancia de obtener un resultado negativo. El HLA DR se realiza, pero no es requisito generalizado.

Se utiliza la técnica de microtoxicidad de MCH para fines de investigación, con el objetivo de

buscar por lo menos dos antígenos comunes y el haplotipo cuando se puede obtener.

Aunque se dispone de la ciclosporina para la profilaxis inmunosupresora, en este programa, se sigue utilizando la similitud histológica cuando es posible, porque los injertos provienen de donantes vivos y se ha comprobado que a mayor histocompatibilidad, se obtienen mejores resultados a largo plazo.

En los inicios del programa era necesario enviar las muestras para estudios de histotipificación al extranjero. Se realizaban en la Universidad de Puerto Rico o en el Instituto de Nefrología de Cuba.

Desde 1989 se cuenta con un laboratorio de histocompatibilidad en el HSBG-IDSS, donde se realizan las pruebas de todos los programas de trasplante renal en el país.

Técnicas quirúrgicas.-

En general los resultados quirúrgicos del programa se consideran más que satisfactorio.

No se practica rutinariamente nefrectomía bilateral, solo se realiza cuando el paciente tiene hipertensión maligna renovascular o cuando los riñones nativos son fuente de infección, punto delicado en un paciente inmunosuprimido.

La nefrectomía de los donantes se hace a través de una lumbotomía izquierda o derecha, de acuerdo al riñón a usarse; se prefiere el riñón izquierdo porque facilita la técnica quirúrgica.

El riñón se perfunde con solución Ringer en Dextrosa a baja temperatura, a la cual se le ha agregado 5000 unidades de heparina y un gramo de cefalexina. Se sumerge el riñón en esta solución helada y se realiza la Cirugía de Banco de ser necesario.

El implante renal se hace a través de una laparotomía ileoinguinal. La vena renal se anastomosa término lateral a la vena ilíaca externa. Para restablecer la continuidad urinaria la anastomosis se hace generalmente por la técnica de Leagh-Gregoir, utilizando técnicas antireflujo vesico-ureteral.

La cirugía de Trasplante Renal (TR) ha demostrado también en nuestro país, ser un procedimiento seguro, bien tolerado, con ausencia de mortalidad perioperatoria y un relativo bajo índice de complicaciones técnicas, que cuando se presentan son corregidas por los cirujanos de forma adecuada.

Se ha logrado estandarizar el procedimiento quirúrgico en todos los hospitales del programa y

algunos doctores conforman el equipo de varios hospitales a la vez.

Se cuenta con unidades de cuidado intensivo post-operatorio con aislamiento y el equipo adecuado para este tipo de pacientes, vigilados por un personal de enfermería entrenado especialmente para estos casos.

Técnicas anestésicas.-

En el inicio del programa sigue siendo la técnica mundial, los pacientes se sometían a cirugía con anestesia general, pero en nuestro país, circunscrito a los países subdesarrollados, por los limitados recursos económicos, fue necesario buscar técnicas más económicas y con menos complicaciones que la anestesia general, en un paciente con todos sus sistemas comprometidos por el fallo renal terminal.

En 1993 se realizó en el HSBG el primer TR con anestesia epidural y se ha implementado esta técnica de manera rutinaria por ser efectiva y segura. Los analgésicos usados son lidocaina o bupivacaina.⁴

Terapia inmunosupresora.-

Como los TR que se realizan son a partir de donantes vivos, el procedimiento inmunosupresor utiliza una triple terapia, que consiste en la administración simultánea de ciclosporina, azatioprina y prednisona. Esta combinación es con el propósito de minimizar los efectos tóxicos individuales de estas drogas sin que disminuya su efecto inmunosupresor.⁵

El tratamiento comienza dos días antes de la cirugía y se mantiene de por vida con ciertos ajustes en las dosis de los fármacos, los cuales disminuyen gradualmente hasta niveles basales. Las dosis se manipulan individualmente a expensas de la ruptura del protocolo, para obtener mejores resultados.⁵

RESULTADOS GENERALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTES RENALES EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Se han realizado hasta la fecha (marzo 1996) un total de 83 trasplantes, todos primarios, o sea, que el individuo por primera vez recibe un injerto. Todos los donantes han sido vivos, relacionados familiarmente al receptor.

Desde 1991, ocho centros hospitalarios de los diferentes sectores de salud se han adiciando a los hospitales originales (Gautier en Santo Domingo y Cabral y Baez en Santiago) y la

progresión de los últimos cinco años (1991-95) coincide con la adición de estos ocho centros.

Dicha progresión ha sido de 81% (67 casos) en el último lustro, contra un 19% (16 casos) en los primeros cinco años. (1986-90)

En los últimos tres años se han realizado 58 trasplantes, para un 70% del total.

Para la evaluación de los pacientes trasplantados, se usan parámetros clínicos y un perfil de laboratorio renal, hematológico y hepático, que se realiza dos veces por semana, durante los tres primeros meses y la medida de la presión arterial y el reposo corporal, en intervalos frecuentes de una vez por semana, durante los tres primeros meses.

Las pruebas de laboratorio se hacen luego una vez por semana hasta los 6 meses y luego cada dos semanas hasta cumplir un año, expandiéndose igualmente el chequeo clínico correspondiente.

El seguimiento clínico y de laboratorio han permitido demostrar que los parámetros usados para evaluar a los pacientes trasplantados en relación a su estado pre-trasplante, eventualmente fueron mejorando, alcanzando valores alentadores a los 6 meses del trasplante.

Se realiza sonografía de rutina al primer mes del trasplante y luego a intervalos prolongados de acuerdo a indicaciones específicas.

También se indican arteriografías y biopsia si el caso lo requiere. Además contamos en el país con un laboratorio de medicina nuclear, que usando radioisótopos, por medio de un scan renal dinámico, permite diagnosticar el rechazo renal incipiente y lo diferencia de las lesiones causadas por la nefrotoxicidad debido a la inmunosupresión con la ciclosporina.⁶

También disponemos de un laboratorio que permite hacer determinaciones de niveles sanguíneos de ciclosporina y azatioprina, para evitar los efectos tóxicos de éstas.

En los inicios del programa, la hepatotoxicidad causada por estos medicamentos era monitoreada por la respuesta clínica obtenida con la reducción de las dosis, por no contar con estos avances.

Además con la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos de mucha selectividad, la extirpación de los riñones nativos para eliminar alguna persistencia de actividad de la renina, es cada vez menos usada y de todas formas el TR elimina casi siempre uno de los

componentes de la hipertensión arterial que es la hipovolemia.

Las reacciones inmunológicas de rechazo y las sepsis condicionadas por la inmunosupresión, son las principales causas que provocan el fallo del TR.

Entre las complicaciones ligadas a esta terapia se han reportado mayormente las infecciones, entre estas las del tracto urinario, con una proporción similar a la reportada en la literatura.

Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes se resuelven agilmente y sin mayores consecuencias para la evolución de los pacientes.

En algunos casos se ha requerido de injertomía y el paciente ha retornado a diálisis crónica.

CUADRO No. 1

RESULTADO GENERAL DE LOS TRASPLANTES RENALES

TOTAL EFECTUADOS	VIVOS CON RIÑÓN FUNCIONANTE	TASA EN %
83	61	73
Perdida del injerto por diferentes causas (Regreso a diálisis)	11	13.3
Perdida de pacientes por causas relacionadas al trasplante	08	09.6
Pérdida accidental del paciente (no relacionada al problema renal)	03	03.6

En relación a la sobrevivencia de los pacientes trasplantados, de un total de 83 trasplantes, están vivos 72 pacientes para un 86.8%.

En el Cuadro No. 1 podemos apreciar que de esos 72 pacientes vivos, 11 de ellos (13.3%) ha sufrido la pérdida del riñón trasplantado por diversas causas y han tenido que regresar a la diálisis crónica, lo cual deja 61 pacientes (73%) trasplantados beneficiándose del procedimiento.

Un total de ocho pacientes han muerto por causas relacionadas a su trasplante renal y tres pacientes han muerto por causas no relacionadas a su trasplante.

Estos resultados demuestran como en un país

pequeño, en vías de desarrollo, se está creando un plan nacional de trasplante renal, que aunque en la actualidad solo cubre una pequeña parte de la demanda nacional, ha mostrado capacidad para enfrentar, el complejo problema del paciente nefrópata terminal.

REFERENCIAS

- 1.- Fiallo L, Sued J. Trasplante renal. Un estudio de las primeras experiencias del programa en el HSBG. Tesis para la obtención de grado de Doctor en Medicina UNPHU, 1989
- 2.- Congreso Nacional, Republica Dominicana. Proyecto de ley mediante el cual se crea la ley general de salud 1995. Santo Domingo, R.D.
- 3.- Sociedad Dominicana de Nefrología y Colegio Dominicano de Cirujanos: Anteproyecto de ley sobre donación y legado de órganos y tejidos, 1995
- 4.- Reyes J, Roso R, Teixeira A. Comportamiento clínico de los pacientes sometidos a trasplante renal con anestesia epidural. Tesis para la obtención del grado de Doctor en Medicina, UNPHU, 1995
- 5.- Adames R B. Inmunosupresión en trasplante de riñón. Monografía para la obtención del grado de farmaceutico, UNPHU, 1989
- 6.- Perez Figueroa M, Nuñez María U M, Reyes Perez D, Defilló Guerrero G. Evaluación de la función renal con renograma isotópico en pacientes trasplantados. Act Med Dom 1999; 2: 44-54