
DIÁLISIS Y TRASPLANTE

Los preparativos para diálisis son necesarios cuando la insuficiencia renal progresa y los riñones proporcionan solo del 10 al 15% de la actividad normal. Cuando se inicia la diálisis, es generalmente definitiva hasta que se realice un trasplante.

De hecho, la diálisis y el trasplante no compiten, sino que son complementarios para el tratamiento de la insuficiencia renal grave. La diálisis constituye la solución mientras se espera un trasplante. En caso de disponer de un donante vivo, no se realiza diálisis.

Un trasplante exitoso permite llevar una vida prácticamente normal.

Diálisis

¿QUÉ TIPO DE DIÁLISIS ELEGIR?

Dependiendo de la edad, condición clínica y estilo de vida del paciente, el médico, el paciente y su familia eligen el método de diálisis, hemodiálisis o diálisis peritoneal y las condiciones como ésta se llevará a cabo.

¿SE NECESITAN OTROS TRATAMIENTOS?

Se trata de consejos comunes a todos los pacientes en diálisis, cualquiera que sea la enfermedad inicial. La dieta es a veces restrictiva, pero debe ser cuidadosamente respetada. Las bebidas son limitadas, dependiendo de la diuresis residual.

¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE ALPORT EN DIÁLISIS?

La diálisis reemplaza la función renal pero no impide las afectaciones oculares ni auditivas. Por el contrario, la presión arterial suele estar mejor controlada, pero no por ello se debe interrumpir el tratamiento antihipertensivo.

Trasplante

¿A QUIÉN PODEMOS TRASPLANTAR?

La gran mayoría de los pacientes llegan a insuficiencia renal terminal a una edad relativamente joven que les permite esperar beneficiarse de un trasplante.

Los pacientes deben ser informados lo más objetivamente posible de los beneficios pero también de los riesgos de trasplante. Debe haber una estrecha colaboración con el médico responsable.

¿CÓMO SE ORGANIZA EL TRASPLANTE RENAL?

El paciente y su familia deben elegir y plantearse las dos posibilidades:

- Trasplante de riñón de una persona fallecida (en estado de muerte encefálica) es el más frecuente. En España, si el paciente es menor de 18 años, la distribución prioritaria de trasplante permite su rápida realización.
- Trasplante renal de donante vivo. Es necesario un buen estado de salud del donante y que acepte someterse a un seguimiento clínico riguroso. En el caso de que un familiar que haya heredado el gen mutado quiera dar su riñón, la indicación del trasplante solo puede otorgarse después de un exhaustivo estudio que reúna a nefrólogos y genetistas.

En el síndrome de Alport ligado al cromosoma X, una donación de riñón por una mujer portadora de la mutación y con poca o ninguna insuficiencia renal requiere de una revisión caso por caso.

¿QUÉ PRECAUCIONES DEBEN TOMARSE ANTES DE UN TRASPLANTE?

Ya sea el riñón de una persona fallecida o un donante vivo, hay requisitos imperativos:

- El estado de salud del paciente que se va a trasplantar (el receptor) se evalúa mediante una serie de exámenes, cuyos resultados pueden contraindicar el trasplante.
- El donante y el receptor deben tener grupos sanguíneos compatibles (ABO). Aunque existe la posibilidad de trasplante renal cruzado.
- Se debe garantizar que el receptor no tenga anticuerpos contra el nuevo riñón (anticuerpos anti-HLA).

¿DEJAMOS LOS RIÑONES EN SU LUGAR?

En general, sí. Es muy improbable que sea necesaria una nefrectomía.

¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DESPUÉS DEL TRASPLANTE?

La anomalía de la membrana basal glomerular no reaparece en el riñón trasplantado. Las posibilidades de éxito son comparables a la mayoría de otras indicaciones de trasplante renal o incluso superiores.

Un número muy pequeño (<1%) de pacientes desarrollan una enfermedad relacionada con el desarrollo de anticuerpos dirigidos contra la membrana del colágeno IV de la membrana basal glomerular al año posterior al trasplante. Estos anticuerpos se producen en pacientes cuya mutación que afecta a una de las cadenas alfa 3, alfa 4 o alfa 5 es responsable de modificaciones graves o de la falta de proteínas correspondientes.

Estos pacientes pueden ser:

- Varones con la forma dominante ligada al cromosoma X.
- Varones o mujeres, teniendo una forma autosómica recesiva.

La aparición de estos anticuerpos varía según las personas de la misma familia.

Estos anticuerpos pueden ser responsables de la pérdida del trasplante. La finalidad del tratamiento propuesto en la actualidad consiste en eliminar estos anticuerpos lo antes posible combinando su eliminación física por plasmaféresis y la supresión de su producción por medio de medicamentos inmunosupresores. Pero los resultados de estos tratamientos no son siempre buenos. Un nuevo trasplante expone el riesgo de repetición del mismo fenómeno.