

Evolución de pacientes chagásicos trasplantados renales

M. C. Vázquez*, C. Zala*, F. Alvarez**, A. Campanini**, E. L. Segura**, A. Rearte**

* Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Municipalidad de Buenos Aires.

** INDIECH. Ministerio de Salud Pública de la Nación. Buenos Aires (Argentina).

SUMMARY

Chagas' disease (ChD) is endemic in Argentina. We evaluated prospectively the evolution of chagasic (Ch) patients (P) transplanted (Tx) with non-Ch donors. Eight ChP were transplanted with non-Ch donors (7 with cadaveric donors [CD] and 1 with living donor [LD]). One non-ChP (Tx with LD) returned to an endemic area. To detect reactivation of ChD, all P were followed with serologic and parasitologic methods (Strout and/or microhematocrite). The follow-up was strict. Specific prophylactic antiparasitic treatment was not administered. The non-ChP who returned to the endemic area became infected, he had subpatent parasitemia two years post-transplantation without clinical signs of ChD. He did not receive antiparasitic treatment. Only two P Tx with CD showed parasitemia, without clinical signs of ChD, one of them had patent parasitemia, he was treated with Besnidazol (8 mg/Kg/day) during 21 days. The parasitemia became negative after 15 days and the treatment was stopped because of leucopenia. The six P who did not show parasitemia became serologically negative between 6 and 8 months post-transplantation. The reason for this change is uncertain. We did not find clinical evidences of ChD in our P. Kidney Tx should not be contraindicated in ChP controlled carefully.

Material y métodos

En el período enero 1988-julio 1992, en el Hospital Doctor Cosme Argerich, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se realizaron 72 trasplantes de riñón, 27 con donante vivo relacionado (DVR) y 45 con donante cadavérico (DC).

Ocho pacientes Ch fueron trasplantados con órganos de donantes no Ch (7 con DC y 1 con DVR). Un paciente no Ch se trasplantó con DVR no Ch y regresó postrasplante a zona endémica.

Inmunosupresión

En todos los pacientes se utilizó cuádruple esquema inmunosupresor, linfoglobulina (GAL), azatioprina, prednisona y ciclosporina (CsA). La GAL se utilizó como inducción por períodos de 21-28 días en los pacientes trasplantados con DC y de 7 días en los pacientes DVR. La CsA se adicionó al esquema inmunosupresor con creatininas plasmáticas menores de 3,5 mg %.

Los episodios de rechazo agudo fueron tratados con 10 mg/kg/dosis de metilprednisona; los rechazos corticorresistentes fueron tratados con GAL o con timoglobulina.

Con el objeto de detectar reactivación de la enfermedad chagásica postrasplante², los pacientes fueron controlados por métodos parasitológicos (Strout y/o microhematócrito) y serológicos (ELISA, inmunofluorescencia indirecta y hemoaglutinación indirecta). La detección de parasitemia patente (Strout +) fue considerada signo de reactivación de la infección chagásica. Los controles serológicos y parasitológicos se realizaron tres veces por semana el primer mes, una vez por semana el segundo mes, cada 15 días el tercero y luego mensualmente.

No se utilizó tratamiento profiláctico antiparasitario específico en estos pacientes.

Correspondencia: Dra. María Cristina Vázquez
División Ablación e Implante de Organos
Hospital Dr. Cosme Argerich, Almirante Brown, 240
1155 Buenos Aires (Argentina)

Resultados

El paciente no chagásico que regresó a área endémica se infectó a los dos años postrasplante, evidenciado por parasitemia subpatente y conversión serológica, sin signos clínicos de enfermedad chagásica. La serología persiste positiva hasta la fecha (tres años postinfección).

Sólo dos pacientes trasplantados con DC presentaron parasitemia al mes y a los seis meses postrasplante. El primero presentó parasitemia patente (Strout +), por lo que fue medicado con beznidazol durante 15 días, negativizando la parasitemia. El tratamiento se suspendió por la leucopenia. La serología de ambos persiste positiva a ocho meses y dos años postrasplante, respectivamente, sin evidencia de reactivación parasitológica. Los restantes seis Tx con DC y uno de los pacientes Tx con DVR negativizaron la serología entre los seis y ocho meses postrasplante.

Los tres pacientes que presentaron parasitemia no negativizaron las pruebas a tres años, dos años y seis meses postrasplante.

Discusión

Estudios experimentales realizados en ratones crónicamente infectados por *T. cruzi* en el Instituto Fatala Chaben mostraron reactivación de la enfermedad de Chagas después de la administración de terapia inmunosupresora³.

También se observó reactivación en perros chagásicos crónicos sometidos a trasplante cardíaco e inmunosuprimidos con prednisona y CsA⁴.

Los reportes sobre enfermedad de Chagas y trasplante de órganos en seres humanos son escasos. En un estudio multicéntrico reciente de 35 pacientes Ch, 13 mostraron reactivación de la enfermedad⁵. En Argentina se han reportado dos casos de reactivación en receptores de trasplante renal de DC no Ch⁶. Recientemente se ha publicado en Brasil reactivación de la enfermedad de Ch en pacientes portadores de miocardiopatía Ch sometidos a trasplante cardíaco⁷. En el presente estudio sólo dos de los pacientes Ch previos mostraron parasitemia y sólo uno

de ellos requirió tratamiento antiparasitario. El paciente que adquirió la infección no reactivó la parasitemia y tampoco requirió terapéutica específica. Estos tres pacientes persisten con serología positiva sin modificar los niveles de anticuerpos.

Llama la atención que todos los pacientes que no presentaron parasitemia (5) negativizaron la serología a los seis y ocho meses postrasplante, hecho que podría estar relacionado con la inmunosupresión.

Conclusiones

— En nuestros pacientes no hemos encontrado evidencias clínicas de reactivación de la enfermedad de Chagas.

— Sólo uno de los pacientes presentó parasitemia patente, requiriendo tratamiento antiparasitario.

— Es necesario un mayor estudio de las causas que llevan a la negativización serológica de los pacientes Ch que no presentaron parasitemia en el postrasplante.

— El Tx renal no estaría contraindicado en pacientes Ch seguidos con protocolos estrictos.

Bibliografía

1. WHO: Tropical Diseases. Prog Int Rtes, Ninth Program Report, Génova, 1989.
2. Saucedo G, Pattin M, Aulet F, Segura EL, Rearte A, Vázquez MC, Maglio F: Trasplante renal cadavérico y enfermedad de Chagas: sistemática de seguimiento. VII Congreso Argentino de Nefrología, Rosario, 28 de mayo de 1990.
3. Sinagra A, Rearte A, Segura EL: *Medicina (Buenos Aires)*, 49, 1989.
4. Bouillon F, Sinagra A, Rearte A y cols.: Experimental cardiac transplantation and chronic Chagas disease in dogs. *Transplantation Proc*, 20 (supp.):432-438, 1988.
5. Cantarovich F, Vázquez MC, Duro García W, Abbud Filho M, Herrera C, Villegas Hernández A: Special Infections in South America in Organ Transplantation. First International Congress on Transplantation in Developing Countries. Singapur, 29 abril-3 mayo 1992.
6. Ambasch G, Fagalde A y cols.: *III Congreso Argentino de Trasplante*, p. 28, Buenos Aires, 1990.
7. Stolf NA, Higushi L, Belloti G, Auler JO, Uip D, Amato Neto V, Pileggi F, Jatene AN: Heart transplantation in patients with Chagas' disease cardiomyopathy. *J Heart Transplant*, 6 (5):307-312, septiembre-octubre 1987.