

TRANSPLANTE RENAL PEDIATRICO

**SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL INFANTIL LA FE,
VALENCIA**

**Autores:
J. Tarin
M^a V. Bartolomé
M.D. Bruguera
J. Fuentes
L. Rodado**

En el periodo Abril 1979 - Abril 1982, se realizaron en nuestro Servicio, 20 trasplantes renales (TR) en 18 niños con edades comprendidas entre 4-15 años. Sus pesos corporales en el momento del TR, oscilaron entre 12-15 Kg (X 27.3 Kg). En nueve ocasiones el injerto renal fue procedente de donante vivo consanguíneo (LD) y en 11 de cadáver (CD). Un paciente con injerto LD presentó un rechazo crónico a los 12 meses de evolución, recibiendo un segundo trasplante de CD que no fue funcionante. Otro paciente recibió sucesivamente dos injertos de CD, siendo actualmente funcionante.

Las causas de insuficiencia renal terminal fueron: Pielonefritis (6), Glomerulonefritis (7), Nefronoptosis (2), Hipoplasia-Displasia (2), No filiada (1).

El tratamiento y control médico y quirúrgico se realizó íntegramente en el Hospital Infantil, por especialistas pediátricos. El equipo de trasplante estuvo formado por personal sanitario de: Nefrología, Urología, Cirugía Cardiovascular, Anestesia, Reanimación, Bacteriología, Inmuno-hematología, Psiquiatría, Asistencia Social, Dietética y Esterilización. La coordinación del equipo multidisciplinario, tanto en los aspectos médicos como de enfermería estuvo a cargo de personal sanitario de Nefrología. Desde el momento pretrasplante hasta el alta de hospitalización, la responsabilidad en cuanto al control directo, del paciente recayó en personal del Servicio de Nefrología.

En los casos de trasplante de LD, el paciente adulto permaneció ingresado en el Hospital Infantil, verificándose la extracción del riñón y su implante en el receptor, de forma simultánea, en dos quirófanos contiguos entre sí. Esta misma simultaneidad entre la extracción del injerto y su implante, se logró solo esporádicamente en alguno de los casos en que la generación de riñones de CD fue en el propio Hospital.

El tiempo medio en hemodiálisis previo al TR fue de 8 meses en los casos de LD (rango 3-16 meses) y de 6 meses en los de CD (rango 2-13 meses). Todos los pacientes siguieron un protocolo transfusional que comportó al menos 5 transfusiones, administradas con un intervalo mínimo de un mes, con la consiguiente investigación secuencial de anticuerpos citotóxicos.

En los 9 casos de LD el seguimiento osciló entre 0.2-3 años (X 2 años) siendo la supervivencia de los pacientes de 9 sobre 9 (100 por 100) y la supervivencia del injerto de 8 sobre 9 (89 por 100). En los 11 casos de CD el seguimiento osciló entre 0.1-1.5 años (X 0.9 años); la supervivencia de los pacientes fue de 10 sobre 11 (91 por 100) y la del injerto de 8 sobre 10 (80 por 100). En el único paciente fallecido, la causa de muerte fue, sepsis posiblemente por neumocistis carinii, en el curso de un rechazo crónico, a los 17 meses postrasplante.

La diuresis postrasplante fue inmediata en todos los casos de LD. En 4 de 10 pacientes de CD fueron precisas 14 sesiones de hemo diálisis. En 1 caso el riñón no fue funcionante.

El tipaje inmunológico HLA tan solo fue considerado de forma secundaria y como método de selección preferencial. Se transplantó 1 injerto con 3 identidades; 4 con 2 identidades, 5 con 1 identidad y 1 con 0 identidades. No se observó correlación entre el número de compatibilidades y la supervivencia del injerto.

CONCLUSIONES

1. El TR es la única alternativa válida en un programa de tratamiento de insuficiencia renal terminal del niño.
2. El periodo de hemodiálisis previo al TR debe ser mínimo y transitorio.
3. La compatibilidad inmunológica HLA es solo de relativo interés.
4. El protocolo transfusional debe ser obligatorio e iniciarse incluso previamente al inicio del programa de Hemodiálisis.
5. El tratamiento de la insuficiencia renal terminal en el niño menor de 15 años, tanto en su modalidad de Hemodiálisis como de trasplante, debe ser realizado en un Centro especializado Pediátrico.