

Trasplante renal en pediatría. Priorización y actuación en hiperinmunizados

I. Zamora y J. Simón

Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Partiendo desde el convencimiento de que, el trasplante es la única alternativa válida para el tratamiento de la insuficiencia renal terminal en el niño, nuestro compromiso es lograr este objetivo con la mayor brevedad posible, acortando o incluso, si es posible, evitando el paso por diálisis.

Consideramos que debe ofertarse a los padres las dos alternativas posibles de trasplante, donante vivo y donante cadáver. Y ello no por la posible escasez de donantes, sino por estar convencidos de las ventajas del donante vivo tanto desde el punto de vista psicológico, para los propios padres, como los derivados de trasplante electivo, momento idóneo, calidad del órgano, supervivencia, etcétera.

De esta forma, el 18% de los 222 trasplantes realizados en nuestro centro entre 1979-1997, lo son de donante vivo (padre o madre). La elección ha sido siempre de los padres, después de haber recibido la información pertinente.

Si la alternativa es donante cadáver, aceptamos donantes siempre de edad superior a los 3 años y, preferentemente, menores de 50.

El rechazo a aceptar donantes muy jóvenes, lo apoyamos tanto sobre nuestra personal experiencia, como por la referida a nivel internacional y refrendada por un estudio multicéntrico realizado en 1992 por los centros de Trasplante Pediátrico en España.

Sobre un total de 88 trasplantes realizados con donantes menores de 5 años se observó una supervivencia a los 1, 2, 3 años inferior a los del total de pacientes trasplantados, tanto en cada uno de los centros como en el Registro Nacional Pediátrico. Redistribuidos los casos en donantes mayores o menores de 3 años se obtuvieron diferencias significativas de la tasa de supervivencia: 1^{er} año: 82% vs 51%; 2^o año: 74% vs 50% y 3^{er} año: 51% vs 45%.

Los problemas quirúrgicos, por la dificultad del tamaño de los vasos, la mayor actividad inmuno-

lógica con incremento de rechazo agudo y la disminución de masa renal son sin duda los condicionantes de estos peores resultados.

En el Registro Americano se ha documentado una mejor supervivencia de los trasplantes pediátricos, desde 1992, año en que se modificó la política de donante pediátrico para receptor pediátrico.

Actualmente con los avances conseguidos en el terreno de la inmunosupresión, factores diferentes a los inmunológicos adquieren cada vez más importancia. Dentro de ellos la masa renal implantada se refiere como causa cooperante en el llamado rechazo crónico. Ello es tan válido para los donantes muy jóvenes como para los añosos.

Este hecho es de singular importancia en el trasplante pediátrico. El crecimiento del niño determina una demanda proporcionalmente mayor de función renal. Es común observar una pérdida de filtrado glomerular durante el período puberal.

A nivel de nuestra zona de trasplante, zona IV del Plan Nacional de Nefrología Infantil, siempre ha existido una prioridad absoluta del niño en las listas de trasplante. Así la oferta anual de riñones es muy alta, a la que contribuye activamente el H. Infantil como centro generador.

Como ejemplos en los años 96 y 97 se nos ofertaron 69 y 59 riñones, generamos 12 y 6, y trasplantamos 8 y 14 niños.

Esta prioridad, nos permite el objetivo de acortar el tiempo de espera. El 15% de los trasplantados de cadáver, en nuestro centro se ha realizado sin paso por diálisis y en el 72% de los casos el tiempo de espera ha sido inferior a un año.

No obstante a nuestros esfuerzos para obtener el mejor donante y adecuar el tratamiento inmunosupresor a la mayor reactividad inmunológica del niño, es evidente que un porcentaje de nuestros pacientes van a requerir más de un injerto para alcanzar la edad adulta.

Son los trasplantes previos, la razón casi única de la presencia de pacientes sensibilizados en nuestros centros.

Con el fin, también en estos casos, de acortar el tiempo de espera, hemos propuesto, todos los Centros de Trasplante Pediátrico, a la ONT el conside-

Correspondencia: Dr. I. Zamora
Hospital Infantil La Fe. Valencia
Avenida de Campanar, 21
46009 Valencia

rar, para el niño, paciente hipersensibilizado y por lo tanto con prioridad a nivel nacional, aquel con una tasa de anticuerpos mayor del 50%.

Somos conscientes de que solicitamos el mejor donante y en el menor tiempo posible para nuestros pacientes, pero es importante señalar que

aunque nuestros requerimientos sean cualitativamente importantes son cuantitativamente modestos. Actualmente a nivel nacional, sólo se realizan 50-60 trasplantes en menores de 15 años, no siendo previsible un aumento de las necesidades a nivel pediátrico.