

Tyden G., Bolinder J., Solder G. y col. Improved survival in patients with insulin-dependent diabetes mellitus and end-stage diabetic nephropathy 10 years after combined pancreas and kidney transplantation. *Rev. Transplantation*, 1999, vol. 67: 645-648.

**PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE DE PÁNCREAS, DIABETES,
 SUPERVIVENCIA.**

Los trasplantes combinados de riñón y páncreas se han convertido en una opción terapéutica muy válida para los pacientes con diabetes mellitus tipo I e insuficiencia renal terminal. La finalidad es conseguir una normalización completa de la glucemia y conseguir una mejora en la calidad de vida. Aunque los resultados han mejorado muy sensiblemente durante los últimos años el trasplante doble continúa planteando numerosas dudas. Respecto al efecto del trasplante de páncreas sobre la diabetes, se sabe que protege al riñón trasplantado frente a la recidiva de la nefropatía, pero no se tienen datos concluyentes sobre la retinopatía, neuropatía y vasculopatía. El trasplante de páncreas registra una morbilidad mayor que el trasplante renal y una mortalidad superior a corto plazo, especialmente en las primeras fases. Es necesario conocer el efecto del trasplante de páncreas sobre la mortalidad a largo plazo y son muy pocos los estudios de que disponemos sobre este tema; de ahí la importancia de la investigación realizada por Tyden y cols. Se estudió la evolución de la mortalidad, así como también la polineuropatía, en 14 pacientes durante un periodo de 10 años tras el trasplante

de páncreas. La edad media del grupo estudiado era de 35 ± 5 años y la evolución de la enfermedad en 25 ± 4 años. Se comparó con otro grupo de pacientes a los que también se les había practicado doble trasplante de riñón y páncreas, con una edad media de 41 ± 7 años y una evolución en el tiempo de 27 ± 6 años, que por complicaciones técnicas o rechazo habían sufrido un fracaso del injerto pancreático. Se valoró a los 2, 4 y 8 años la neuropatía diabética (índice de afectación polineuropática) y anualmente el control metabólico (hemoglobina glucosilada). Los pacientes con doble trasplante funcionante presentaron valores de hemoglobina glucosilada mantenidos dentro de la normalidad mientras que en el grupo control estos valores eran inferiores (alrededor de un 10%). El índice de afectación polineuropática mejoró de forma similar en ambos grupos a los 2 años, pero a los 4 y 8 años esta mejoría fue superior en el grupo de doble trasplante. Un dato que llama mucho la atención es que a los 4 años no había diferencias en relación a la mortalidad, pero sin embargo a los 8 años esta diferencia era muy ostensible (20% en el grupo con trasplante de riñón y páncreas y 80% en los pacientes con trasplante renal).

Este trabajo permite extraer dos conclusiones importantes: en primer lugar confirma la idea, ya aportada por otros trabajos, de que el trasplante renal ofrece buenos resultados a corto plazo, pero estos no se mantienen a largo plazo, dado los índices de mortalidad. En segundo lugar demuestra que el trasplante de páncreas a largo plazo mejora las complicaciones de la diabetes y mejora el pronóstico en relación a la mortalidad. Aunque el estudio está realizado con un pequeño número de pacientes se debe tener en cuenta la dificultad de conseguir series más amplias con seguimientos prolongados. Dadas las evidencias, se puede considerar el trasplante de riñón y páncreas, como la mejor alternativa para los pacientes con diabetes mellitus tipo I e insuficiencia renal terminal.

Kliem V., Boeck A., Eisemberger V. y cols. Treatment of chronic renal allograft failure by addition of mycophenolate mofetil: single-center experience in 40 patients. *Transplant Proc*, 1999, 31: 1312-1313.

**PALABRAS CLAVE: MICOFENOLATO, RECHAZO CRÓNICO DEL
 TRASPLANTE.**

El rechazo crónico es la causa más importante de pérdida de injerto renal tras el primer año de trasplante, en estos

momentos, todavía no se dispone de ningún tratamiento específico. Uno de los posibles tratamientos es la utilización de Micofenolato Mofetil, fármaco que ha dado muy buenos resultados en modelos animales de rechazo crónico, pero que presenta unos resultados muy controvertidos en los estudios clínicos realizados en el hombre.

En este artículo, los autores evalúan la eficacia del Micofenolato Mofetil en el tratamiento del rechazo crónico. Se evaluaron un total de 40 pacientes con trasplantes renales (13 mujeres y 27 hombres), con una edad media de 48 ± 10 años. La investigación está realizada entre septiembre de 1996 y octubre de 1997, y el procedimiento consistía en añadir tratamiento con Micofenolato Mofetil a los pacientes con signos de rechazo crónico, que ya estaban en tratamiento con Ciclosporina A y Prednisona. Los criterios de inclusión eran: aumento de la creatinina sérica mayor o igual a $50 \mu\text{m}/1$. en los 6 meses previos, creatinina sérica entre 150 y $400 \mu\text{m}/1$. antes de la conversión y biopsia renal con signos de rechazo crónico. Se consideraron criterios de exclusión: la existencia de rechazo agudo, toxicidad por Ciclosporina A, o la recurrencia de la enfermedad original sobre el trasplante renal, desarrollar un episodio de rechazo agudo en los 6 meses previos a la conversión, y presentar enfermedad infecciosa crónica y enfermedad hepática crónica activa. En la fase de conversión, se aumentó la dosis de Prednisona hasta 20-30 mg/día (con disminución progresiva posterior), la Ciclosporina A se mantuvo en la misma dosis, y se añadió Micofenolato Mofetil en dosis de 1g/12 horas.

Después de la conversión no falleció ningún paciente, ni se observaron episodios de rechazo agudo. En el 58% de los casos (15 de 26) la función renal mejoró, o se estabilizó al cabo de un seguimiento de más de 5 meses después de la introducción del Micofenolato Mofetil, en los 11 casos restantes, la función empeoró. Se presentaron efectos secundarios en 11 pacientes, en tres de ellos hubo que retirar el fármaco y en 8 disminuir la dosis (efectos secundarios del tipo gastrointestinal, leucopenia o anemia).

Los resultados fueron positivos en casi un 60%, apoyando el uso Micofenolato Mofetil en el tratamiento del rechazo crónico. No obstante se precisan de nuevo estudios, con mayor número de pacientes y con periodos más prolongados de seguimiento.

Frenken M.; Krian A. Cardiovascular operations in patients with dialysis-dependent renal failure. *Ann Thorac Surg.* 1999 Sep. 68(3): 887-93.

Las intervenciones cardíacas en pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal conllevan un riesgo significativamente alto en el postoperatorio. A largo plazo todavía se están definiendo los resultados de supervivencia y estado funcional. Los investigadores realizaron un análisis retrospectivo de 45 pacientes con fracaso renal y en tratamiento de diálisis, en los que se habían realizado By-pass aorto coronarios (n=30), reemplazo de válvulas o procedimientos combinados (n=13), o pericardiotomías (n=2).

La edad media de los pacientes era de 59 ± 10 años. Los resultados obtenidos tras el estudio fueron los siguientes: se registraron dos muertes en el postoperatorio inmediato (tomando como periodo de tiempo 30 días, 4.4%). Cortes transversales al año, a los dos de los By-pass aortocoronario. En el caso de los reemplazos de válvulas y de intervenciones combinadas los datos obtenidos fueron 0.77, 0.77, 0.77, y 0.39 respectivamente. Las muertes tardías (n = 13) ocurrieron de los 2 a 60 meses después de la intervención y eran atribuibles a las intervenciones cardíacas en 7 pacientes. De los sobrevivientes a largo plazo después de un By-pass aortocoronario (n=20), 15 habían mejorado de su estado anginal; de los reemplazos de válvulas y de intervenciones combinadas (n=8) 7 pacientes mejoraron el estado anginal. Se utilizó los varemos de la New York Heart Association para valorar el estado funcional viéndose una mejora a los 36 ± 4 meses. A cinco pacientes se les realizó un trasplante renal 32 ± 9 meses después de la intervención cardíaca. Las conclusiones a las que los autores llegan tras el estudio, es que las intervenciones cardíacas en pacientes con insuficiencia renal puede realizarse con un riesgo bajo en el postoperatorio, una buena perspectiva de mejora funcional a largo plazo y un índice aceptable de supervivencia a largo plazo.