

Diálisis peritoneal y trasplante renal

A. Morey, A.C. Tugores, M. Uriol, C. Lima,
N. Gámez, F.J. de la Prada, P. Losada

PERITONEAL DIALYSIS AND KIDNEY TRANSPLANT

Summary. Materials and methods. We present our five years (1999-2003) experience on 171 consecutive renal cadaver donor transplant, after the introduction of a new immunosuppressive regime and the remodeling of medical and paramedic transplant procedure with special focus on patients under previous peritoneal dialysis treatment. Results and conclusions. These patients have been transplanted at a higher ratio (27%) than those under haemodialysis treatment (7,3%). Peritoneal related infections such as peritonitis, and exit side infections had been less relevant during the post-transplant period than during peritoneal dialysis. Acute rejection episodes and survivals of both patient and graft been similar in both haemodialysis and peritoneal dialysis. [DyT 2005; 26: 169-72]

Key words. Exit side infection. Haemodialysis. Kidney transplant. Peritoneal dialysis. Peritonitis.

Introducción

La atención nefrológica en nuestro hospital se inició en 1972, y después de unos años de colaboración con centros madrileños y catalanes, se puso en marcha en 1982 la Unidad de Trasplante Renal (TR). La Unidad de Diálisis Peritoneal (DP) vio la luz en el año 1987 y el primer paciente se pudo trasplantar en 1991.

La evolución de la práctica clínica hizo que se utilizaran diferentes protocolos de inmunosupresión hasta 1998. Después de un consenso con todos los servicios involucrados en el TR, se puso en marcha un nuevo protocolo integrador, que nos ha permitido acumular una experiencia unificada durante el período 1999-2003.

Materiales y métodos

Puesta en marcha de un nuevo protocolo, con definición del personal médico y paramédico, desde las fases pretrasplante hasta el postrasplante tardío y consulta prediálisis, junto con pautas inmunosupresoras: tacrolimus, micofenolato mofetil y prednisona, y se retira esta última al tercer mes si la creatinina plasmática es inferior a 2 mg/dL. En el 2002 se introduce la opción de administrar 1 mg/kg de daclizumab los días 0 y 14, permitiendo retrasar la administración de tacrolimus hasta que la creatinina plasmática sea inferior a 3 mg/dL, y en todos los casos al séptimo día, siempre que se trate de órganos procedentes de donantes mayores de 50 años. Nos ha permitido estudiar un total de 171

Servicio de Nefrología.
Unidades de Diálisis Peritoneal y Trasplante. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares, España.

Correspondencia:
Dr. A. Morey. Servicio de Nefrología. Hospital Son Dureta. Andrea Doria, 55. E-07014 Palma de Mallorca (Baleares). Fax: +34 971 175 151. E-mail: capd@hsd.es

© 2005, SEDYT

TR de cadáver, efectuados consecutivamente durante el período 1999-2003; 144 (84%) procedían de hemodiálisis (HD) y 27 (16%) de DP, con edades medias de 52 ± 13 años para los primeros y de 48 ± 10 para los segundos. Arrojan una tasa de TR/millón de población (mp) de 52 junto con los 11 TR anuales realizados en otros centros (infantiles, dobles de riñón-páncreas y otras situaciones especiales), y alcanzaron tasas por encima de la media nacional, situada en 49.

La permanencia media en lista de espera para el total de los pacientes ha sido de 372 días, 381 para los de HD y 315 para los procedentes de DP, con una *p* no significativa.

Resultados

El tratamiento sustitutivo renal en nuestra comunidad autónoma, medida mediante medias de prevalencias del período estudiado, muestra que el 95% (395 pacientes) permanece bajo la modalidad de HD, mientras que el 5% (20 pacientes) en DP.

Las medias de TR/año son de 28,8 para los de HD y de 5,4 para los de DP. Las medias TR/año/paciente $\times 100$ indican que el 7,3% de los pacientes en HD reciben un TR, mientras que este índice se eleva al 27% para los que se encuentran bajo tratamiento en DP.

Rechazos

La tasa total de rechazo agudo es del 10%, 9% para los de HD y del 15% para los de DP, con una *p* = 0,29.

Infecciones

Las específicas de la DP, peritonitis y las del orificio de salida (IOS), expresadas en medias durante la fase terapéutica de la DP para el período evaluado; en nuestra unidad son de 0,49/paciente/año y de 0,85/paciente/año, respectivamente. En el postrasplante, con una permanencia media del catéter de 3,6 años, muestran una tasa de 0,27/p/año, tanto para peritonitis como para IOS, y corresponde a un solo proceso infeccioso de cada tipo, con una alta significación estadística (*p* = 0,01).

Trombosis vasculares

Se detectan cinco casos, todos en pacientes procedentes de HD. Representan el 2,9% de todos los injertos.

Supervivencias a los cuatro años

Del paciente, referido al total 98,6%, los de HD el 98,3, los de DP el 100%. Del injerto, referido al total 90,44%, los de HD el 89,55, los de DP el 95,6%.

Discusión

Existen controversias en la bibliografía sobre la proporción de pacientes bajo tratamientos en HD y DP, mientras Canarini et al, en Italia [1], no encuentran diferencias apreciables, 46% para DP y 37% para los de HD; un estudio que engloba a 22.776 TR en EE. UU. [2], demuestra la mayor proporción de TR en pacientes sometidos a DP; en este mismo sentido transcurre nuestra experiencia; de estos enfermos, el 27% reciben un injerto renal, frente a un 7,3% de

los sometidos a HD, sin poder ofrecer una explicación a esta circunstancia.

La tasa de rechazos también suscita opiniones encontradas; clásicamente se admite que la mejor inmunocompetencia de los enfermos dializados por vía peritoneal, les predispone a un mayor número de rechazos [2-4]; sin embargo, otros autores no son capaces de encontrar diferencias [5-7]. En nuestros pacientes se objetiva cierta tendencia a presentarse más rechazos en los de DP, pero no pretende alcanzar significación.

Si hacemos referencia a los procesos infecciosos más inherentes a la DP, las peritonitis y los IOS, tampoco existe acuerdo. Hemos objetivado una tasa de 0,24 peritonitis e IOS/paciente/año, que corresponden a dos episodios infecciosos (una peritonitis y una IOS), y está muy por debajo de las obtenidas durante el período terapéutico, que muestran cifras de 0,49 peritonitis/paciente/año y 0,85 IOS/paciente/año. Nuestra forma de proceder en el postrasplante incluye la cura diaria del orificio de salida del catéter, con la utilización de nuestra pauta clásica con agua previamente hervida [8], así como lavados peritoneales de 500 cm³ tres días a la semana hasta la retirada del catéter, que se lleva a cabo a los 55 días de media (0-133).

Revisando las incidencias de trombosis vasculares, la bibliografía ofrece datos discordantes; dos estudios que agrupan 202 y 84.513 enfermos muestran un claro predominio de trombosis en pacientes en DP [9,10]; en cambio, en nuestro medio Pérez-Fontán et al [11], sobre 827 pacientes, no encuentran diferencias, 4,7% para DP contra 6,1% para HD. Nuestra experiencia, con un número de casos mucho menor, no objetivó esta complicación en los enfermos de DP y en el resto de pacientes de HD se presenta en un 3,47%.

En cuanto al apartado de supervivencias, el mayor número de rechazos en los enfermos bajo DP no han sido capaces de influir sobre ellas; se han comportado de forma similar, y han coincidido plenamente con las publicaciones más recientes [2,3,7,12].

En conclusión, los pacientes en DP se trasplantan en mayor proporción que los de HD. La tasa de rechazos agudos en DP tiende a ser más elevada, sin alcanzar significación, y tampoco influye en la supervivencia del paciente e injerto. Las supervivencias medidas a los cuatro años son similares en ambos grupos. Los procesos infecciosos de peritonitis e IOS son menos relevantes que durante el período de DP terapéutica.

Bibliografía

1. Cantarini GC, Sandrini S, Setti G, Bossini N, Maiorca P, Guerini S, et al. Renal transplantation and peritoneal dialysis. In Ronco C, Dell' Aquila R, Rodighiero MP, eds. Peritoneal today. Basel: Karger; 2003. p. 242-50.
2. Snyder JJ, Kasiski BL, Gilberton DT, Collins AJ. A comparison of transplant outcomes in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Kidney Int* 2002; 62: 1423-30.
3. Guillou PJ, Will EJ, Davison AM, Giles GR. A risk factor in renal transplantation? *Br J Surg* 1984; 71: 878-80.
4. Vanholder R, Heering P, Van Loo AV. Reduced incidence of acute renal graft failure in patients treated with peritoneal dialysis compared with hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1999; 33: 934-40.
5. Pérez-Fontán M, Rodríguez-Carmona A, Gar-

- cía T, Moncalián J, Oliver J, Valdés F. Renal transplantation in patients undergoing chronic peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 1996; 16: 48-51.
6. Escuin F, Del Peso G, Pérez-Fontán M. A comparative survey on the incidence of Kidney graft primary vascular thrombosis among CAPD and hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11: 1896-7.
7. Joseph JT, Jindal RM. Influence of dialysis on post-transplant events. *Clin Transplant* 2002; 16: 18-23.
8. Morey A, Lima C, Matas B, Losada P, De la Prada F, Gómez G, et al. Profilaxis de las infecciones del orificio de salida del catéter frente a pseudomonas con agua hervida. Barcelona: IV Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal; 2003.
9. Murphy BG, Hill CM, Middleton D, Doherty CC, Brown JH, Nelson WE, et al. Increased renal allograft thrombosis in CAPD patients. *Nephrol Dial Transplant* 1994; 9: 1166-9.
10. Ojo AO, Hanson JA, Wolfe RA, Agodoa LY, Leavey SF, Leichtman A, et al. Dialysis modality and the risk of allograft thrombosis in adults renal transplant recipients. *Kidney Int* 1999; 55: 1952-60.
11. Pérez-Fontán M, Rodríguez-Carmona A, García-Falcón T, Tresancos C, Bouza P, Valdés F. Peritoneal dialysis is not a risk factor for primary vascular graft thrombosis after renal transplantation. *Perit Dial Int* 1998; 18: 311-6.
12. Vats AN, Donalson L, Fine RN, Chavers BM. Pretransplant dialysis status and outcome of renal transplantation in North American children. A NAPRTCS study. *Transplantation* 2000; 69: 1414-9.

DIÁLISIS PERITONEAL Y TRASPLANTE RENAL

Resumen. Materiales y métodos. *Recogemos nuestra experiencia de cinco años (1999-2003) sobre 171 trasplantes renales de cadáver consecutivos, a raíz de la introducción de nuevos protocolos de inmunosupresión y remodelación de equipos médicos y paramédicos involucrados en el trasplante, con especial mención a los pacientes procedentes de diálisis peritoneal. Resultados y conclusiones. Estos se han comportado de forma similar en la mayoría de los aspectos a los procedentes de hemodiálisis; cabe destacar que los primeros se trasplantan con mayor proporción que los de hemodiálisis, 27 frente a 7,3%; los procesos infecciosos más inherentes a la diálisis peritoneal, como las peritonitis y las infecciones del orificio de salida, tienen menos relevancia en el postrasplante que durante el período de diálisis peritoneal terapéutica. Los episodios de rechazos agudos y las supervivencias del paciente como del injerto son similares en ambos grupos. [DyT 2005; 26: 169-72]*

Palabras clave. *Diálisis peritoneal. Hemodiálisis. Infección del orificio de salida. Peritonitis. Trasplante renal.*