

Trasplante renal en pacientes infectados por el VIH

Joan-Carles Trullàs^a, José M. Miró^a, Guillermina Barril^b, Silvia Ros^c, Francisco-Javier Burgos^d, Asunción Moreno^a, Auxiliadora Mazuecos^e, Ricardo Álvarez-Vijande^a, Federico Oppenheimer^a, M. Carmen Sánchez^c, José L. Blanco^a, Montserrat Tuset^a, Julián Torre-Cisneros^f, Rosa Polo^g, Juan González^c y el Grupo de Trabajo del Trasplante Renal en pacientes infectados por el VIH en España (GTTRVIH)*

^aHospital Clínic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona. ^bHospital La Princesa, Madrid y Comisión de la "Guía de Actuación ante Enfermedades Viricas en Hemodiálisis" de la Sociedad Española de Nefrología. ^cHospital Universitario La Paz, Madrid. ^dHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ^eHospital Puerta del Mar, Cádiz. ^fHospital Reina Sofía, Córdoba. ^gSecretaría Plan Nacional del Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

IDIBAPS: Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer.

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS) es muy variable, pero de forma global se estima que en Europa es del 1% y en Estados Unidos del 1,5%. La supervivencia de estos pacientes en TRS también ha mejorado notablemente con la introducción de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). La experiencia acumulada en la era del TARGA en trasplante renal en pacientes infectados por el VIH en Estados Unidos indica que la supervivencia a los 3 años es similar a la de los pacientes sin infección por el VIH, con un buen control virológico e inmunológico de la infección por el VIH bajo TARGA y sin presentar mayor número de infecciones oportunistas y/o tumores. Los criterios de selección de pacientes infectados por el VIH que han utilizado los diferentes grupos de trasplante han sido: ausencia de manifestaciones oportunistas previas, tener una cifra de linfocitos CD4+ superior a 200 células/μl y una carga viral del VIH suprimible con TARGA. En España, donde la mayoría de pacientes eran antiguos drogadictos, para el trasplante hepático se exigía además una abstinencia de heroína y cocaína de 2 años de duración, y el paciente podía estar en el programa de metadona. Los principales problemas detectados en el período postrasplante son las interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas entre los antirretrovirales y los inmunosupresores, el manejo de la coinfección por el virus de la hepatitis C y la elevada tasa de rechazo. En España se han realizado hasta la fecha siete trasplantes renales, con buena evolución del paciente y del injerto y sin progresión de la infección por el VIH.

Palabras clave: Trasplante renal. Diálisis. Infección por el VIH. Tratamiento antirretroviral. Infección por el VHC.

Renal transplantation in patients with HIV infection

The prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) infection among patients under renal replacement therapy varies, with estimates of 1% for Europe and 1.5% for the United States. Survival in HIV infected individuals receiving renal replacement therapy has improved since the introduction of high activity antiretroviral therapy (HAART). Current experience in renal transplantation in HIV-infected patients in the United States indicates that the three-year survival rate is similar to that of HIV-negative transplant recipients, with virological and immunological control of the infection by HAART and no increase in the number of opportunistic infections or tumors. The criteria for selecting renal transplantation candidates in this population are the following: no aids-defining events, CD4 cells > 200 cells/μl and undetectable viral load under HAART. In Spain, where most of these patients are former drug abusers, a two-year period of abstinence from cocaine and heroine abuse is also required, although patients can be participating in the methadone program. The main problems in the post-transplantation period have been interactions between HAART and immunosuppressive drugs, management of hepatitis C virus (HCV) coinfection and the high rate of acute rejection. To date, seven such renal transplantations have been performed in Spain, with favorable patient and graft survival and no progression to aids.

Key words: Renal transplantation. Dialysis. HIV infection. HAART. HCV infection.

Introducción

Hasta hace unos años la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituía una contraindicación absoluta para la realización de cualquier tipo de trasplante. El temor a que la inmunosupresión necesaria en el período postrasplante para evitar el rechazo pudiera acelerar la progresión a sida o incrementar el riesgo de infecciones oportunistas hacía desestimar esta medida¹.

Correspondencia: Dr. J.M. Miró.
Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmmiro@ub.edu

Manuscrito recibido el 18-3-2005; aceptado el 18-3-2005.

*Al final del artículo se ofrece la relación de miembros del GTTRVIH.

A partir de 1996 y tras la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) el curso clínico de la infección por el VIH ha cambiado de forma significativa, con un descenso de la morbilidad por procesos oportunistas y de la mortalidad global de los pacientes con sida². Esta mejoría en el pronóstico ha hecho que exista una mayor mortalidad por enfermedad orgánica terminal que por infecciones oportunistas o neoplasias asociadas al sida²⁻⁴.

A diferencia de la insuficiencia hepática terminal, en el que la única alternativa es el trasplante hepático, en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) existe también la posibilidad de terapia renal sustitutiva (TRS). Probablemente por este y otros motivos existe más experiencia en trasplante hepático que renal en pacientes infectados por el VIH. La experiencia en trasplante hepático en España ha sido recientemente comunicada, con unos resultados a corto y medio plazo favorables⁵.

Es necesario un nuevo planteamiento en el tratamiento a largo plazo de los pacientes infectados por el VIH y ERCA, de tal manera que en la actualidad la infección por el VIH ha dejado de ser una contraindicación formal para el trasplante renal⁴. Los objetivos de este trabajo son los siguientes: conocer cuál es la situación de los pacientes infectados por el VIH que están en TRS (causas de ERCA, prevalencia y supervivencia) y revisar la experiencia que existe hasta la fecha en trasplante renal en pacientes infectados por el VIH antes y después de la introducción del TARGA.

ERCA y TRS en el paciente infectado por el VIH

Enfermedad renal crónica e infección por el VIH

Una tercera parte de los enfermos con sida o portadores del VIH desarrollan algún tipo de lesión renal, ya sea por enfermedades no relacionadas con el VIH o por otras directamente relacionadas con esta infección. Pueden desarrollar enfermedad renal por causas diagnosticadas previamente al VIH como diabetes, nefroangiosclerosis, poliquistosis renal, o más comúnmente relacionada con el consumo de heroína u otras drogas o con la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) o C (VHC). Se han descrito tres tipos de nefropatía estrechamente relacionada con la infección por el VIH: la nefropatía asociada al VIH, las glomerulonefritis mediadas por inmunocomplejos y las microangiopatías trombóticas⁶.

La nefropatía asociada al VIH es la causa global más común de enfermedad renal crónica en pacientes infectados por el VIH^{7,8}. En Estados Unidos es la tercera causa en pacientes de raza negra de entre 20 y 64 años⁸. La prevalencia de nefropatía asociada al VIH en la población infectada por el VIH oscila entre el 1 y el 10%, según las características de la población estudiada⁹. En Europa la incidencia es menor que en Estados Unidos y afecta sobre todo a varones descendientes de raza africana. Aparece como una complicación tardía en el curso de la infección por el VIH y su curso clínico suele ser rápido con progresión a ERCA en 3-4 meses. Con la introducción del TARGA el curso clínico está mejorando.

Prevalencia de la infección por el VIH en pacientes con ERCA y TRS

La seroprevalencia de infección por el VIH en las unidades de hemodiálisis es muy variable entre los diferentes países y también dentro de un mismo país, dependiendo de la localización geográfica de la unidad de hemodiálisis y de la demografía de los pacientes que se tratan en cada unidad. Las diferentes encuestas publicadas en los años ochenta y principios de los noventa, muestran un rango muy amplio, desde el 0% en unidades de hemodiálisis de países como Japón hasta el 39% en algunas unidades de hemodiálisis en Brooklyn (Nueva York, EE.UU.)¹⁰. En Europa se estimó en 0-5%¹⁰ y los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) estudiaron en el año 2000 la prevalencia en los centros de hemodiálisis de Estados Unidos. Los resultados mostraron un aumento constante del número de pacientes infectados por el VIH en hemodiálisis, desde el 0,3% en 1985 hasta el 1,5% en 1992, manteniéndose después estable en el 1,4-1,5% hasta el año 2000. Se estima que los pacientes infectados por el VIH constituyen menos del 1% del total de pacientes que están en TRS^{10,11}.

Supervivencia de los pacientes con infección por el VIH en TRS

El pronóstico de los pacientes infectados por el VIH y TRS depende más del estado de la infección por el VIH que de la naturaleza de la lesión renal. El pronóstico ha ido mejorando de forma progresiva a lo largo de las dos últimas décadas.

En la década de los años ochenta la mayoría de pacientes infectados por el VIH en ERCA presentaban un estado avanzado de la infección y una supervivencia media muy corta, entre un mes y 13,2 meses¹²⁻¹⁵. Muchos de estos pacientes presentaban caquexia y malnutrición, y las principales causas de muerte eran infecciones oportunistas y/o enfermedades malignas¹⁶. En esta misma época, el pronóstico era significativamente mejor en los pacientes con infección por el VIH asintomática y en programa de hemodiálisis, con una media de supervivencia aproximada de 16 meses^{13,15}.

En la década de los años noventa hubo estudios que pusieron de manifiesto un progresivo aumento de supervivencia con medias de supervivencia de 15 meses¹⁷, 22 meses¹⁸ y hasta 57 meses¹⁹. Son varios los factores que contribuyeron a mejorar el pronóstico de estos pacientes en hemodiálisis: mejor soporte nutricional, mejoras en la propia diálisis, corrección de la anemia con eritropoyetina y el inicio del tratamiento antirretroviral y la profilaxis de las infecciones oportunistas. A consecuencia de ello, en Estados Unidos, mientras la incidencia de pacientes infectados por el VIH en TRS estaba disminuyendo progresivamente, la prevalencia de estos siguió aumentando¹⁰. A pesar de esta mejoría en la supervivencia a lo largo de 10 años, al comparar la supervivencia de los pacientes infectados por el VIH en hemodiálisis (la mayoría de ellos jóvenes) con la de la población general en programa de hemodiálisis (sin infección por el VIH) se vio que seguía siendo significativamente menor en el grupo de infectados por el VIH, incluso cuando la población general era de edad más avanzada y con una elevada prevalencia de diabetes^{10,20,21}.

Existen algunos estudios que evidencian una correlación entre la cifra de linfocitos CD4+ y la supervivencia de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9277159>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9277159>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)