

TRANSFUSIONES DONANTE ESPECIFICAS PRE TRANSPLANTE RENAL A PESAR DE Rh INCOMPATIBLE

SERVICIO DE NEFROLOGIA FUNDACION JIMENEZ DIAZ. MADRID

Autores:

Ascensión Galera Fernández

Maria Dolores López Garcia

Pilar Garcia Nieto

En 1973, Opels y Terasaki presentaron la primera evidencia del efecto beneficioso de las transfusiones en la evolución del trasplante renal de cadáver. Esta acción era menos evidente en los injertos realizados entre sujetos vivos emparentados.

En 1979, Salvatierra y Cochran idearon un programa de transfusiones donante específicas (TDE) entre donante y receptor, aplicable únicamente a los trasplantes de donante vivo y, más concretamente, a los que compartían un haplotipo (padre-hijo). Esto se hizo para tratar de mantener el beneficio de las transfusiones, disminuyendo al mismo tiempo el riesgo de sensibilización contra el donante, por la formación de Anticuerpos citotóxicos que podían imposibilitar el injerto, en la idea de que el mayor parecido genético disminuiría la posibilidad de sensibilizar al receptor.

En base a los trabajos anteriormente mencionados, a partir de 1981 se comenzó en nuestro Centro un protocolo de TDE. Este protocolo consiste en extraer 200 cc de sangre total al posible donante y transfundírsela al receptor. A los 15 días se determina el título de anticuerpos linfocitotóxicos. Esta operación se repite tres veces consecutivamente, procurando que la última se realice 30 días antes del trasplante. Si en algún momento el título de anticuerpos es positivo la transfusión se suspende y el trasplante no se realiza.

Este protocolo se ha aplicado desde entonces a nueve pacientes, de los que únicamente siete llegaron al trasplante, pues en dos casos se desarrollaron anticuerpos contra el propio donante. Excepto un caso que presentó rechazo del injerto al mes de trasplante, la evolución de los otros seis pacientes ha sido plenamente satisfactoria sin haber presentado ningún episodio de crisis de rechazo.

En agosto del 81 comenzó el programa de aprendizaje para hemodiálisis domiciliaria una mujer de 21 años con insuficiencia renal terminal secundaria a glomerulonefritis mesangiocapilar normocomplementémica. Comenzando el tratamiento, fue considerada candidata para trasplante de vivo, siendo el único donante posible su madre, la cual presentaba una incompatibilidad de Rh que obstaculizaba el protocolo de transfusión donante específica.

Basándonos en que el uso de la Gamma-globulina anti Rh en madre Rh - con hijos Rh + evita la formación de Anticuerpos Rh, se planteó la posibilidad de aplicar el protocolo de TDE en esta paciente.

Además, coincidiendo con estas fechas, Schweiczer publicó un trabajo en el que se exponían 3 casos de trasplante renal previa transfusión Rh incompatible.

Por ello, el 18 de febrero de 1982, iniciamos el protocolo de transfusión en esta paciente. Para ello se extrajeron 200 ml. de sangre al donante en la forma habitual, añadiendo, posteriormente, 100 ml de Hidroxietil Almidón al 6 por 100, molécula de gran tamaño que se utiliza como agente inductor de apilamiento de los hematíes. Tras invertir el recipiente, se deja durante una hora a temperatura ambiente, para que los hematíes sedimenten por gravedad y

posteriormente se extraen, quedando en la bolsa plasma, plaquetas y granulocitos. También quedan de 2 a 10 ml de células rojas. Esta suspensión se infundió a la receptora a ritmo habitual de transfusión y después se le inyectó una ampolla de 250 µg de Gamma Globulina anti-Rh por vía i.m.

A los 15 días se determinó el título de anticuerpos siendo el resultado negativo. El 16 y 29 de Marzo, respectivamente, se efectuó la segunda y tercera transfusión, continuando negativo el título de anticuerpos.

El día 28-04-82 se realizó el injerto, en fosa ilíaca derecha, de un riñón procedente de su madre, con recuperación inmediata de la función renal.

El 8-5-82 la paciente presentó anuria, con dolor intenso en la zona ilíaca derecha. Intervenida quirúrgicamente, aparece una zona de necrosis en la unión ureterovesical del riñón transplantado por lo que se procede a la nefrectomía de su riñón derecho realizando una anastomosis pelvis-pelvis.

A partir de esta fecha la paciente evolucionó favorablemente sin presentar, en ningún momento, trastornos urodinámicos, encontrándose en un grado I de rehabilitación óptimo, según criterios de la EDTA.

En resumen, podemos concluir que, dada la buena evolución de este caso, y la ausencia de anticuerpos circulantes anti Rh medidos después de la administración de Gamma Globulina, la incompatibilidad de Rh no supone una contraindicación para realizar trasplante de vivo post-TDE.