

CASUÍSTICA**TRASPLANTE RENAL EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA. REPORTE DE CASO***KIDNEY TRANSPLANT IN A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA. CASE REPORT*

Alejo F. Agranatti, Jihan Sleiman, María del Carmen Vidal y Benito, Gervasio Soler Pujol

Servicio de Nefrología, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno, Buenos Aires, Argentina

Rev Nefrol Dial Traspl. 2017; 37 (4): 220-4

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 42 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia de larga data e insuficiencia renal crónica estadio V. Tras tratamiento sustitutivo de aproximadamente dos años ingresa en lista de espera para trasplante renal con donante fallecido. Recibe trasplante donante fallecido con buena evolución y favorable adaptación a las intercorrientes acontecidas en el transcurso del proceso. Este caso representa una posibilidad para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia puedan recibir un trasplante renal con favorable evolución resaltando diversos aspectos a contemplar a fin de garantizar el éxito de dicha intervención.

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia; psiquiatría; trasplante renal

ABSTRACT

We report the case of a female patient, aged 42, with long-term schizophrenia and end-stage chronic kidney disease. After approximately two years undergoing replacement therapy, she is put on the waiting list for deceased donor kidney transplant. She receives a transplant from a deceased donor with good progress and favorable adaptation to the intercurrent diseases occurring

during the course of the process. This case represents a possibility for patients diagnosed with schizophrenia; they may receive a kidney transplant with good progress, highlighting different aspects to be considered in order to guarantee the success of the procedure.

KEYWORDS: schizophrenia; psychiatry; kidney transplant

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas los trasplantes de órganos sólidos se han convertido en una opción válida no excepcional para el tratamiento de diversas patologías crónicas e irreversibles. Características de esta intervención son la complejidad que conlleva, ya que implica la participación de múltiples agentes así como también intervenciones que el paciente trasplantado debe realizar para garantizar la supervivencia del injerto.⁽¹⁾

Todos los años, los pacientes en lista de espera superan a los trasplantados. En Estados Unidos anualmente hay aproximadamente 150.000 personas en lista de espera y se consumen menos de 30.000 trasplantes. El tiempo aproximado para recibir un trasplante en ese país es de 2 años. En la espera cerca del 20 % de los pacientes pierden su

chance terapéutica. Pacientes con enfermedades mentales severas conforman esas listas.⁽²⁻⁴⁾

En Argentina, al momento, existen al menos 11.135 pacientes en lista de espera para un número de 6709 trasplantes por año.⁽⁵⁾

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. La esperanza de vida de estos pacientes se reduce en más de 10 años en comparación con la población general. Esta patología suele diagnosticarse a edad temprana y afecta distintas funciones psíquicas incluyendo cognición, percepción, contenido de pensamiento, así como también conlleva a un pobre desempeño social y laboral. La prevalencia de conductas suicidas en estos pacientes oscila entre el 20 y el 42%, mientras que la tasa de suicidios consumados es aproximadamente 20 veces superior al de la población general. Pacientes afectados por esta patología presentan mayor morbilidad y consumo de sustancias. En relación a las comorbilidades presentan riesgo aumentado de síndrome metabólico, relacionado al tratamiento con antipsicóticos de segunda generación, mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, patología respiratoria consecuencia del hábito tabáquico y mayor mortalidad por cáncer de pulmón. Prevalencia aumentada de enfermedades autoinmunes a excepción de artritis reumatoide.⁽⁶⁻⁸⁾

Estos pacientes suelen tener baja tasa de adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. Por todo esto, si bien esquizofrenia no se considera contraindicación absoluta para recibir un trasplante, muchos pacientes que sufren este cuadro no son considerados candidatos posibles para recibir este tratamiento.⁽⁸⁾

El objetivo de este reporte es presentar el caso de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia que recibió un trasplante renal destacando qué requisitos deben estar garantizados para llevar adelante en forma satisfactoria tal intervención en esta población.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 42 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia diagnosticada a los

22 años. Educación secundaria completa, reside con su madre, quien oficia de cuidadora principal. Nunca se desempeñó laboralmente, cuenta con escasa red social, sólo familia nuclear. Antecedentes de cuatro internaciones psiquiátricas en contexto de descompensación psicótica. En todas las ocasiones la sintomatología se caracterizó por alucinaciones auditivas (voces de comando), ideación delirante de perjuicio y agitación psicomotora acompañada de conductas heteroagresivas. Realizó diversos tratamientos psicofarmacológicos incluyendo antipsicóticos de primera y segunda generación, estabilizadores del ánimo, benzodicepinas y antidepresivos. Asistió a diversos dispositivos de atención, desde consultorios externos de psiquiatría, psicoterapia individual y hospital de día. En un control clínico se objetiva niveles elevados de urea, creatinina, disnatremia y sedimento urinario patológico. Se confirma diagnóstico de insuficiencia renal y se procede a la realización de biopsia renal a fin de identificar etiología, llegando al diagnóstico de glomerulonefritis proliferativa extracapilar. Recibe tratamiento inmunosupresor sin respuesta adecuada, ingresando en tratamiento sustitutivo renal. En el año 2014 se inscribe en lista de espera para trasplante renal, en ese contexto se encontraba realizando tratamiento psiquiátrico. En el año 2016 es derivada a servicio psiquiatría de enlace del Centro CEMIC. Al inicio del nuevo tratamiento, presentaba leucopenia leve, anemia secundaria a enfermedad renal más displasia medular con requerimiento transfusiones sanguíneas. Se realiza washout de una de las benzodicepinas que tenía en esquema de medicación y se suspende carbamacepina, entendiéndose que este fármaco podría propiciar el cuadro anémico. Tras estas modificaciones mejoran los índices hematológicos. Se realiza abordaje psicoterapéutico a la paciente como a grupo primario focalizado en la intervención a realizar. Cabe destacar que la paciente asistía a consultas regularmente, adhería a intervenciones, contaba con contención familiar así como también presentaba adecuado nivel de alarma ante posible descompensación clínica.

En agosto del año 2016 recibe trasplante renal con donante cadavérico. Presentó evolución favorable, otorgándose alta sanatorial al día 15 post-trasplante. A la semana se reinterna por presentar síndrome confusional secundario a sepsis de foco urinario, y egresa una vez cumplido el esquema antibiótico en buen estado general. En el transcurso de dos meses, reingresa por presentar regular estado general, decaimiento, fiebre y dolor lumbar. Se diagnosticó ureteroceles, que requirió corrección quirúrgica con resultado óptimo. Resta por destacar que en todas las internaciones que presentó, no sufrió descompensaciones de su cuadro psiquiátrico, logró adaptarse a la situación de internación. Actualmente, ha cumplido primer año postrasplante, continúa en seguimiento por los Servicios de Psiquiatría y Nefrología, realiza controles ambulatorios periódicos presentando estabilidad de cuadro psiquiátrico y buena función renal.

DISCUSIÓN

El propósito de esta presentación es destacar la posibilidad que pacientes con esquizofrenia puedan recibir un trasplante de órganos a pesar de su cuadro psicopatológico. Escasos casos están reportados en la literatura mundial, ninguno en Argentina. Todos los reportes, así como los pocos estudios longitudinales realizados en esta población, toman como referencia al artículo publicado por Levenson y col. que realizó una encuesta en centros de trasplante cardíaco, hepático y renal de los Estados Unidos.⁽⁹⁾ Se evaluaron diversos tópicos, entre ellos, criterios de aceptación o rechazo de candidatos conforme a cuadro psiquiátrico de base. De la encuesta surge que para este interrogante el 92% de los pacientes con esquizofrenia activa eran rechazados en una primera instancia en centros cardíacos, el 67% en hepáticos, el 73% en renales; mientras que en pacientes con esquizofrenia crónica los porcentajes eran los siguientes 15%, 7% y 33% respectivamente. De aquellos pacientes rechazados en centros nefrológicos, solo el 31% fueron reevaluados para una nueva estimación.⁽⁹⁻¹²⁾

De los reportes de casos presentes en la

literatura de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia trasplantados, así como también en el caso de esta paciente, todos presentaron evoluciones favorables en lo que respecta a sobrevida, vitalidad y funcionalidad del injerto.

Los cuestionamientos que emergen para no concretar el trasplante en estos pacientes suelen estar relacionados con las siguientes entidades.

- Descompensación psicótica pos trasplante.
- Baja adherencia al tratamiento inmunosupresor.
- Riesgo de psicosis por corticoides.

Respecto a la descompensación psicótica pos trasplante referidas al órgano adquirido, ningún estudio ha logrado comprobar esta asociación. En relación con pobre adherencia al tratamiento inmunosupresor, esta entidad se asocia a mala evolución del trasplante. Se estima que en Argentina la falta de adherencia es cercana al 40% en la población general, esta asociación es más prevalente en pacientes adolescentes o jóvenes. La paciente aquí presentada ha demostrado buena adherencia al tratamiento, considerando distintos dominios de este término, asistencia a visitas médicas programadas, estudios realizados y toma de medicación.

Es ampliamente conocido que los esteroides pueden producir síntomas neuropsiquiátricos, ya sea de la serie ansiosa-depresiva, así como también la psicótica. Al menos dos trabajos han estudiado esta posible relación: descompensación psicótica en pacientes con antecedentes de síntomas psicóticos tras administración de corticoides, sin poder certificar esta asociación. Por último, en relación con la adherencia al tratamiento inmunosupresor, en todos los casos reportados y estudios realizados en esta cohorte de pacientes, la adherencia al tratamiento supresor no difirió en aquellos pacientes con esquizofrenia y otras patologías mentales severas en comparación con pacientes sin patología mental o patología mental leve. La teoría que apoya que los pacientes con trastornos psicóticos presentan mayor riesgo de mala evolución del trasplante por mala adherencia al tratamiento inmunosupresor no presenta

evidencia sustentable.⁽⁸⁾

Un trabajo longitudinal realizado en Estados Unidos estudió la evolución de los pacientes trasplantados en un lapso de tres años, concluyendo que la presencia de patología mental severa no parece estar relacionada con mala evolución del trasplante en ese lapso de tiempo.⁽¹³⁾ Con relación a la adherencia al tratamiento inmunosupresor y visitas médicas, no se objetivaron diferencias en los grupos estudiados. Otro trabajo realizado entre los años 1986 y 2003, también en Estados Unidos, evaluó sobrevida de pacientes trasplantados renales con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar frente a población sin patología mental, no hallándose diferencias significativas en relación a la sobrevida del paciente, vitalidad y funcionalidad del injerto entre los grupos estudiados.⁽¹⁴⁾ Un estudio multicéntrico, realizado en Canadá, Estados Unidos y Australia, sobre 35 centros de trasplante en un período de dos años, concluyó que la buena evolución del trasplante en pacientes con patología mental que cursen con síntomas psicóticos radica en que el paciente esté libre de sintomatología psicótica durante el año previo a recibir el trasplante, cuente con red de contención, así como también presente seguimiento activo por equipo de salud mental.⁽¹⁵⁾ En nuestro medio, no contamos con datos estadísticos para establecer comparaciones de supervivencia en pacientes sin patología mental frente a pacientes con patología mental, ya sea trasplantados como en lista de espera. No existen registros de este tipo de intervención en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La tasa de supervivencia, tanto de injerto como de pacientes trasplantados con donante fallecido, en nuestro centro es similar a las reportadas por el INCUCAI (SINTRA). La supervivencia de injerto es del 87%, 70% y 52% al año, cinco y diez años respectivamente, mientras que la supervivencia del paciente es del 90%, 79% y 68% en los mismos plazos temporales.⁽⁵⁾

Cabe señalar que la tasa de rechazo agudo en el primer año postrasplante en nuestro centro es del 26%. Al momento la paciente no ha presentado eventos inmunológicos a destacar.

La poca bibliografía disponible sobre trasplante de órganos en pacientes con esquizofrenia argumenta que la presencia de este padecimiento mental no debería ser considerado una contraindicación para la concreción de un trasplante.⁽¹⁶⁾ Más aún, los trabajos publicados muestran que la evolución de estos pacientes es comparable a la de los pacientes que no se encuentran atravesados por este cuadro neuropsiquiátrico. Vale destacar que ciertos factores deben ser considerados para bregar por una intervención exitosa. (**Tabla 1**)

Tabla 1

Ausencia de sintomatología psicótica durante el año previo a la realización del trasplante
No presentar consumo activo de sustancias
Contar con adecuada red de contención
Seguimiento activo de equipo de salud mental

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Restrepo D, Duque M, Cardeño C. Esquizofrenia y trasplante hepático: reporte de un caso. *Rev Colomb Psiquiat.* 2012;41(3):690-701.
- 2) DiMartini A, Crone C, Fireman M, Dew MA. Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. *Crit Care Clin.* 2008;24(4):949-81, x.
- 3) Faeder S, Moschenross D, Rosenberger E, Dew MA, DiMartini A. Psychiatric aspects of organ transplantation and donation. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(5):357-64.
- 4) Freeman AM 3rd, Westphal JR, Davis LL, Libb JW. The future of organ transplant psychiatry. *Psychosomatics.* 1995;36(5):429-37.

- 5) Argentina. Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) [Internet]. Disponible en: <https://sintra.incucai.gov.ar/> [consulta: ene. 2017].
- 6) Lieberman JA, Scott Stroup T, Perkins DO. Tratado de esquizofrenia. *Ars Médica*: 2008. 427 p.
- 7) Bouhlef S. Can patients with schizophrenia undergo renal transplantation with success? *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2014;25(3):605-9.
- 8) Price A, Whitwell S, Henderson M. Impact of psychotic disorder on transplant eligibility and outcomes. *Curr Opin Organ Transplant.* 2014;19(2):196-200.
- 9) Levenson JL, Olbrisch ME. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics.* 1993;34(4):314-23.
- 10) Okayasu H, Ozeki Y, Chida M, Miyoshi S, Shimoda K. Lung transplantation in a Japanese patient with schizophrenia from brain-dead donor. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(1):102.e11-3.
- 11) Le Melle SM, Entelis C. Heart transplant in a young man with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):453-7.
- 12) DiMartini A, Twillman R. Organ transplantation and paranoid schizophrenia. *Psychosomatics.* 1994;35(2):159-61.
- 13) Evans LD, Stock EM, Zeber JE, Morissette SB, MacCarthy AA, Sako EY, et al. Posttransplantation Outcomes in Veterans With Serious Mental Illness. *Transplantation.* 2015;99(8):e57-65.
- 14) Butler MI, McCartan D, Cooney A, Kelly PO, Ahmed I, Little D, et al. Outcomes of renal transplantation in patients with bipolar affective disorder and schizophrenia: a national retrospective cohort study. *Psychosomatics.* 2017;58(1):69-76.
- 15) Coffman KL, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Curr Opin Organ Transplant.* 2002;7(4):395-8.
- 16) Power RE, Hayanga AJ, Little DM, Hickey DP. Outcome of cadaveric renal transplantation in patients with psychiatric disorders. *Ir Med J.* 2002;95(6):172-4.

Recibido en su forma original: 3 de agosto de 2017

En su forma corregida: 24 de octubre de 2017

Aceptación final: 9 de noviembre de 2017

Dr. Alejo F. Agranatti

Servicio de Nefrología, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno, Buenos Aires, Argentina

e-mail: alejofagranatti@live.com