

ESTUDIO DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN EL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITRORES HEMOPOYÉTICOS

F. Fernández-Avilés, J.M. Roncero, L. Quintana*, A. Urbano-Ispizua, M. Rovira, C. Martínez, L. Ramiro, E. Carreras, J.M. Campistol* y E. Montserrat

Servicio de Hematología Clínica. Instituto de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas.

**Servicio de Nefrología. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. Universidad de Barcelona.*

Fundamento y objetivo: La insuficiencia renal (IR) tras el trasplante alogénico de progenitores hemopoyéticos (TAPH) es una complicación que puede comprometer la viabilidad del procedimiento. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia y los factores predisponentes de la insuficiencia renal (IR) en el trasplante alogénico convencional (alo-TPH) y con acondicionamiento de intensidad reducida (alo-TIR).

Pacientes y métodos: Se recogieron las principales características clínicas relacionadas con el paciente (sexo, edad, tipo de enfermedad), con el trasplante (régimen de acondicionamiento, profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huesped (EICH), desarrollo de EICH aguda o crónica), así como de la presentación de IR, definida como una reducción superior al 50% del filtrado glomerular renal. Definimos tres grados de IR: grado 0, función renal normal; grado 1, duplicación de la cifra de creatinina basal; grado 2, necesidad de hemodiálisis.

Resultados: Entre enero de 2000 y diciembre de 2005 se realizaron en nuestro Servicio 134 TAPH; 69 alo-TPH y 65 alo-TIR. 76 (56%) eran varones. La mediana (extremos) de edad fue de 44,5 años (20-64). Las enfermedades hematológicas fueron: leucemias (n=77; 57%), síndromes linfoproliferativos (n=37; 27%), mieloma múltiple (n=15; 11%), otras (n=7; 5%). En el alo-TPH, 59 (85,5%) pacientes recibieron irradiación corporal total (ICT). En todos los casos se administró ciclosporina A en la profilaxis de la EICH. Un total de 73 (54,5%) pacientes desarrollaron EICH aguda o crónica, con una mediana (extremos) de aparición de 24 días (4-192). En 89 (66%) pacientes se diagnosticó algún grado de IR, 58% grado 1 y 8% grado 2, con una mediana (extremos) de 23 días (1-210). En el momento del diagnóstico de la EICH, un 62% de pacientes presentaban IR respecto al 38% con función renal normal ($p=0,016$). La incidencia de EICH fue del 39%, 67% y 20%, en los grados 0, 1 y 2 de IR, respectivamente ($p=0,007$). Asimismo, la IR fue más frecuente en los varones (63% vs 37%; $p=0,047$), se observó una tendencia a la significación estadística en el alo-TPH respecto al alo-TIR (72,5% vs 60%; $p=0,19$) y con la administración de ICT en el acondicionamiento (76,3% vs 50%; $p=0,12$), mientras que no se observó asociación de la IR con la edad ni con el tipo de enfermedad. El desarrollo de IR se asoció a una mayor mortalidad del procedimiento: 44%, 54% y 70% según el grado de IR fuera 0, 1 ó 2, respectivamente ($p=0,01$).

Conclusiones: La IR es una complicación frecuente tras el TAPH, especialmente la de grado moderado, y se asocia a una elevada mortalidad. El sexo varón y la ICT del régimen de acondicionamiento son dos factores predisponentes al desarrollo de esta complicación. Por otra parte, la IR parece predisponer al desarrollo de la EICH, probablemente por la dificultad para mantener la terapia inmunosupresora a la dosis adecuada.