



P-119 - Experiencia CLÍNICA de una Unidad de diabetes en un programa de trasplante riñón-páncreas de referencia (2007-2017)

V. Morillas^a, C. Bautista^b, M. Domínguez^a, M. Cabello^a, M.C. Almaraz^a, J.A. Pérez Daga^a y M.S. Ruiz de Adana^a

^aHospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. ^bHospital del S.A.S. Punta de Europa, Algeciras.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante páncreas-riñón (TPR) es una alternativa terapéutica en personas (p) con DM1 o monogénica y nefropatía terminal preferentemente en predialisis. Pretendemos evaluar la seguridad a largo plazo y la eficacia a los 5 años en una serie clínica de personas con TPR en nuestro centro.

Material y métodos: Desde 1992, 169 pacientes han recibido un TPR en el HRU Carlos Haya. En este estudio se incluyen 64 personas con al menos 5 años de seguimiento de los 107 efectuados desde enero del 2007, momento en que la Endocrinología se incorpora al programa de TPR. Presentamos las características previas al trasplante, variables evolutivas de control glucémico, función de célula beta, autoinmunidad pancreática y estado complicativo en el seguimiento a 5 años. Específicamente la supervivencia del injerto se evaluó anualmente mediante la determinación de HbA1c, péptido C (PC) y SOG. Los resultados se muestran como proporciones, media y DE.

Resultados: La supervivencia fue del 98% (63 de 64) con una muerte de causa CV. Hubo persistencia de función del injerto pancreático a los 5 años en los receptores vivos, excepto en 9 personas que tuvieron que ser retrasplantadas (14%). A los 5 años un 33% ha precisado insulina por diagnóstico de diabetes, un 4,5% tiene una GBA, un 2,5% tiene una ITG y el 60% presenta glucemias normales sin necesidad de insulina. La glucemia media fue de 99 ± 37 , la hemoglobina glicosilada media es del $5,8 \pm 0,9\%$ y el péptido C basal medio de $2,6 \pm 1,2$ ng/ml. No se producen cambios significativos evolutivos en la autoinmunidad pancreática. En cuanto a la evolución del estado complicativo: la retinopatía progresó en 11/64 p (17%), presentan pie diabético activo 9/64 p (14%) y la polineuropatía (valorada por EMNG) regresa solo en 5/64 p (7,8%).

Características preTPR

| | |
|------------------|--|
| Edad | $40,41 \pm 6,7$ |
| Sexo | Mujer 28,6%/hombre 71,4% |
| Tipo de diabetes | Tipo 1 (92%), monogénica (6,4%). Tipo 2 (1,6%) |

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Edad inicio de diabetes | 15 ± 7 años |
| Tiempo de evolución de diabetes | 26 ± 6 años |
| Seguimiento endocrinológico | 76% |
| Diálisis | 78% |
| Tiempo de diálisis | 16 ± 12 meses (máx 44 m) |
| HbA1c | $7,8 \pm 1,1\%$ |
| IMC | $22,4 \pm 6,9$ |
| HTA | 80,7% |
| Arteriopatía | 57% |
| Cardiopatía isquémica | 10% |
| Retinopatía diabética | 97% (pre 7%; proliferativa 93%) |
| Polineuropatía diabética | 69% |
| Gastroparesia | 15% |
| Pie diabético | 28% |
| Otras enfermedades autoinmunes | 14,5% |

Conclusiones: TRP es un tratamiento recomendado en personas con DM e IRC que cumplen los criterios de elegibilidad. Todavía se indica el trasplante tardíamente, posdiálisis. Se obtienen buenos resultados en términos de control glucometabólico, aunque aún pueden aparecer complicaciones diabetológicas que hay que evaluar sistemáticamente. Se necesitan unidades multidisciplinares para el seguimiento integral de estos pacientes.