



Trasplante Renal en Niños en Colombia

R. RIVEROS, MD, SCC; C. CASAS, MD, SCC; H. ORDOÑEZ, MD, SCC; F. FONSECA, MD, SCC; J. DE LA CRUZ, MD; I. E. MURCIA, MD.

Se presenta una serie histórica de 18 trasplantes renales llevados a cabo en el Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos en un período de 2 años. La selección juiciosa tanto del receptor como del donante sobre un sólido apoyo en los aspectos mentales y psicosociales con miras a un resultado excelente, demuestra que este grupo de edad especial requiere de una estricta disciplina en lo que se refiere al enfermo y su familia. Las dificultades con la llegada de la adolescencia hacen que esta etapa exija una cercanía permanente del equipo de trabajo con el paciente.

INTRODUCCION

El sistema de seguridad social nacional es equívoco no sólo en la definición de edad pediátrica sino en el cubrimiento de servicios en la etapa de desarrollo del individuo colombiano. Esto ha llevado tradicionalmente a que los niños no tengan un amparo estatal adecuado especialmente en procedimientos complejos y de alto costo como es el trasplante renal. Además de las dificultades sociales, el tratamiento del niño con enfermedad renal terminal es especialmente difícil en sus 3 etapas, a saber:

1. **Pretrasplante**, difícil acceso vascular. La disciplina que requiere la CAPD es dificultosa en su aplicación local.
2. **Trasplante**, el peso y el tamaño del niño hace más difícil el procedimiento de implante vascular.
3. **Postrasplante**, los efectos colaterales de la inmunosupresión, especialmente de los corticoides con su retardo pondostatural, hacen que tanto el paciente trasplantado como su familia se desilusionen al llegar a la adolescencia.

Doctores: **Rafael Riveros Dueñas**, Prof. U. del Rosario, Jefe Secc. de Trasplante Hosp. San José Clín. del Country, Bogotá; **Camilo Casas Ortiz**, Jefe Depto. Quirúrg., Clín. del Country; **Hernando Ordóñez González**, Ciruj. Clín. del Country; **Fernando Fonseca**, Ciruj. Clín. Reina Sofía, Bogotá; **Jorge De la Cruz París**, Nefrólogo Pediatra, FSFB; **Inés Elvira Murcia**, Nefróloga Pediatra, Bogotá, Colombia.

Por estas razones, el trasplante renal en niños requiere de un enfoque especial tanto en la conformación del equipo como en la variación de las conductas.

MATERIALES Y METODOS

En un período de 2 años (1990 a 1992) (HIULVS) se trasplantaron 18 niños en el Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos con un equipo conformado por los autores. A través de la Fundación **Renacer** cada vez que se financiaba un millón de pesos (\$1.000.000) se hacía un trasplante intrafamiliar. De los 18 trasplantes, 1 fue de donante cadavérico y el resto de donante vivo relacionado.

La etiología se dividió en 5 categorías principales:

1. Nefropatía glomerular, 12 casos
2. Nefropatía hereditaria, 2 casos
3. Hipoplasia renal, 2 casos
4. Malformación urinaria, 1 caso
5. Nefropatía vascular, 1 caso

La distribución por edad fue de 0 a 5 años, 2 casos; de 5 a 10, 5 niños; de 10 a 15, 10 niños; y 1 caso de 16 años. Se practicó trasplante en la fosa ilíaca derecha a 14 pacientes de más de 10 kg de peso, e intraperitoneal con anastomosis terminolateral a la aorta y a la vena cava inferior, a 3 niños con peso menor de 3 kg. El promedio de hospitalización fue de 12 días y se ha conseguido un seguimiento de todos los pacientes vivos trasplantados.

RESULTADOS

No hubo mortalidad en esta serie. Como complicaciones, se observaron: 2 casos de rechazo subagudo que respondieron adecuadamente al tratamiento médico; 1 trombosis de la arteria renal por levantamiento endotelial y disección; 2 fístulas urinarias que cedieron espontáneamente antes de 2 semanas. En la actualidad, excepción hecha del riñón perdido por la trombosis de la arteria renal, todos los injertos están funcionando con un seguimiento mayor de 5 años.

DISCUSIÓN

Además de un estudio de histocompatibilidad adecuado, se han hecho observaciones sobre los siguientes factores que influyen en el resultado:

Transfusión

En el grupo pediátrico, desde los trabajos de Opelz se ha observado con mayor énfasis el efecto beneficioso de las transfusiones sanguíneas.

Nefrectomía bilateral

Además de las indicaciones por malignidad, reflujo vésico ureteral masivo con uretero-hidronefrosis, es de particular beneficio la nefrectomía bilateral en presencia de riñones poliquísticos simplemente por ocupación de espacio retroperitoneal. Sin embargo, el hecho de haber llevado a cabo una nefrectomía bilateral no ejerce ninguna influencia en la supervivencia del injerto ni del paciente.

Origen del donante

El origen del donante, con referencia a si éste es vivo o cadavérico, no tiene influencia en la supervivencia del riñón trasplantado ni del receptor. De igual manera, el tamaño del riñón no incide en los resultados.

Crecimiento del niño

Es un hecho reconocido que la enfermedad renal influye en el desarrollo pondostatural del paciente pediátrico; si a esto se le agrega el efecto deletéreo de los corticoides, vemos que se obtiene un crecimiento normal en el 12.5% de los pacientes. El mecanismo preciso a través del cual los corticoides suprimen el crecimiento es desconocido. Sin embargo, la adición de ADT en la actualidad ha logrado unas líneas de crecimiento lineales con una conservación adecuada del injerto.

Opciones terapéuticas

A los niños con enfermedad renal terminal del Servicio de Nefrología del HIULVS se les ofrecían 3 posibilidades terapéuticas: diálisis, hemodiálisis y trasplante. Sólo nos ocuparemos de éste último.

TRASPLANTE

Criterios de aceptabilidad

Edad. Aunque la edad no debe ser un factor determinante, es de consenso general que los niños menores de 5 años, y especialmente aquellos menores de 1 año, requieren de una con-

sideración especial puesto que la literatura muestra que la mortalidad y morbilidad en este subgrupo puede ser inaceptable.

La edad como criterio de aceptabilidad para trasplante es por lo tanto una consideración filosófica. ¿Es la potencial prolongación de la vida justificable por medios extraordinarios confrontados con resultados poco benéficos? La decisión final de los padres puede hacerse menos difícil con un sistema de asesoría desapasionado y adecuado.

Estado mental. Los niños con retardo mental avanzado (no educables e incapaces) hacen que la decisión del trasplante sea especialmente difícil ya que tanto éste como la diálisis en el individuo incapaz requieren de una infraestructura compleja que desafortunadamente en la actualidad no posee ninguna institución de salud en nuestro medio.

Estado psicoemocional. Los niños con enfermedad renal terminal que tienen desórdenes de comportamiento severo o enfermedades psiquiátricas necesitan de un tratamiento específico por parte del equipo terapéutico debido a que la decisión misma estará influenciada no sólo por la eficiencia social del individuo sino por el agravamiento de su situación psicoemocional por:

1. Trauma perioperatorio
2. Profundización del estado sicótico por inmunosupresión (corticoides).

Infección generalizada. En la edad pediátrica, tanto las enfermedades virales como bacterianas requieren de una estrecha monitoría. Es obvio que en enfermedad activa o en tiempo compatible con estados de incubación está contraindicado el trasplante.

Enfermedad multisistémica. En algunos estados patológicos que llevan a enfermedad renal terminal, existe compromiso de otros órganos vitales. En caso de persistir disfunción orgánica solucionable en otro sitio de la economía, ésta debe solucionarse antes de llevar a cabo el trasplante.

Tumores malignos. La existencia previa de malignidad congénita en los riñones (tumor de Wilms bilateral) induce a que se trasplanten aquellos niños que se consideren curados de su tumor; sin embargo, existe evidencia en la literatura (2) que demuestra una recurrencia del 50% en estos pacientes trasplantados.

Anomalías del tracto urinario bajo. La vejiga debe estudiarse en el postoperatorio para lograr una capacidad en tamaño y continencia adecuados. Si estos no se obtienen, se deben practicar procedimientos quirúrgicos que lleven a un reservorio funcional suficiente y permanente.

ABSTRACT

RENAL TRANSPLANTATION IN CHILDREN IN COLOMBIA

We present our series of 18 consecutive renal transplants performed at Hospital Universitario Lorencita Villegas de Santos (Bogotá) over a two year period. The judicious selection of both donor and recipients based upon mental

and psychosocial aspects, aiming at achieving optimal results, indicates that this age group demands a strict approach to the patient and the family. The difficulties inherent to the onset of adolescence makes it obligatory to maintain a close relationship between the transplant team and the patient.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meadow R, Cameron Js, Ogg C: Regional service for acute and chronic dialysis of children. Lancet 1970; 2:707
2. Belzer FO, Schweitzer RT, Holliday M, et al: Renal homotransplantation in children. Am J Surg 1972; 124:270
3. Penn I: Transplantation in patients with primary renal malignancies. Transplantation 1977; 24: 424
4. Sheil AGR, Kelly GE, Storey BG, et al: Controlled clinical trial of antilymphocyte globulin in patients with renal allografts from cadaver donors. Lancet 1971; 1:359
5. Aristizábal H: Los trasplantes de Organos en Colombia. Rev Colomb Cirug 1990 (Editorial); 5(1 Esp.): 1.

Correspondencia: Doctor Rafael Riveros Dueñas. Jefe de la Sección de Trasplantes. Hospital de San José, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Requisito para los Autores de Trabajos Enviados con Destino a la Publicación en CIRUGIA

Se exige a los médicos que deseen colaborar en esta Revista con trabajos originales, se sirvan leer detenidamente la sección "Indicaciones a los Autores" que aparece publicada en cada una de las entregas de la misma, a fin de que aquellos se ajusten en un todo a lo que en ellas se establece.

Se hace especial hincapié sobre el último párrafo del numeral 5 que a la letra dice: **"Dentro de las referencias bibliográficas anotadas, deberán incluirse algunas de la literatura médica de autores colombianos"**.

Señor autor: La Revista CIRUGIA en sus 13 años de vida, como tantas otras revistas colombianas, ha publicado trabajos nacionales sobre casi todos los temas médico-quirúrgicos, cuyos autores colombianos merecen la consideración, el acatamiento, la referencia y el estímulo que usted también desea y merece para sus publicaciones.

Para su conocimiento, la Oficina de Recursos Educativos de FEPAFEM/PAFAMS, está prestando un eficiente servicio de información bibliográfica nacional y latinoamericana a quienes la soliciten.
