

CONGRESO AMERICANO DE TRASPLANTES 2003

El aumento de la vida media del injerto ha incrementado la incidencia

La diabetes postrasplante renal afecta al 10% a los tres meses

El progreso en el campo de los trasplantes plantea nuevos retos. Una vez que el control del postrasplante inmediato está superado, garantizar el éxito a medio y largo plazo se ha convertido en el objetivo primordial. En

este contexto, controlar el riesgo cardiovascular de los pacientes trasplantados es importante para reducir la mortalidad y la pérdida de los órganos funcionantes en los sujetos trasplantados.

MARIA POVEDA. Washington

"La muerte por enfermedad cardiovascular es una de las mayores causas de pérdida del órgano trasplantado, junto con la nefropatía crónica, con la diferencia de que en la primera se pierde un órgano funcional", ha afirmado Daniel Serón, del Hospital del Bellvitge, en Barcelona. Factores de riesgo cardiovascular bien conocidos, como la hipertensión y la hipercolesterolemia, aumentan la probabilidad de pérdida del injerto, por lo que deben controlarse. Sin embargo, es la diabetes el factor de riesgo cardiovascular que más preocupa; en concreto, la diabetes postrasplante, según se ha puesto de manifiesto en el Congreso Americano de Trasplantes que se está celebrando en Washington (Estados Unidos).

"Hace años la diabetes postrasplante no nos preocupaba tanto, pero el hecho

de que la vida media del injerto aumente, de que el receptor tenga mayor esperanza de vida y la acción diabetógena de algunos fármacos inmunosupresores parecen haber aumentando el riesgo de desarrollarla y la han convertido en un problema que no debe obviarse", ha añadido Serón.

La diabetes postrasplante tiene una fisiopatología que la asemeja a la diabetes tipo 2. Su incidencia es significativamente alta y, en el caso del trasplante renal, "afecta a más de un 10 por ciento de los pacientes a los tres meses de la intervención y a una cuarta parte a los tres años del injerto", tal y como

ha señalado el nefrólogo, citando los resultados de un trabajo que ha analizado los datos de más de diez mil pacientes sometidos a trasplante renal y sin evidencia previa de diabetes, recogidos del registro estadounidense *US Renal Data System*.

El análisis multivariable



Daniel Serón, del Hospital de Bellvitge, en Barcelona.

de los datos de estos pacientes permitió identificar y cuantificar los factores que modificaban el riesgo de diabetes después de un trasplante renal.

Factores

Según los datos presentados por Bertram Kasiske, de la Universidad de Minesota, en Estados Unidos, la edad del receptor, la raza, el índice de masa corporal, la compatibilidad entre tejidos, la infección por el virus de la hepatitis C, el régimen inmunosupresor y el nivel educativo parecían alterar de una u otra forma la susceptibilidad de desarrollar diabetes. Así, el envejecimiento se relacionaba con un mayor riesgo, las razas negras e hispanas también predisponían y la obesidad incrementa en un 73 por ciento las posibilidades

de desarrollarla.

Para Serón, estos factores -edad, raza y obesidad- "podían esperarse", no así otros como la compatibilidad de tejidos para el que no se encuentra una causa justificable: "Quizá, estos casos tiendan menos al fracaso y necesiten menos inmunosupresión", o influya el régimen inmunosupresor: el tacrolimus parece ser más diabetógeno, mientras que otros fármacos, como el micofenolato mofetil o la azatioprina, desempeñan un efecto protector.

Con respecto a la asociación entre diabetes postrasplante y educación, los estudios universitarios reducen un 22 por ciento el riesgo. Serón considera que "confirma una idea que se extiende y que ya se ha demostrado en varios estudios epidemiológicos".

ESTATINAS PROTECTORAS

Los datos de un estudio multicéntrico internacional presentado en el Congreso Americano de Trasplantes que se celebra en Washington sugieren la utilidad de las estatinas, fármacos reductores del colesterol, para proteger de enfermedades cardiovasculares en personas sometidas a trasplante renal. Como se sabe, este grupo de enfermos tiene más riesgo de padecer, de forma prematura, patologías de estas características.

En el trabajo adelantado hoy en la edición electrónica de *The Lancet*, el equipo de Hallvard Holdaas, del Hospital Nacional de Oslo, en Noruega, ha anali-

zado los efectos de la fluvastatina en cerca de 2.100 trasplantados renales. Todos tenían los niveles de colesterol en una media de entre 4 y 9 milimols por litro. La mitad recibieron fluvastatina y la otra mitad placebo. El primer objetivo era determinar una mayor presencia de eventos cardíacos en los pacientes que no tomaban la estatina. El estudio confirmó una menor tasa: 70 en el grupo de fluvastatina frente a 104 en el grupo placebo. "Actualmente, el 50 por ciento de los trasplantados recibe estatinas, lo que implica una buena prevención secundaria", según Holdaas.