

Eficacia y seguridad de la leucocitoaféresis en nuestra unidad

Elena M^a Renau Ortells, M^a José Folch Morro, Vicente Cerrillo García, Jorge Bort Castelló, Alexandra Malloj Domínguez, M^a Estrella Notari Tena, M^a Carmen Salvador Lengua, Emmanuela Benet Moll, Carmen Aicart Saura

Hospital General. Castellón

Introducción:

La enfermedad inflamatoria intestinal engloba una serie de procesos que cursan con inflamación del tubo digestivo. En la actualidad se desconoce la etiología, aunque existen varias teorías sobre los mecanismos fisiopatológicos, que conducen al desarrollo de la enfermedad.

El tratamiento convencional son los aminosalicilatos, antibióticos, corticoides e inmunosupresores. Los pacientes que no responden o presentan efectos secundarios a estos fármacos requieren otras opciones terapéuticas, como la leucocitoaféresis, técnica en la cual extraemos de forma selectiva los granulocitos y monocitos/macrófagos de la sangre del paciente, ya que estos son causantes de enfermedades autoinmunes como la colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. La leucocitoaféresis puede ser un tratamiento efectivo para promover la remisión de estas enfermedades, especialmente cuando el tratamiento convencional fracasa.

En las técnicas aferéticas, se produce una inmunosupresión del paciente, por lo que es fundamental que cualquier manipulación se realice con una máxima asepsia.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido poder comprobar la eficacia y la seguridad de esta técnica en nuestra Unidad.

Para ello hemos realizado un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo que abarca de Mayo 2007 hasta Diciembre 2011 con 17 pacientes de digestivo, un 82,3% con colitis ulcerosa y un 17,7% con Crohn.

El total de sesiones fueron 250, de las cuales 211 fueron con monitor Adacolum y 39 con Octonova. Se realizaron dos sesiones semanales de 60 minutos durante cinco semanas y finalmente 1 al mes durante seis meses.

Ambos tratamientos se diferencian en:

- Forma de cebado
- Total de sangre que pasa por el filtro
- Anticoagulante utilizado

Los accesos vasculares fueron: vía periférica en 216 sesiones y vía central en 34.

Revisando las Historias de los pacientes, pudimos comprobar la eficacia de la técnica, viendo en 9 pacientes una mejoría clara, no tan clara en 4 y una mala evolución en 3. En 1 paciente no disponemos de datos para valorarlo.

En cuanto a la sintomatología aparecida nos encontramos con mareo e hipotensión en una sesión.

De las complicaciones surgidas podemos ver punción venosa repetida en 6 ocasiones, precisamos vía central en 7 sesiones y coagulación del circuito en 4 sesiones.

De complicaciones relacionadas con la vía central destacaremos: 1 infección del orificio de salida, 2 Sd febril no filiado y en dos ocasiones se observa insuficiente flujo de la bomba para continuar con dicho tratamiento.

Se extraen analíticas pre y post pudiendo comprobar una disminución del calcio sérico al utilizar citrato como anticoagulante. Esta disminución puede producirles temblor, adormecimiento de lengua, síntomas que el paciente debe comunicar para la administración de calcio oral. En nuestro estudio disminuyó el calcio sérico no detectándose sintomatología alguna.

El resto de datos analíticos no han sido significativos.

Hemos podido comprobar que son mínimas las complicaciones surgidas y que la falta de un acceso venoso periférico adecuado constituye la complicación más relevante.

Pensamos que este tratamiento puede solucionar en muchas ocasiones la inflamación intestinal de aquellos futuros pacientes, refractarios a otros tipos de tratamientos o con efectos secundarios a los mismos.