

enfermería en la Insuficiencia Renal, Primera edición. Madrid: Gallery /Health com SA; 1993. p. 344–58.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.004

## 91.4

### Trasplante de páncreas - riñón ¿La solución?\*

#### Pancreas – kidney transplant solution?

Pedro García-Cosmes

*Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

Correo electrónico: [pgcosmes@yahoo.es](mailto:pgcosmes@yahoo.es).

Está fuera de toda duda que el trasplante renal, siempre que pueda llevarse a cabo, es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal crónica terminal (IRC). También es así en el caso de la IRC producida por nefropatía diabética; aunque hay que distinguir si se trata de Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 o tipo 2. La diabetes tipo 2, en la actualidad, significa la primera causa de entrada de pacientes en tratamiento dialítico, sin embargo la indicación de trasplante renal está limitada por la edad y por la importante comorbilidad que presentan estos pacientes.

La nefropatía diabética inducida por DM tipo 1 se presenta en individuos más jóvenes y su incidencia como causa de IRC permanece estable durante los últimos años por debajo del 10%. En la DM tipo 1 es donde se contemple fundamentalmente en trasplante de páncreas/riñón. El trasplante de páncreas (TPA-trasplante páncreas aislado) o, en menor medida, de islotes pancreáticos en algunas ocasiones puede tener cabida antes de que la enfermedad produzca lesiones viscerales severas. Cuando la nefropatía es avanzada es el momento de plantear el trasplante renal simultáneo con el páncreas (TPRS-trasplante páncreas/riñón simultáneo) o con trasplante del páncreas en un tiempo posterior (TPDR-trasplante páncreas después del riñón).

El trasplante de islotes pancreáticos consiste en la inoculación de islotes de un páncreas de un donante cadáver, separados en un proceso costoso, a través de la vena porta. Quedan anclados en el sistema portal del hígado desde donde excretan insulina. Es un procedimiento no invasivo, aunque costoso y de escasa eficacia. Sólo un 7.5% de los enfermos tratados consiguen independencia insulínica a los 5 años. Por el contrario, precisan tratamiento inmunosupresor e mantenimiento.

El trasplante de páncreas consiste en el implante de un páncreas extraído en un donante cadáver en un paciente sin daño visceral muy evidente pero con una DM de difícil control (TPA) o en combinación con un trasplante renal de forma simultánea (TPRS) o posterior a un TR previo (TPDR).

Las maniobras quirúrgicas tanto en el donante como en el receptor son muy laboriosas.

En resumen, consiste en una anastomosis arterial entre el sistema arterial el injerto y la arteria ilíaca del receptor, una

anastomosis del sistema venoso del injerto a la vena ilíaca o cava o porta del receptor, y una derivación de la secreción exocrina del injerto hacia el intestino del receptor o hacia la vejiga del receptor.

El trasplante de páncreas se inició en la década de los 70. Hasta la actualidad se han trasplantado cerca de 30.000 pacientes, la gran mayoría en EE.UU. Según el informe anual de OPTN/SRTR durante los últimos años se han realizado en EE.UU más de 1200 trasplantes/año pancreáticos de los que la mayoría corresponden a TPRS. En España, el trasplante de páncreas adquirió significación en los años 80 y 90 pero se expandió de forma significativa en la década 2000. También en España, según datos de la ONT, la mayoría de los trasplantes son del tipo TPRS.

Este tipo de trasplante tiene unas características que difieren del trasplante renal estándar: Los injertos proceden de donantes más jóvenes y seleccionados; los receptores suelen ser también más jóvenes y deben pasar una selección clínica muy meticulosa; los tiempos de isquemia de los injertos suelen ser muy cortos; sin embargo, la mayor complejidad quirúrgica y la mayor intensidad de inmunosupresión hacen que el riesgo en estos pacientes sea más elevado.

Es importante conocer qué puede aportar el trasplante de páncreas en los pacientes con DM tipo 1. Con respecto a la retinopatía, si el trasplante se realiza de forma precoz, puede prevenir su desarrollo o su progresión. A largo plazo, mejoran los índices de neuropatía periférica y del sistema nervioso autónomo. Hay alguna comunicación que el TPA puede revertir lesiones de neuropatía, y el TPRS o TPDR puede prevenir o frenar lesiones de neuropatía el injerto renal. El impacto sobre la calidad de vida de los enfermos es incuestionable, derivado del control glucémico sin necesidad de controles y pinchazos, y de sus efectos beneficiosos en los demás órganos.

Para analizar las curvas de supervivencia de las distintas modalidades de trasplante recurrimos al 2009 OPTN/SRTR Annual Report. La supervivencia del paciente a 1,3,5 y 10 años es parecida en las tres modalidades de trasplante, aunque la supervivencia del páncreas es claramente superior desde el tercer año en el caso de TPRS con respecto a TPA y TPDR.

Cuando se comparan estos datos con otras modalidades de trasplante en estos enfermos, TR con donante vivo o con donante cadáver, el TPRS y el TR con donante vivo presentan tasas de supervivencia del paciente y del injerto renal similares, y superiores al TR con donante cadáver a los 10 años. A partir de los 10 años la supervivencia del paciente con TPRS supera claramente a la del TR con donante vivo, como expresión del mejor control glucémico y las complicaciones derivadas, fundamentalmente cardiovasculares.

En resumen, en la DM tipo 1 con IRC por nefropatía diabética se debe proponer el trasplante páncreas/riñón simultáneo y, si es posible, antes de la inclusión el paciente en programa de diálisis. El trasplante de páncreas aislado está indicado en determinadas situaciones relacionadas con difícil y tormentoso control glucémico, o con gran repercusión visceral

\* Presentado XXXIII Congreso Anual de la SEDYT. Granada, 13 de mayo de 2011.

doi:10.1016/j.dialis.2011.09.005