

Sección latinoamericana. Región Cono Sur

Trasplante renal en Pediatría, una década de experiencia multicéntrica[#]

Dres. Francisco Cano Sch.,* Pía Rosati M.,** Viola Pinto S.,*** Ximena Quiero,*** Elizabeth Lagos R.,** Angela Delucchi B.,* Pilar Hevia A.,** Paulina Salas del C.,*** Eugenio Rodríguez S.,* Katica Ramírez P.*** y Ana María Lillo*

Resumen

El trasplante renal en pediatría representa la modalidad óptima de manejo de la insuficiencia renal crónica, ya que permite recuperar en diversos grados las severas complicaciones propias de la uremia, especialmente el retraso del crecimiento.

Objetivo. Evaluar los resultados del trasplante renal pediátrico en 3 centros hospitalarios del país, en un período de 10 años (1989-1999).

Pacientes y método. Evaluación retrospectiva de los trasplantes renales en base a un protocolo común, efectuados en los hospitales Exequiel González Cortés, Luis Calvo Mackenna y San Juan de Dios, entre julio de 1989 y julio de 1999. Se analizaron 3 grupos de variables: un primer grupo de tipo descriptivo para variables demográficas; un segundo grupo para analizar el crecimiento desde el período de recién nacido hasta el último año de seguimiento, y un tercer grupo que analizó aspectos con relación al trasplante, en especial la inmunosupresión, las complicaciones y la función del injerto por períodos anuales. Las variables continuas fueron expresadas como promedio \pm desviación estándar, el crecimiento como puntaje Z, la función renal se graficó como el inverso de creatinina en plasma, y al igual que la evaluación del rechazo agudo en relación al tipo de donante vivo o cadáver, se analizó con la prueba de χ^2 de Pearson. El análisis de la función renal en relación a los tiempos de isquemia tibia y fría se evaluó por el test *t* de Student, y la sobrevida a 1, 3 y 5 años para el injerto y pacientes se estudió por la curva de Kaplan Meier. Se consideró significativo un *p* <5%.

Resultados. Se realizaron 98 trasplantes en 92 pacientes, edad $10,9 \pm 3,2$ años, rango 2 a 17; las 3 patologías más importantes causantes de la insuficiencia renal que llevó al trasplante fueron la nefropatía del reflujo, las displasias o hipoplasias renales, y la glomerulonefritis crónica. El crecimiento mostró una caída de un Z $-0,6$ al nacer a $-2,14$ al inicio de la diálisis (*p* <0,05), y a $-2,57$ al momento del trasplante (*p* <0,05). A los 3 años postrasplante el Z fue de $-2,38$, y a los 5 años $-2,93$. La sobrevida actuarial de los pacientes a 1, 3 y 5 años fue de 97,8 / 95,2 y 92,6 respectivamente para los trasplantes donante vivo, y de 92,6 / 92,6 y 92,6 en los mismos plazos para los trasplantes donante cadáver. La sobrevida del injerto fue de 89, 78 y 71% a 1, 3 y 5 años para donante vivo, y de 84, 76 y 70% respectivamente para donante cadáver. Entre las causas de pérdida del injerto destacan el abandono del tratamiento en 8 casos, la trombosis de los vasos renales en 6, el rechazo crónico en 4 y el rechazo agudo en 3 trasplantes. Las causas de fallecimiento en los 4 pacientes de la serie fueron una septicemia en 2 casos, una bronconeumonía por CMV en 1, y la ruptura de arteria renal en 1 caso. Conclusiones: Este reporte confirma que el trasplante renal pediátrico puede ser realizado en nuestro medio con aceptable morbilidad, baja mortalidad y con

una sobrevida del injerto semejante a reportes internacionales.

Palabras clave: trasplante renal, inmunosupresores, crecimiento, injerto, sobrevida, complicaciones.

Summary

Paediatric renal transplant is the treatment of choice in chronic renal failure (CRF), as it allows different degrees of recuperation from severe consequences of uremia specially in terms of growth retardation. **Objective.** To evaluate the results of renal transplantation in 3 hospital centers during a 10 year period (1989-99).

Patients & methods. A retrospective study using a standard protocol carried out in the hospitals Exequiel González Cortés, Luis Calvo Mackenna and San Juan de Dios between July 1989 and July 1999. 3 types of variables were analyzed; 1) demographic description; 2) growth between birth and the last year of follow-up; and, 3) transplant related factors, especially immunosuppression, transplant complications and graft function during annual periods. Continuous variables were expressed as means \pm SD, growth as Z score, renal function as 1/ plasma creatinine, and together with the analysis of acute rejection in relation to live or cadaveric donor. Pearson's Chi-square test was used. Renal function with regards to warm or cold ischaemia was evaluated using Student's t-test, while Kaplan-Meier curves were used in the analysis of survival at 1,3, and 5 years, both for patients and grafts. In all the tests a *p* value <0.05 was considered significant. **Results.** 98 transplants were carried out on 92 patients, aged 10.9 ± 3.2 years, range 2-17, the 3 most important causes of CRF were reflux nephropathy, renal dis- or hypoplasia and chronic glomerulonephritis. Growth showed a fall from a Z of -0.6 at birth, to -2.14 at the beginning of dialysis (*p* <0.05) to -2.57 at the moment of transplant (*p* <0.05). At 3 and 5 years post transplant the Z values were -2.38 and -2.93 respectively. Actuarial patient survival rates at 1, 3 and 5 were 97.8, 95.2 and 92.6 for live donors and 92.6, 92.6, and 92.6 for cadaveric donors, respectively. Graft survival for live donors was 89, 78 and 71% and for cadaveric donors, 84, 76 and 70% during the same time intervals. Reasons for graft failure were abandoning treatment 8 cases, renal vessel thrombosis 6, chronic rejection 4 and acute rejection 3 cases. 4 patients died, 2 from septicemia, 1 from bronchopneumonia and 1 due to renal artery rupture.

Conclusions. This report confirms that paediatric renal transplant can be performed in Chile with an acceptable morbidity rate, low mortality and with graft survivals similar to those reported in international centers.

Key words: renal transplantation, immunosupresion, growth, graft, survival complications.

Publicado en Rev Chil Pediatr 2001; 72(6):504.

* Servicio de Pediatría, Departamento Pediatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna.

** Servicio de Pediatría, Departamento Pediatría Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

*** Servicio de Pediatría, Departamento Pediatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital Exequiel González Cortés.

Correspondencia: fcanosch@hotmail.com

El texto completo de este artículo puede verse en las páginas electrónicas de Archivos: <http://www.sap.org.ar/archivos>