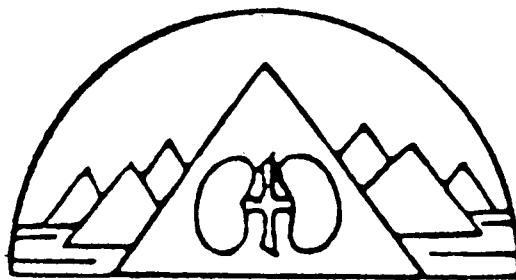


**RESUMENES
DE LA
IX REUNION DE LA
SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGIA**



LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

24-25 de Abril de 1992

"ACTIVIDAD DE DONACION Y TRASPLANTE RENAL EN LA COMUNIDAD AUTONOMA CANARIA. LISTA DE ESPERA RENAL. RESUMEN 1991".
M.A. Getino; J.C. Rodríguez; P. Rossique; J.J. García; J.M. Glez-Posada; F. de las Heras; A. Anabitarte; S. Acosta; A. Rodríguez.
Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno Autónomo de Canarias.

Durante el año 1991 fueron detectados 72 donantes potenciales (DP) en todos los Centros Canarios (49,6 DP/PP), es decir, 2,38 DP/100 exitus hospitalarios. En el 53% de los casos se realizó la donación de uno o más órganos, así pues se obtuvieron 38 donantes reales (DR) lo que supone 26,2 DR/PP. En el 47% de los casos la donación no se efectuó por: Contraindicación médica 18%; Problemas logísticos 4%; Negativa familiar 25%. La edad X de los DR fue de 34 años en 1991 vs. 26,25 años en el período 1987-90. La causa de muerte más frecuente de los DR es el TCE, 70% y 55% y el ACV 18% y 29% en los períodos 1987-90 y 1991 respectivamente. Puede observarse un aumento de los ACV debido a que cada vez se consideran válidos donantes de edades superiores. En el grupo sanguíneo de los DR no se aprecian variaciones significativas. En 1991 se obtuvieron 75 riñones (51,7/PP), que supone un incremento de 17,23% con respecto a 1990. 6 riñones (8%) fueron desechados y 9 (12%) fueron enviados a otros Centros. El 54% de los órganos se obtuvieron en los meses de verano y el 59% en los días sábado, lunes y martes. El 84% de los riñones extraídos en 1991, se obtuvieron en hospitales canarios con actividad exclusivamente extractora. En la Tabla I se expresa el nº de riñones obtenidos por Centros, así como los porcentuales en los años 1990-91. Durante todo el P.C.I.R. hasta el 31 de Diciembre de 1991 se han realizado en el H.U.C. 399 trasplantes renales. Desde 1985 la actividad anual ha oscilado con una media de 56 Tx/año. Los 60 Tx renales realizados en 1991 suponen una tasa anual de 41,4 Tx/PP, superior a la estatal de 36,2 Tx/PP, así como las cifras obtenidas en otros países del mundo.

El censo en diálisis a 31 de Diciembre de 1991 era de 423 pacientes, 212 de la Prov de L.P. y 211 de TFE, es decir 292 pac./PP. El nº de enfermos en lista de espera (L.E.) era de 131, 69 de L.P. y 62 de TFE, lo que supone 90 pac./PP, vs. 130,5/PP del total del Estado. El nº de pacientes Tx durante 1991 con respecto a la L.E. por provincias fue en L.P. 37/90 (41,4%) y en TFE 23/60 (38,3%). La probabilidad global de que un paciente canario en L.E. de Tx renal sea trasplantado ha ido aumentando progresivamente, siendo en la actualidad similar a otras Com. Autónomas. (Tabla II) **Objetivos conseguidos:** 1º Δ del nº de DR en 23% con respecto al año 1990; 2º Δ del nº de riñones obtenidos (84% del total) en los Centros extractores; 3º Δ en un 15% de los Tx renales realizados con respecto al año 1990; 4º Disminución de la L.E. en un 36,6% el 28,9 a expensas de los Tx realizados en el período 1990-91 y el 7,7% de bido a exclusiones.

	1990	1991	Δ %
H.N.S.V.P.	16	33	106,2
H.U.C.	28	12	-57
H.I.	12	16	34
H.N.S.V.C.	8	14	75

	1988	1989	1990	1991
	23,8%	22,8%	32,9%	40,0%

D.P.C.A. AÑO 1991: REGISTRO ANUAL DE LA COMUNIDAD CANARIA. H.N.S. del Pino y H. Insular (Las Palmas).- H. Universitario y H.N.S. de la Candelaria (Tenerife).

Sexto año del Registro de DPCA de la Comunidad Canaria de Nefrología.

Se registraron 270 pacientes (ptes) de los que 37 se incluyeron durante el año 1991, 24 hombres y 13 mujeres, con una edad media de 54.8 14 años. En 32 de estos ptes la DPCA constituyó la primera técnica de tratamiento sustitutivo de la IRCT, de los 5 restantes 1 fue transferido de hemodiálisis (HD) y los otros 4 reincorporaron en programa, uno procedente de transplante y 3 de HD. Así mismo, durante este año salieron del programa 35 ptes: 14 fueron trasplantados, 11 transferidos a HD y se produjeron 10 exitus. Las causas de IRCT fueron: Diabetes 17, Glomerulonefritis Crónica 7, No filiada 7, Poliquistosis renal 2, Nefroangioesclerosis 2, Conectivopatía 1 y Nefropatía Hereditaria 1.

El número de catéteres implantados fue de 33 y se reimplataron 13, correspondiendo: 2 a modelo T-1, 40 T-II y 4 Swan-Neck Missouri. Estos últimos se implantaron mediante cirugía, en el resto se empleó técnica percutánea. Los sistemas de diálisis utilizados han sido: I-Desconexión Baxter 26, NDS 8, Luer-Lock Fresenius 2 y Luer-Lock Baxter 1.

El número total de episodios de peritonitis fue 74 y el de recurrencias 7. Los cultivos negativos fueron 14 (18.9%) y positivos 60 (81.1%), de estos 35 (58.3%) eran Gram (+), 20 (33.3%) Gram (-) y 5 (8.3%) Hongos. La tasa de peritonitis fue de 1 episodio cada 11 meses y de 1.09 episodios/pte/año. Se produjeron 45 episodios de infección del orificio-túnel (IOT): 30 (66.6%) por kérmenes Gram (+) y 15 (33.3%) por Gram (-). La tasa de IOT es de 1 episodio cada 18 meses y de 0.66 episodios/pte/año. En 4 casos se objetivó simultáneamente IOT y Peritonitis.

Concluimos: 1) Durante 1.991 se ha producido un aumento en el número de pacientes incluidos en programa de DPCA en relación al año anterior (37 y 27 respectivamente); 2) La causa más frecuente de IRCT en CAPD continua siendo la Diabetes; 3) El modelo de catéter más empleado lo constituye el Tenkhoff-11, siendo el sistema desconexión Baxter el más utilizado; 4) Los kérmenes Gram (+) constituyen los agentes causales más comunes tanto de las peritonitis como de las IOT.

"ACTIVIDAD DE EXTRACCION DE ORGANOS Y TEJIDOS EN LA COMUNIDAD CANARIA. PROGRAMAS DE TRASPLANTE AUTONOMICOS. SITUACION GENERAL DE LAS DIFERENTES LISTAS DE ESPERA".
M.A. Getino; J.C. Rodríguez; P. Rossique; J.M. Glez-Posada; J.J. García; A. Anabitarte; F. de las Heras; A. Rodríguez; S. Acosta.
Coordinación Autonómica de Trasplantes. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno Autónomo de Canarias.

Del global de las extracciones renales durante 1991, se realizaron extracciones multiorgánicas (órganos sólidos) en el 29% de las ocasiones. En 11 donantes se obtuvo corazón para homoinjertos valvulares (tejidos), por no existir receptor o por problemas médicos que contraindicaban la donación. La obtención por hospitales de hígados, corazones y tejidos, se expresa en la Tabla I. La búsqueda de los receptores más idóneos fue coordinada por la O.N.T., acudiendo equipos de otras Autonomías.

Durante 1991 se encontraban incluidos en lista de espera para Tx en diferentes Centros 17 pacientes; 11 (hígado), 4 (corazón), 1 (corazón-pulmón), 1 (pulmón). A lo largo de este año 1991 se realizaron 9 Tx hepáticos, 3 Tx cardíacos, 1 Tx corazón-pulmón. Un paciente falleció encontrándose en L.E. (corazón) a 31 de Diciembre de 1991 se encontraban aún en L.E. 2 pacientes (hígado) en el Hosp. La Paz Inf. de Madrid y una paciente (pulmón) en el Hosp. Harefield de Londres. Esta última se encuentra trasplantada en la actualidad.

Trasplante de Córneas: Durante 1991 se realizaron 28 (19,3/PP) Tx de córneas a 21 pacientes del H.N.S.V.P., 2 del H.U.C., 5 del H.N.S.V.C., la L.E. a 31 de Diciembre de 1991 era de 123 pacientes (85/PP).

Trasplante de Médula Ósea: Este tipo de actividad se realiza exclusivamente en el S. de Hematología del H.N.S.V.P. Durante 1991 se han realizado 18 Tx (Autólogos 7, Alogénicos 11).

Trasplante Óseo: Realizado por el S. de Traumatología del H.N.S.V.P. Durante el período 1988-1991 se han obtenido 99 cabezas femorales y se han realizado 71 implantes.

Hay que destacar el esfuerzo realizado por los equipos de coordinación del HNSVP. y H.I. que obtuvieron un 53% y un 50% de extracciones de al menos un órgano o tejido extrarenal colaborando así con otros programas de trasplante canarios o de otras comunidades autónomas.

	HIGADO	CORAZON	VAL.CARDIACAS	CORNEAS
H.N.S.V.P.	7	4	8	26
H.I.	3	1	3	2
H.U.C.	1	1	-	4
H.N.S.V.C.	-	-	-	6

CICATRICES RENALES EN EL REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO

B. Valenciano Fuente; J.C.Ramos Varela; V. Pérez - Candela.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

OBJETIVO: Valorar presencia de cicatrices renales (C.R.) al diagnóstico de Reflujo Vesicoureteral (RVU) primario y su relación con el grado, sexo, edad y antecedentes de Infección Urinaria (I.T.U.).

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los estudios radiológicos iniciales (CUMS y UIV) así como los antecedentes de I.T.U. en 142 niños, 82 niñas y 60 varones, entre R.N. -7 años. En 69 el RVU era bilateral y en 73 unilateral, contabilizando 211 unidades renales refluventes (U.R.). El grado de RVU y tipo de C.R. se valoraron de acuerdo a la Clasificación Internacional y de Smellie respectivamente.

RESULTADOS:

1) Nº niños	Nº U.R.	Grado	I	II	III	IV	V
RVU	142	211	13	148	27	13	10
C.R.	27 (19%)	35 (17%)	0	6 (4%)	10 (37%)	9 (66%)	10 (100%)

2) Edad al diagnóstico:	1A	1-2A	2-5A	5-7A
RVU	71	21	39	11
C.R.	10 (14%)	2 (10%)	10 (26%)	5 (45%)

3) Tipo C.R./Grado RVU	Edad	Sexo	Tiempo					
I	II	III	IV	V	V.H	1º I.T.U. diagnosticada.		
A	-	-	-	1	1M.	1 -	1M	
B	-	1	6	5	4	4A 9M	2 8	1A 7M
C	-	5	4	4	3	1A 8M	11 5	6M
D	-	-	-	-	2	1M	1 -	1M

CONCLUSIONES:

- * Diagnóstico precoz de RVU: 50% antes del año de edad.
- * Baja prevalencia global de cicatrices renales: 19% niños.
- * Mayor incidencia de cicatrices renales a mayor grado de RVU y mayor edad al diagnóstico.
- * Claro predominio del tipo B en niñas, con mayor edad y más retraso en el diagnóstico, contrario al tipo C que predomina en varones con menor edad y menos retraso en diagnóstico.
- * No correlación entre grado de RVU y tipo C.R.

EFFECTOS DE LA XIPAMIDA SOBRE LA EXCRECIÓN URINARIA DE ELECTROLITOS Y DE PROSTAGLANDINAS EN LA RATA.

N. Esparza, J. Díez*, S. Suria, A. Toledo, P. Rossique, M.D. Checa. Serv. de Nefrología, Hospital Insular, Las Palmas. *Centro de Investigaciones Biomédicas, Facultad de Medicina, Univ. de Navarra.

La xipamida es un diurético que actúa en la nefrona distal cuyo mecanismo de acción se ignora. "In vitro", la xipamida inhibe el intercambiador $\text{Cl}^-/\text{CO}_3\text{H}^-$ presente en la membrana del eritrocito humano (Eur J Pharmacol 144: 353, 1987).

Dado que en la nefrona distal de los roedores se ha caracterizado la reabsorción de Na^+ acoplada a la de CO_3H^- y dado que la síntesis renal de prostaglandinas puede estar implicada en las acciones tubulares de algunos diuréticos, hemos investigado el efecto de la xipamida sobre la excreción de bicarbonato, Na^+ , PGE_2 , 6 ceto- $\text{PGF}_{1\alpha}$ (metabolito de la PGI_2) y TXB_2 (metabolito del TXA_2) en ratas Wistar macho de 8 semanas, mantenidas en jaulas metabólicas.

Las ratas tratadas con vehículo no mostraron cambios en la composición de la orina. A las 24 hs. de la administración oral de xipamida aumentaban la natriuresis (18 ± 1 vs 39 ± 4 $\mu\text{mol}/\text{mg creat.} \times 100$ g peso. $P < 0.05$) y la bicarbonaturia (7 ± 1 vs 19 ± 2 $\mu\text{mol}/\text{mg creat.} \times 100$ g peso. $P < 0.001$). La bicarbonaturia suponía el 1.5% de la carga filtrada y se asociaba al incremento del pH urinario (7.2 ± 0.1 vs 9 ± 0.1 , $P < 0.001$).

La excreción urinaria de prostaglandinas no se modificó significativamente a las 24 hs de administrar la xipamida.

Estos resultados sugieren que en la rata la xipamida puede ejercer sus efectos renales actuando en la nefrona distal sobre un mecanismo de reabsorción de Na^+ que opera acoplado a la reabsorción simultánea de bicarbonato. Dicho efecto no parece estar mediado por las prostaglandinas renales y representaría un nuevo mecanismo farmacológico de los diuréticos.

HIPERACTIVIDAD DEL INTERCAMBIADOR Na^+/H^+ ERITROCITARIO: ANOMALIA PRIMARIA O EPIFENÓMENO DEL PROCESO HIPERTENSIVO?

N. Esparza, A. Arrázola*, J. Díez*, A. Toledo, P. Rossique, S. Suria, M.D.-Checa. Serv. de Nefrología, Hospital Insular, Las Palmas. *Centro de Investigaciones Biomédicas, Facultad de Medicina, Univ. de Navarra.

El hallazgo de una hiperactividad del intercambiador Na^+/H^+ en pacientes que ya presentan hipertensión arterial esencial (HT) no permite discernir si dicha hiperactividad es un hecho primario genéticamente determinado o un epifenómeno del proceso hipertensivo. Así, mientras que para algunos autores el aumento de la actividad del intercambiador Na^+/H^+ sería un defecto primario (N Engl J Med 307: 317, 1982), para otros sería una respuesta fisiológica normal a la acidificación celular (Hypertension 15: 104, 1990). Por todo ello, en este trabajo se ha estudiado (mediante citometría de flujo) el pH intracelular (pH_i) y la actividad del intercambiador Na^+/H^+ (V_{H^+}) en eritrocitos de 30 sujetos normotensos (15 con historia familiar de HTA, HT+), y 15 sin historia familiar de HTA, HT-).

Los sujetos HT+ presentaban un pH_i menor que los sujetos HT- (7.31 ± 0.01 vs 7.37 ± 0.02 , M_{EEM} , $P < 0.05$). La actividad del intercambiador Na^+/H^+ era similar en ambos grupos de sujetos (146 ± 23 vs 148 ± 21 $\text{mmol H}^+/\text{l.cel.h.}$). Además, el pH_i se correlacionaba positivamente con la V_{H^+} para el conjunto de todos los sujetos estudiados ($r = 0.476$, $P < 0.05$).

Estos resultados indican que en el periodo prehipertensivo, los sujetos genéticamente predispuestos a padecer la enfermedad no presentan anomalías del intercambiador Na^+/H^+ .

Por todo ello, los resultados de este trabajo permiten sugerir que la hiperactividad del intercambiador Na^+/H^+ descrita en los sujetos que ya tienen HT podría ser un epifenómeno del proceso hipertensivo.

ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE ACIDIFICACION RENAL EN PACIENTES CON LITIASIS, EN AUSENCIA DE ACIDOSIS TUBULAR

J. Chahin, V. G. Nieto, A. Torres, E. Gallego, M. Muros, C. León, M. L. Méndez, J. G. Pérez. Servicio de Nefrología, Hospital Nuestra Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Se ha comunicado que determinados pacientes con hipercalcemia y litiasis, pueden evolucionar con el tiempo hacia el desarrollo de una acidosis tubular renal distal. Hemos querido comprobar si en un grupo de pacientes con litiasis y capacidad intacta de descender adecuadamente el pH en la prueba de acidificación, pueden observarse defectos discretos en la excreción de hidrogeniones.

Pacientes y Métodos: Se analizaron los pH urinarios basal y mínimo, índice de excreción de citrato (IECit) y la formación de acidez titulable (AT) y de amonio (Am) en la orina de pH mínimo, ante una sobrecarga con cloruro amónico. Se incluyeron 35 pacientes afectados de litiasis, 28 con hipercalcemia (Grupo HC) y 7 con otras causas (Grupo NoHC), que habían descendido adecuadamente el pH urinario por debajo de 5.35, tanto con cloruro amónico como con furosemida. Los resultados se compararon con los de 10 controles sanos (Grupo C).

Resultados: La eliminación de AT fue significativamente menor tanto en HC (29.6 ± 11.7 $\mu\text{Eq}/\text{min}/1.73$ m^2) ($p < 0.001$) como en NoHC (25.5 ± 8.31) ($p < 0.05$) con respecto a C (44.9 ± 10.6). La eliminación de Am sólo fue significativamente más descendida en HC (51.9 ± 18.8 $\mu\text{Eq}/\text{min}/1.73$ m^2) ($p < 0.05$) en relación a C (66.7 ± 21.3). No se observaron diferencias en cuanto al pH mínimo. En cambio, el pH basal fue significativamente superior en NoHC (6.46 ± 0.85) ($p < 0.01$), siendo de 5.65 ± 0.57 en C y de 5.84 ± 0.62 en HC. En ambos grupos, se observó menor formación de AT y de Am en los pacientes con IECit inferior a 0.4 $\text{mg}/100\text{ml GFR}$, con respecto a los de mayor citraturia.

Conclusión: En pacientes con litiasis, independientemente de la etiología, puede observarse un defecto discreto de la capacidad de acidificación, incluso con pH urinarios mínimos adecuados. Este defecto parece estar en relación con algún factor propio de la litiasis, además de la hipercalcemia.

ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN HEMODIALISIS Y EN EL PERSONAL SANITARIO.

J. Chahin, E. Gallego, M.L. Méndez, V.G. Nieto, J. García, S. de Nefrología, Htal. Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

La hepatitis C (HC) es un nuevo motivo de preocupación actual en los pacientes en hemodiálisis (PH) y en los trasplantados por sus consecuencias a largo plazo como lo fue la hepatitis B en la década de los 70.

Determinamos anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (ACC) en los PH ($n:52$) y en el personal sanitario (PS) ($n:21$) en dos ocasiones en 8 meses, con la intención de conocer la incidencia y evolución orientado a medidas preventivas y terapéuticas, así como si exista relación con otros parámetros clínicos y analíticos. Los métodos utilizados fueron por enzoinmunoanálisis y test de confirmación por Western Blot de segunda generación.

RESULTADOS: Se observó nula incidencia en el PS frente a un 34.6% en los PH. El tiempo de permanencia en hemodiálisis fue superior para los PH positivos ($p < 0.001$). No encontramos relación entre el número de transfusiones y ACC, pero sí entre éstos y la elevación de transaminasas (TRS) postransfusionales ($p < 0.05$). Las TRS se elevaron más frecuentemente en forma de picos moderados (inferiores al doble del rango normal) en los positivos que en los negativos ($p < 0.05$), sin encontrar en ningún caso alteraciones persistentes. No hubo ninguna nueva positividad en la segunda determinación de ACC incluso dos PH se negativizaron. Observamos que los PH con ACC corresponden a los transfundidos antes del 28/JUN/90 fecha en que comenzó la determinación de ACC en el banco de sangre, a pesar de que en el número de transfusiones antes y después de esta fecha no se apreciaron diferencias significativas.

Curiosamente hemos observado que las necesidades de eritropoyetina de los PH con ACC positivo son superiores de forma significativa a los negativos ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES:

1.- El impacto de la determinación de ACC en sangre de donantes en la reducción de la incidencia de la hepatitis C es definitivo.

2.- La conducta expectante sin tomar medidas drásticas en cuanto aislamiento se refiere, es razonable.

MALNUTRICION CALORICO PROTEICA EN HEMODIALISIS CRONICA (HDC). UTILIDAD Y LIMITACIONES DE LA TASA DE CATABOLISMO PROTEICO (PCR).
V. Lorenzo, M. Dominguez, A. Rodriguez, L. Perez, M. Rufino, E. de Bonis, A. Torres, B. Maceira, J. Gonzalez Posada, D. Hernandez, M. Losada. Servicio Nefrología. Hospital Universitario Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

La malnutrición calórico-proteica en HDC es relativamente frecuente y afecta la morbimortalidad de estos enfermos. El PCR es sencillo de calcular y orientativo de la ingesta proteica (IP), aunque de un alcance limitado. El objetivo del trabajo ha sido conocer el estado nutricional de los pacientes en HDC, y analizar la utilidad y limitaciones del PCR en la evaluación de la IP.

Se estudiaron 29 pacientes en HDC (49 ± 17 años, 18V, 11M, 68 ± 59 meses en HDC) a los cuales se les realizaron Mediciones Antropométricas (Peso Corporal Relativo, Índice Masa Corporal, Plieque Tricipital y Circunferencia Muscular del Brazo), PCR (fórmula de Gotch) Bioquímica standard y Encuesta Dietética (ED) (3 días) mediante sistema de análisis de dieta informatizado.

El 70% de los pacientes presentaron alguna deficiencia de los parámetros antropométricos (más evidente en las mediciones que en el déficit de peso). Sin embargo, los parámetros bioquímicos no presentaron deficiencias relevantes, indicando todo ello, una malnutrición de predominio marasmático.

La ED reveló un déficit de IP en el 55% de los pacientes, asociación siempre a una deficiente ingesta calórica. La baja ingesta calórica alcanzó al 70% de los pacientes. La ingesta de proteína/Kg/día se correlacionó inversamente con la edad ($r = -0,69$, $p < 0,001$).

El PCR se correlacionó positivamente con el BUN prediálisis ($r = 0,59$, $p < 0,01$) y con la IP ($r = 0,51$, $p < 0,01$), aunque con una considerable dispersión de los datos, perdiéndose la correlación cuando la IP era menor de 0,8 gr/Kg/día. El cociente GEN (generación de urea) / IN (ingesta nitrogenada) se correlacionó negativamente con la IP ($r = -0,69$; $p < 0,001$), evidenciando que los pacientes con peor IP están expuestos a un balance nitrogenado negativo.

En conclusión, la incidencia en HDC de malnutrición proteica y calórica asociadas es considerable cuando se realiza una encuesta dietética. La edad es un factor de riesgo relevante. Los suplementos proteicos pueden ser ineficaces si no se acompañan de aportes calóricos proporcionales. El PCR es un indicador poco sensible de la ingesta proteica, especialmente cuando ésta es baja ($< 0,8$ gr/Kg/día) siendo necesaria la encuesta dietética si pretendemos conocer el balance nitrogenado de estos pacientes.

ABLACION DEL INJERTO RENAL NO FUNCIONANTE POR EMBOLIZACION CON ALCOHOL ABSOLUTO (EMB).

V. Lorenzo, L. Perez, M. Dominguez, A. Rodriguez, M. Rufino, J. Gonzalez Posada, E. de Bonis, A. Torres, B. Maceira, D. Hernandez, M. Losada, *M. Machado, *F. Diaz, S. Nefrología y *Radiodiagnóstico, Htal. Universitario Canarias.

La Transplantectomía quirúrgica (TQ) ha sido el tratamiento convencional del Síndrome de Intolerancia al Injerto (SII), tras la retirada de la inmunosupresión. Sin embargo, esta técnica se asocia a una elevada morbimortalidad. Por otro lado, la EMB ha demostrado su eficacia en la ablación de órganos, pudiendo aplicarse esta técnica al injerto renal no funcionante. El objetivo del trabajo ha sido comparar los resultados de la EMB con alcohol absoluto (6-8 cc en la arteria renal) realizada en 11 pacientes trasplantados (32 ± 14 a. 9V, 2M) afectados de SII tras rechazo irreversible; con 11 pacientes previos (31 ± 10 a. 9V, 2M) sometidos a TQ por presentar el mismo cuadro clínico. Solo enfermos no complicados, afectos de rechazo celular o vascular irreversible fueron considerados para el estudio. El tiempo medio transcurrido entre el fallo irreversible del injerto y la aparición del SII fue de 2,4 ± 2,3 meses. El SII fue diagnosticado por fiebre (81%), hematuria (33,3%), cuadro pseudogripal (33,3%) dolor (29%), y aumento del tamaño del injerto (14%). El 100% de los pacientes EMB mostraron la desaparición clínica del SII. No hubo complicaciones mayores, aunque 9 pacientes presentaron Síndrome Post embolización (dolor y parestesias en la región del injerto, vómitos, fiebre, hematuria) que persistió hasta 14 días postembolización. Tras 6-61 meses de seguimiento, no han ocurrido complicaciones tardías. Por el contrario, 5 de 11 TQ sufrieron complicaciones severas hemorragia y/o infección del lecho quirúrgico, y dehiscencia de la herida en 2 casos.

A efectos de valorar la sensibilidad anti-HLA, en 13 pacientes hemos comparado el título de anticuerpos anti-HLA antes del trasplante y tras 3 meses de ablación del injerto (TQ o EMB). Se observó un incremento del título de anticuerpos en 4 de 7 pacientes de TQ (57%) y en 3 de 6 EMB (50%). Estos resultados preliminares sugieren que no existen diferencias significativas en cuanto a la sensibilización anti-HLA entre los 2 grupos.

En conclusión, la TQ es una técnica altamente invasiva y que se asocia a una considerable morbilidad. Por el contrario, la EMB es menos invasiva y cursa solo con mínimas complicaciones. Asimismo, es segura y efectiva, pudiendo considerarse como primera alternativa terapéutica en el SII que se presenta en riñones no funcionantes tras la retirada de la inmunosupresión.

COMPARACION DE TRES METODOS PARA DETERMINAR LOS NIVELES DE CICLOSPORINA (CsA).

Torres A, Rodríguez AP, Domínguez ML, Pérez L, Rufino M, De Bonis E, González-Posada JM, Lorenzo V, Hernández D, Losada M, Maceira M, Milena A, González C. Servicios de Nefrología y Bioquímica, Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

La monitorización de los niveles de CsA en el trasplante de órganos es necesaria para prevenir tanto la nefrotoxicidad como una insuficiente inmunosupresión. Los métodos más populares utilizan un anticuerpo policlonal no específico ya sea mediante RIA ó TDX (Fluorescencia de Polarización), y miden tanto la CsA nativa como sus metabolitos. El RIA monoclonal específico (I125 como trazador) guarda un excelente paralelismo con la HPLC, midiendo ambos CsA nativa solamente. Nuestro objetivo fué comparar los niveles de CsA medidos en sangre total con un nuevo TDX Monoclonal (TDX-Mo) con los de RIA Monoclonal Específico (RIA-Mo) y los TDX Policlonal (TDX-Po). A 58 enfermos con trasplante renal funcionante de duración variable, se les extrajo la muestra hemática antes de la dosis matutina de CsA. A tres de ellos se les extrajo otra muestra a las 2; 3.5; 5; 8.5 y 12 horas posteriores. El total de muestras fué de 73. En la Tabla se resumen las correlaciones lineales:

y vs. x	a	b	r	p
TDX-Po vs TDX-Mo	225.23	1.42	0.96	<0.001
TDX-Po vs RIA-Mo	235.49	1.80	0.93	<0.001
TDX-Mo vs RIA-Mo	8.93	1.26	0.97	<0.001

Los niveles de TDX-Mo fueron 1.32 veces superiores a los de RIA-Mo. Las curvas farmacocinéticas con ambos métodos fueron paralelas, y el pico máximo medio fué de 5.14 y 5.11 veces respectivamente, sobre el valor basal. Un rango de 400-700 ng/ml por TDX-Po corresponde a 125-330 por TDX-Mo, y 92-260 por RIA-Mo. En resumen, el TDX Monoclonal no mide exclusivamente CsA nativa, pero guarda una excelente correspondencia con los valores medidos con RIA Monoclonal Específico.