
Vuelta del paciente trasplantado a hemodiàlisi: un caso clínic

Clara García Carro

Nefrología – Fundació Althaia Manresa



Septiembre
1994

Octubre
1995

Síndrome nefrótico córtico-resistente e
insuficiencia renal progresiva

Esclerosis mesangial
difusa
+
Síndrome Denys Drash

Síndrome de Denys Drash

**Esclerosis
mesangial
difusa:**
Síndrome
nefrótico y ERC 5
1-4 años

200-500 casos
reportados

Tumor de Wilms
uni o bilateral de
aparición en la
primera década
de la vida

**Pseudo-
hermafroditismo
masculino,**
sólo afecta a
individuos
46 XY

Mutación espontánea del gen WT1 (supresor del tumor de Wilms), localizado en el cromosoma 11, exones 8-9.

Tumor de
Wilms en
riñón
derecho

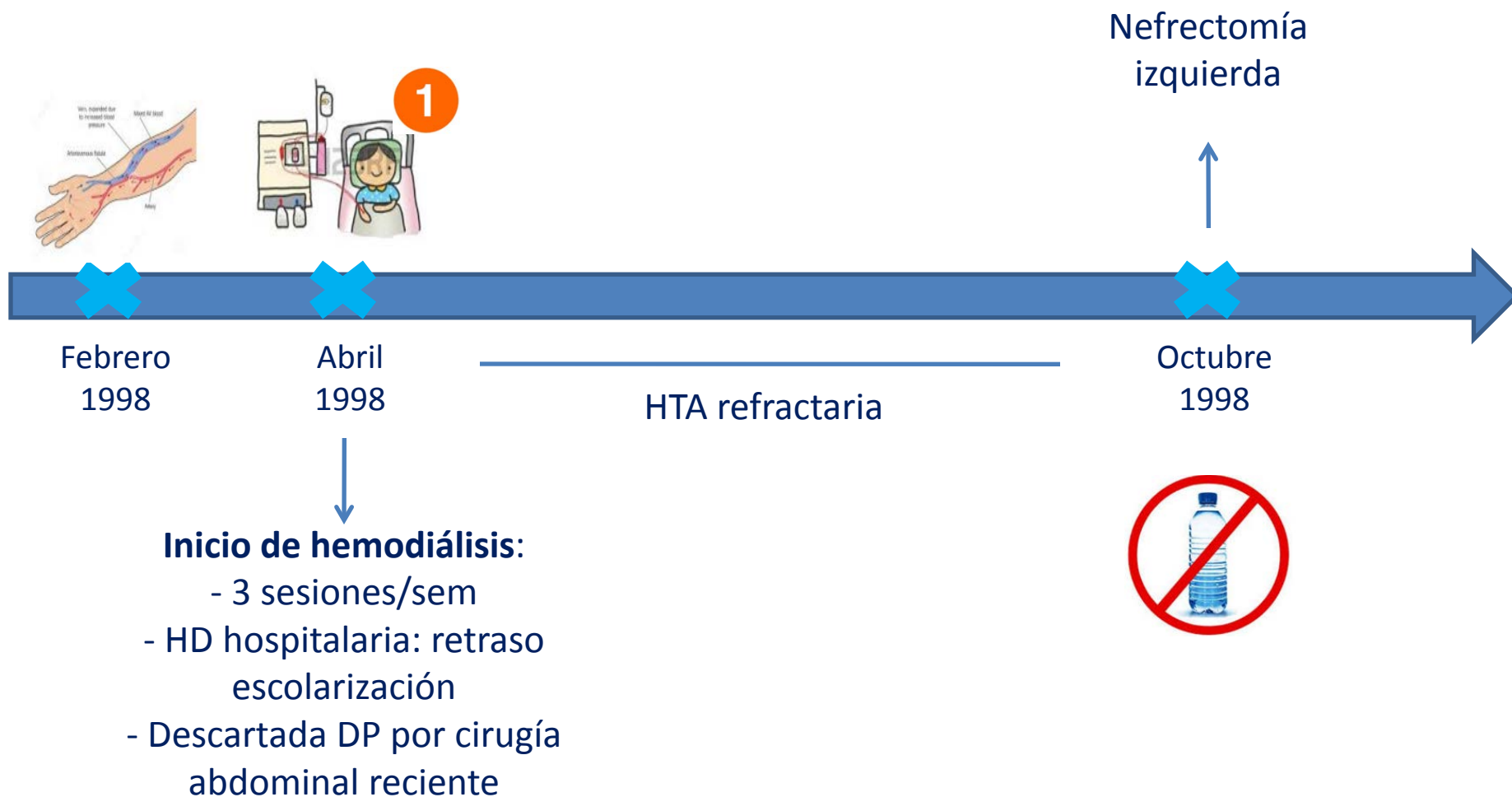


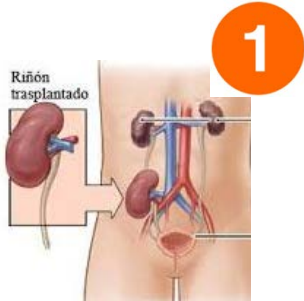
Diciembre
1997

ERC estadio 4

Progresión ERC a estadio 5

- Nefectomía derecha
- Quimioterapia CHOP





Abril
1999



FG 50-55 ml/min

Febrero
2006

Primer trasplante renal:

- Donante cadáver
- No Ac anti HLA
- FID
- Diuresis inmediata
- IS: Basiliximab, CsA+MMF+corticoides

Deterioro
función renal

Biopsia injerto

Rechazo agudo
celular

- Corticoides
- Basiliximab

Complicada
con fístula AV

Reinicio hemodiàlisi



Marzo
2006

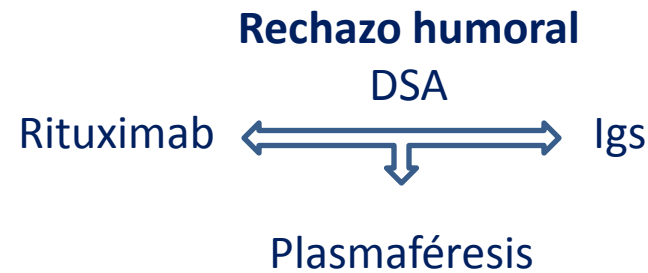
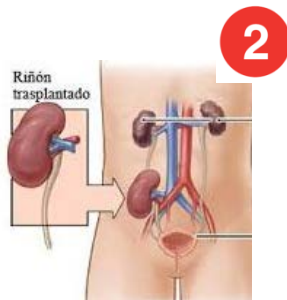


Inicio
hormona
crecimiento

Deterioro
progresivo de la
función renal

Enero
2007

- 12 años: HD hospitalaria
- FAVi RC funcionando



Marzo
2007

Adherencia subóptima al tratamiento

Marzo
2009

Segundo trasplante renal:

- Donante cadáver
- FII
- **Ac anti HLA preformados**
- IS: ATG, TAC+MMF+corticoides
- Diuresis inmediata

Deterioro significativo
función renal: FG 15-17
ml/min



Reinicio hemodiàlisi



Abril
2009



Diagnóstico de **infección
por VHC** genotipo 1b

- Carga viral $4.7-1.3 \times 10^7$ /mL
- Función hepática normal
- Tto conservador



Retirada ultrarrápida de la inmunosupresión (< 1mes)

Razones para **suspender** la IS:

- 1) Aumento incidencia **infecciones**
- 2) Aumento incidencia **neoplasias**
- 3) Aumento **mortalidad cardiovascular**
- 4) Aumento **coste** económico
- 5) **Dificultad manejo** drogas IS en diálisis

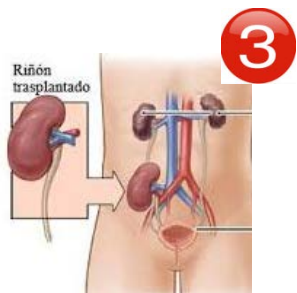


Razones para **mantener** la IS:

- 1) Evitar el **rechazo** agudo
- 2) Evitar/retrasar **trasplantectomía/embolización**
- 3) Conservar **función renal residual**
- 4) Disminuir **sensibilización HLA**
- 5) Evitar **insuficiencia suprarrenal**
- 6) Prevenir **reactivación enfermedad de base**

Esquema para la retirada de IS tras el reinicio de diálisis tras el trasplante renal:

- Fármacos **anti-proliferativos** (AZA, MPA/MMF e imOR): retirada **inmediata**
- **Anti-calcineurínicos** (TAC y CsA):
 - retirada en **2-4 semanas** si se trata de **disfunción crónica del injerto** sin eventos inmunológicos detectados
 - retirada prolongada (**3 meses**) si el **fracaso** del injerto ha sido **agudo** o secundario a un evento inmunológico
- * Importante retirada prolongada si el paciente mantiene diuresis residual
- **Corticoides**: retirada en **6 meses** habitualmente
 - mantener la misma dosis el primer mes de hemodiálisis
 - disminuir la dosis en un 50% cada 15 días hasta retirar
 - o disminuir 1mg/mes



Deterioro de
función renal



Febrero
2010

Abril
2010

Agosto
2010

Tercer trasplante renal:

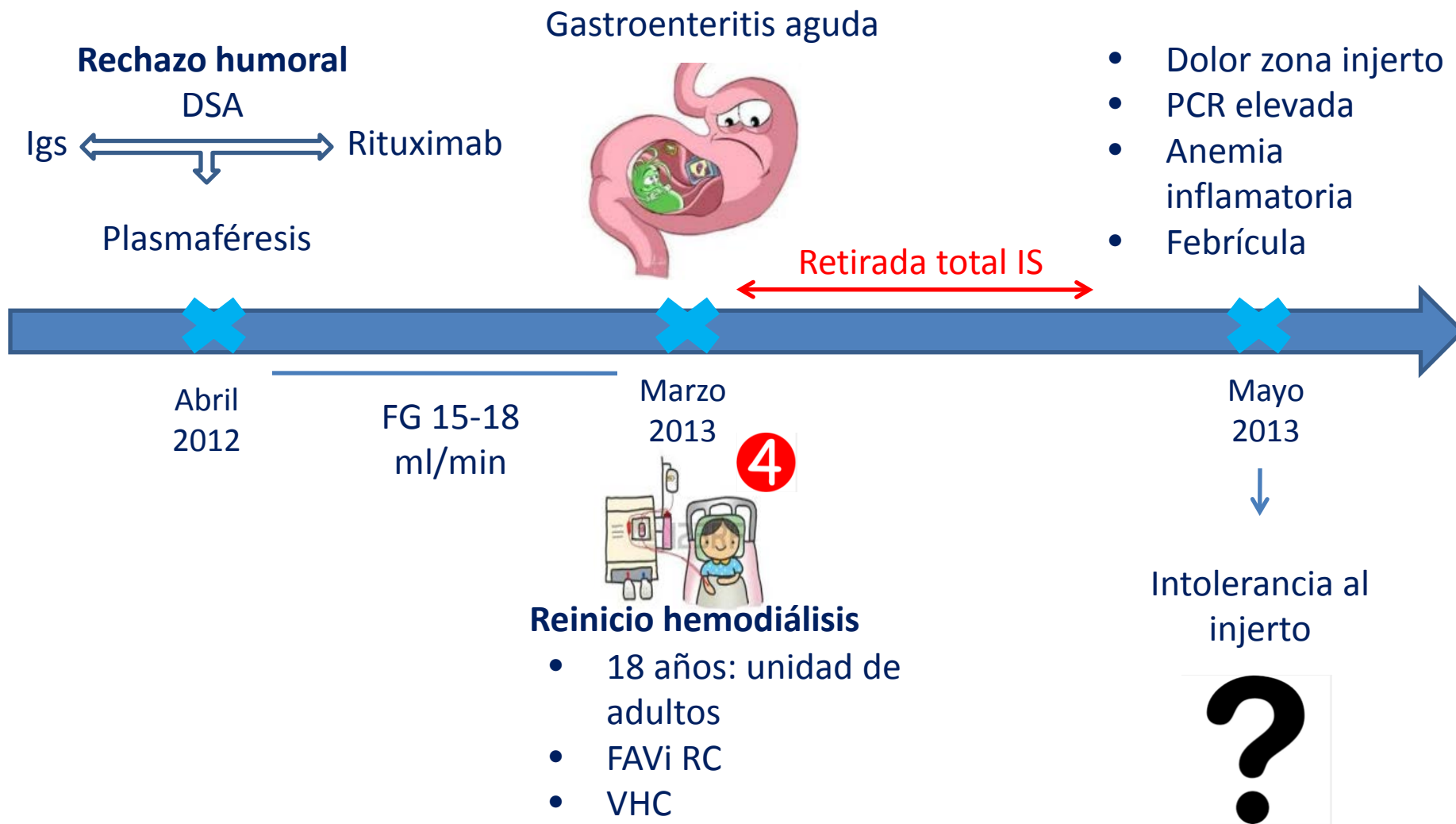
- Donante cadáver
- FII
- **Ac anti HLA +++**
- IS: ATG, TAC+MMF+corticoides
- Diuresis inmediata

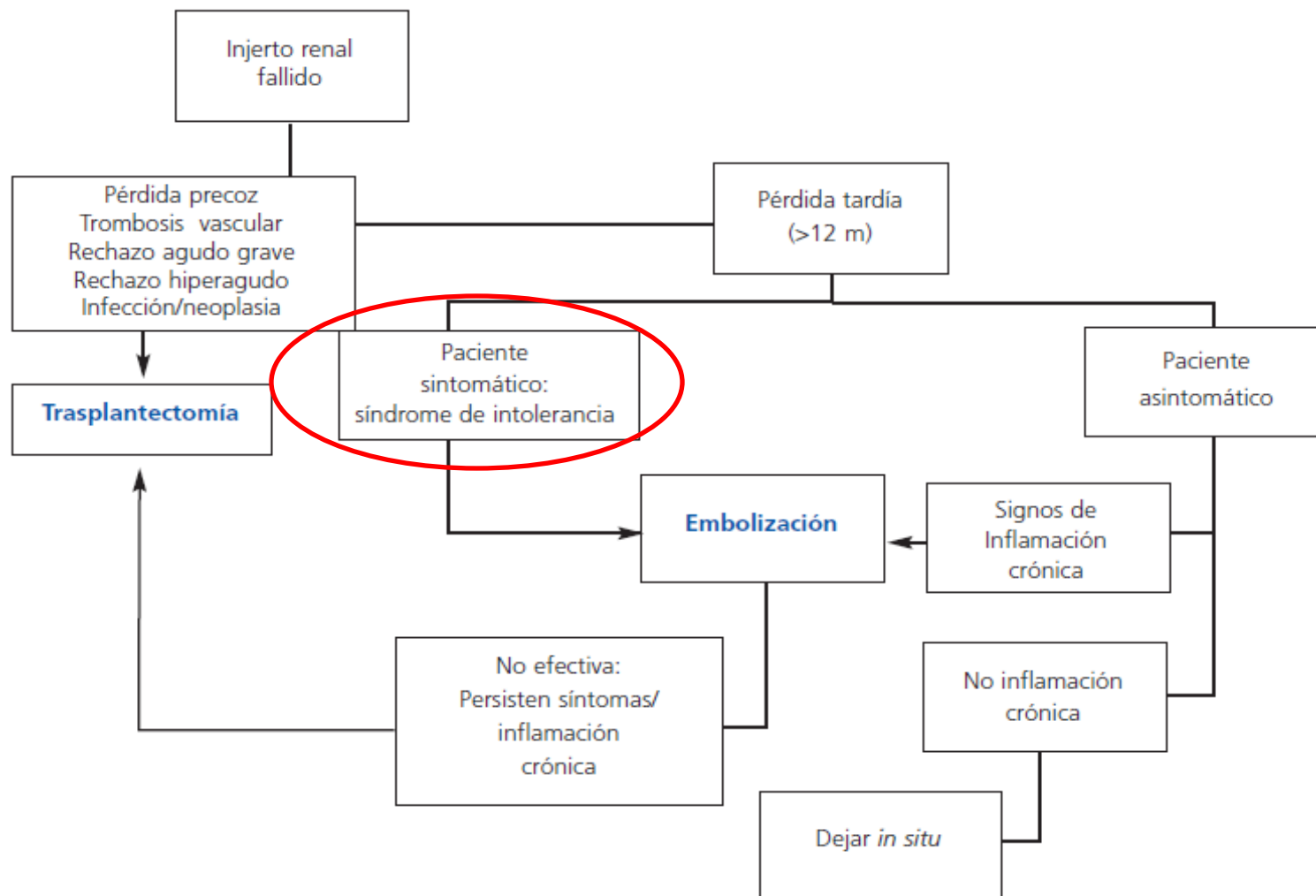
Rechazo agudo
celular

Corticoides

ATG

Crioglobulinemia
secundaria a
VHC limitada a la
piel



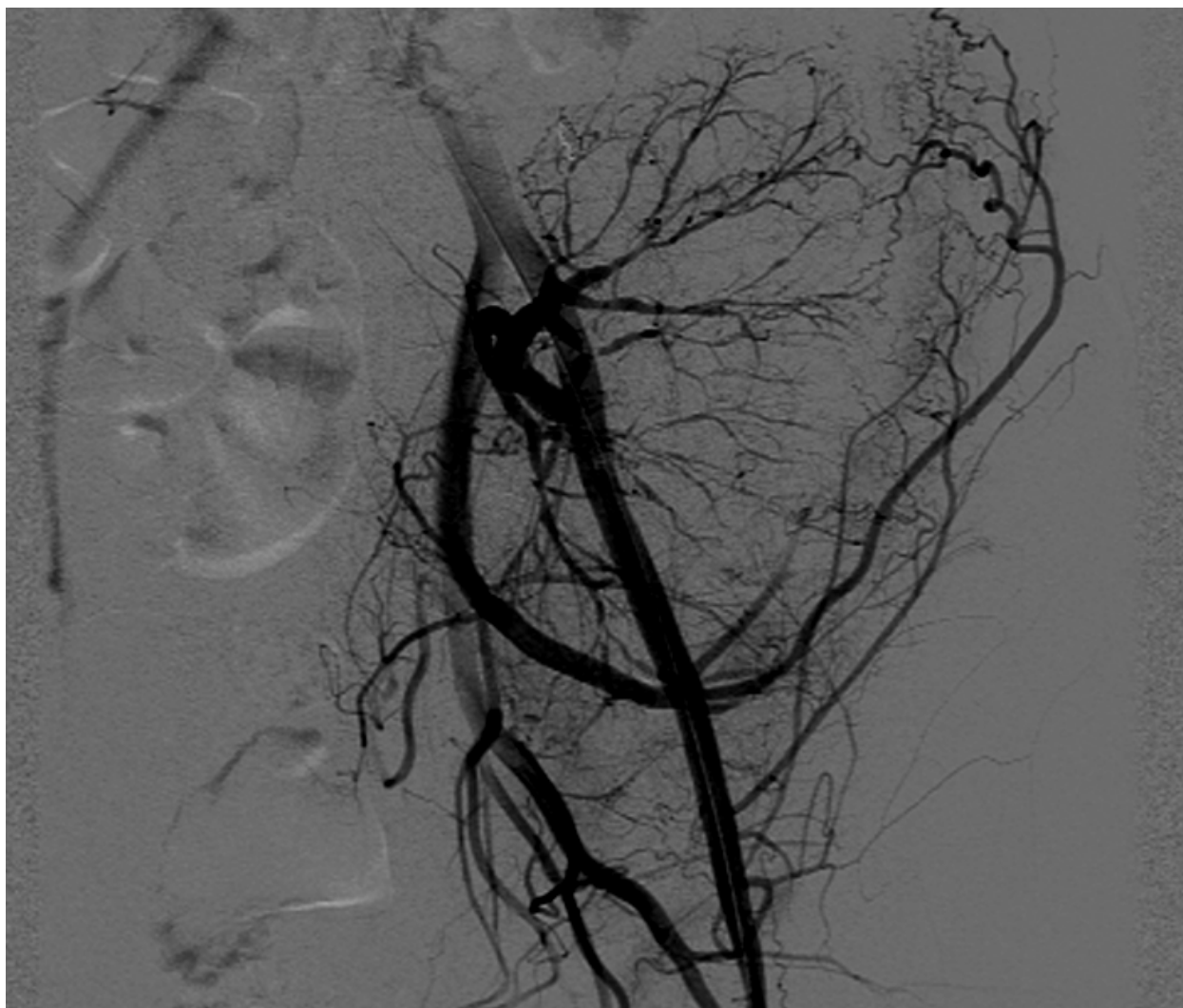




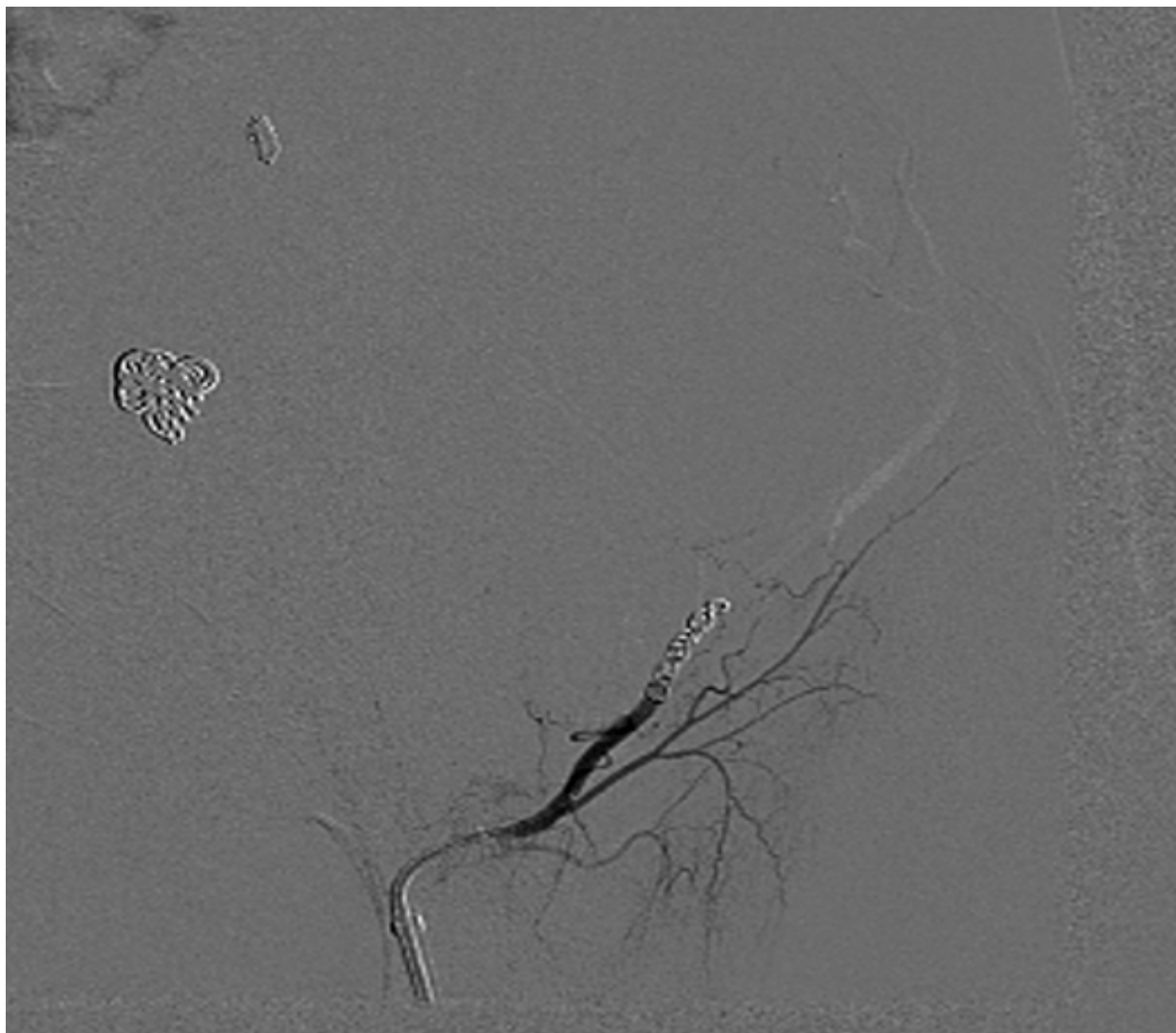
Junio
2013



Embolización injerto
renal









Tratamiento infección VHC:

- Simeprevir
- Daclatasvir
- Ribavirina



Situación actual

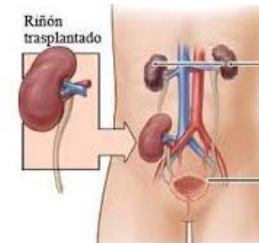
Hemodiàlisi



- Hemodiàlisi convencional
- Unidad de adultos, negativos
- 3 sesiones/sem x 3h30 min/sesión
- Adecuadamente depurada: $KT >45$
- Anemia bien corregida, no altos requerimientos EE: Aranesp 20/sem y Fe/sem
- HiperPTH controlado de manera subóptima (adherencia?): PTH 300-900
- Ca y P habitualmente correctos: Mimpara, Zemplar y quelantes
- FAVi RC izda funcionante (18 años)

Situación actual

Trasplante renal



- Incluída en LETR desde diciembre 2012
- Hipersensibilizada:
 - PRA I + II 100%
 - Ac anti HLA clase I y II
- No dispone de donante vivo (padre crossmatch +, madre denegada donación)
- Injerto de difícilísimo implante a nivel quirúrgico
- Alto riesgo de rechazo y nueva pérdida del injerto

Conclusiones

- La importancia de la confección de un buen acceso vascular en el paciente joven con ERC-t
- Retirada de la inmunosupresión tras el fracaso del injerto: individualizar, tener en cuenta efectos a medio plazo y particularizar en los pacientes en los que su futuro pasa por reinclusión en LETR
- Estar atento a los signos de inflamación crónica o de intolerancia al injerto: embolización generalmente como primera opción
- Valoración tratamiento VHC antes de reinclusión en LETR

¡Gracias!

clara.garcia@vhebron.net
