

ESTEROIDES EN DOSIS ALTAS O DOSIS BAJAS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Ana Roquera

INTRODUCCION

El trasplante renal es la alternativa más idónea en el tratamiento de la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT), y los avances habidos en este campo han permitido mejorar los resultados, disminuyendo de una forma notoria la aparición de complicaciones.

La mortalidad y morbilidad después del trasplante renal han sido puestas en gran medida en relación con las dosis acumulativas de esteroides que estos pacientes reciben (1-2).

Los esquemas en que se basa cada Centro para la administración de esteroides difieren considerablemente y está todavía por definir la dosis óptima para tratar al paciente transplantado.

En este trabajo analizamos los resultados obtenidos en dos grupos de pacientes con trasplante renal de cadáver que recibieron dosis altas de esteroides (DAE) o por el contrario dosis bajas de esteroides (DBE) como inmunosupresión.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian 36 pacientes transplantados con riñón de cadáver, de los cuales 23 (19 varones, 4 hembras) fueron tratados con DAE consistente en 3 mgr. Prednisona/kg/peso/día, reduciendo 10 mgr. cada 5 días hasta alcanzar 30 mgr/día y disminución más lenta posteriormente, y 13 (6 varones y 7 hembras) que recibieron DBE consistente en 30 mgr. Prednisona/día con reducción a partir del 3.º mes. Todos los pacientes recibieron Azatioprina 2,5 mgr/kg/peso y día salvo leucopenia. Los rechazos agudos se tratan con 1 gramo de Metilprednisolona durante 3 días consecutivos, que se repetirán si no hubo respuesta satisfactoria. No se dieron más choques sin conocimiento de la histología del rechazo. Para la profilaxis de las infecciones en el inmediato postoperatorio todos los pacientes recibieron dosis única i/v. antes de la anestesia: Trobamicina 1,5 mgr/kg/peso. Ampicilina 2 gramos y Cloxacilina 2 gramos. Los dos grupos de pacientes estudiados fueron comparables en cuanto a edad, tiempo en HD., tipo de nefropatía de base, grupo sanguíneo, pacientes con embarazos previos, número de transfusiones y grado de histocompatibilidad HLA-A-B. Únicamente cabe destacar el predominio de mujeres en el grupo DBE (tabla I).

La selección de receptores se basó en el grado de histocompatibilidad HLA-A-B.

En cuanto a la política transfusional, si bien se intentó que los pacientes que iban a ser transplantados hubieran sido previamente transfundidos, ello no fue criterio obligado y un total de 4 pacientes se transplantaron sin haber recibido transfusión alguna con anterioridad al trasplante. Todos los pacientes recibieron al menos 2 unidades de sangre durante la intervención.

El diagnóstico de la necrosis tubular aguda frente al rechazo agudo se efectuó por criterios clínicos (buen estado general, ausencia de fiebre o dolor sobre el injerto). Ecografía e isótopos (angiorrenograma con Tec⁹⁹ DTPA) y en caso necesario mediante biopsia renal.

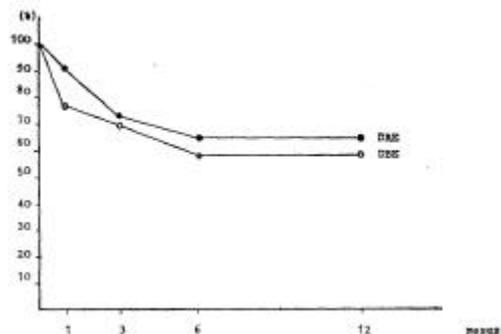


Fig.1 Supervivencia actuarial del injerto según las dosis de esteroides.

GRAFICA 5

RESULTADOS

La supervivencia del injerto a los 3, 6 y 12 meses fue similar en algún grupo (figura 1) con una incidencia similar de episodios de rechazo agudo; hay que destacar no obstante que el debut de rechazo agudo fue más precoz en el grupo DEB $5,08 \pm 8$ días que el de las DAE $10,8 \pm 7,3$ días (tabla 2).

La mortalidad fue en cambio mayor en DAE falleciendo 4 pacientes en el primer año de evolución y ninguno de los que recibieron DBE. La causa de muerte fue: Bronconeumonía en un caso, sepsis con foco de partida en la herida quirúrgica en otro, un paciente con diabetes falleció de Infarto de miocardio y el cuarto paciente falleció de hemorragia aguda. Si bien la Incidencia de cuadros infecciosos fue similar en ambos grupos de pacientes la severidad fue mayor en el de DAE (tabla 3).

La incidencia de complicaciones digestivas fue asimismo similar en ambos grupos, al igual que la presencia de diabetes o hipertensión en los tres primeros meses de evolución del transplante.

Hay que destacar que la necrosis aséptica de cadera apareció en 5 pacientes que tomaban DAE, en 4 a nivel de cadera y en el 5 en rodillas, mientras que no se detectó en ninguno de los que recibieron DBE. La incidencia de complicaciones quirúrgicas fueron similares en ambos grupos.

DISCUSION

Los esteroides son medicación imprescindible para lograr la inmunosupresión en los pacientes con injerto renal de cadáver, sin embargo la dosis mínima eficaz no ha quedado establecida, siendo evidente que la morbilidad y mortalidad es mayor cuanto más elevada es la dosis de esteroides administrada. Algunos autores han demostrado que dosis reducidas son igualmente eficaces para lograr una inmunosupresión adecuada, reduciendo la incidencia de complicaciones (2-3).

Nosotros hemos encontrado que en dos poblaciones comparables de pacientes receptores de un injerto de cadáver que recibieron dosis altas o bajas de esteroides, la supervivencia del injerto fue similar y en cambio la mortalidad se redujo en los que recibían DBE. Los esteroides pudieron haber contribuido en la muerte de dos pacientes, debidos a cuadros infecciosos y probablemente en un 3.º que falleció por infarto de miocardio.

Si bien la supervivencia del injerto fue similar cabe destacar que el rechazo agudo pareció más precozmente en el grupo con DBE. Creemos que ello no es sorprendente, a que la dosis

que recibían los pacientes de DAE pudieran ser suficientes para evitar la aparición del rechazo agudo en los primeros días, demorando su presentación; a pesar de ello el promedio de episodios de rechazo tratados durante el primer trimestre en ambos grupos de pacientes fue similar así como el grado de respuesta al tratamiento.

Cabe destacar que, si bien la incidencia de cuadros infecciosos fue similar, no lo fue a severidad, ya que como hemos señalado, fueron causa de muerte en dos pacientes en 1 grupo con DAE.

El papel de los esteroides en la génesis de la Hipertensión arterial tras el trasplante ha sido también muy debatido. En nuestros pacientes una incidencia similar en ambos grupos, en presencia de un grado de función renal comparable, sugieren una contribución menor de los esteroides en la patogenia de la Hipertensión arterial.

Particularmente importante puede ser la distinta incidencia de necrosis aséptica de los huesos en los dos grupos de pacientes ya que esta complicación puede condicionar el grado de rehabilitación de pacientes incluso con injertos normofuncionantes. Si bien probablemente no son sólo los esteroides los únicos responsables de la aparición de necrosis aséptica la mayor incidencia del grupo que recibió DAE apoyaría el posible papel patogénico de las mismas.

En conclusión, creemos que los esteroides en dosis reducidas son igual de eficaces en la inmunosupresión del paciente con trasplante renal, disminuyendo la incidencia de complicaciones que pueden condicionar la rehabilitación e incluso la supervivencia de los receptores.

Agradecemos la colaboración de la señorita Amparo Puig por la mecanografía de este trabajo.

Agradezco al Dr. Luis Pallardo la colaboración en la realización de este trabajo.

TABLA 1. -Características clínicas de los receptores de riñón de cadáver

	D.A.E.	D.B.E.
Número de trasplantes	23	13
Sexo: Varón	19	6
Hembra	4	7
Edad	33,6 ± 6,6	34,6 ± 11,1
Tiempo en HD (años)	5,0 ± 2,7	4,2 ± 2,8
Nefropatía de base:		
Glomerulonefritis	10	6
Nefroangioesclerosis	4	2
Nefropatía de reflujo	1	1
L.E.S.	1	0
Poliquistosis	0	1
Hipoplasia renal	0	1
No filiada	7	2
Grupo sanguíneo:		
O	6	4
A	10	7
B	4	2
AB	3	0
Embarazos	2	3
Transfusiones pre-transplante:		
0	4	1
1-5	14	8
5	5	4
Compatibilidad HLA-A, B		
3-4 Ag	9	7
0-2 Hg	14	6

TABLA 2.-Rechazos agudos (RA)

	D.A.E.	D.B.E.
Pacientes con RA	17	12
Promedio de RA	2 ± 1	1,8 1 ± 0,8
Debut primer RA (días)	10,8 ± 7,3	5,08 ± 1,8

TABLA 3. - Complicaciones en los tres primeros meses

	D.A.E.	D.B.E.
A) Infecciones:		
Urinarias	9	5
Neumonía	3	2
Sepsis	3	0
Cutáneas	1	1
CIVIV	4	1
B) Ulcus séptico	3	1
C) Diabetes mellitus	1	1
D) Cardiovasculares:		
HTA	62 %	71 %
IMA	1	0
E) Necrosis aséptica	5	0
F) Complicaciones quirúrgicas:		
Fístula urinaria	3	2
Linfocele	2	0
Trombosis arteria	0	1
Hemorragia local	1	1
G) Muerte	4	0
Causas de muerte:		
Hemorragia aguda	1	
infección de la herida y sepsis	1	
infarto de miocardio	1	
Bronconeumonía	1	

Gomy Heustra, J. P. Vab Hooff: Less aggressive Rejection therapy and low-dose corticosteroids leading to a change in Nursing aspects of cadaveric Kidney transplant. Proceedings of the Ninth Conference in Prague Czechoslovakie, 1980. 1

P. Morris, M. E. French, L. Chan, A. Thig: lowdose oral prednisolona in renal transplantation. The Lancet, 6 March 1982.

J. R. Salaman, P. A. Friffin and K. Price: High or low dose steroids for immunosuppression. Transpant Proc., 15, 1086-1088, 1983.