

Transplante renal com doador de critério expandido: uma alternativa adequada para aumentar o *pool* de doadores no Brasil?

Expanded donor criteria in kidney transplantation: a suitable option to increase the donor pool in Brazil?

Autores

Tainá Veras de Sandes-Freitas^{1,2}

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Hospital Geral de Fortaleza.

Em virtude da desproporção entre oferta e demanda de rins para transplante, a utilização de doadores de critério expandido (DCE) aumentou significativamente nos últimos anos.¹ Recentemente, um estudo brasileiro demonstrou que 35% dos transplantes renais com doador falecido realizados em um centro único do Rio Grande do Sul são com DCE,² semelhante ao demonstrado nos estudos europeus e significativamente maior do que é reportado pelos registros norte-americanos (17%).¹ Evidências apontam que os pacientes submetidos a transplante com DCE apresentam melhor sobrevida do que aqueles que permanecem em lista de espera. Apesar disso, a taxa de descarte destes órgãos é bastante elevada.¹

Com o intuito de refinar a classificação binária em DCE ou doador de critério padrão (DCP), foi proposto recentemente o *Kidney Donor Profile Index* (KDPI), índice baseado em 10 características do doador, resultando em uma avaliação mais gradual da qualidade do órgão.³

Nesta edição do BJJN, Mota *et al.*⁴ apresentaram os resultados de um estudo retrospectivo que comparou os desfechos de 1 ano de 24 receptores de transplante renal com DCE com 231 receptores de rins de DCP. Os pacientes do grupo DCE apresentaram pior função renal (taxa de filtração glomerular: 56,8 *vs.* 76,9 mL/min, $p = 0,001$), mas não houve diferença na sobrevida do enxerto censorada para o óbito (90,5% *vs.* 94,6%, $p = 0,452$). Também não houve diferença na sobrevida do enxerto quando os rins com KDPI acima de 85% foram comparados com aqueles abaixo de 85% (88,2% *vs.* 90,8%, $p = 0,769$).

Apenas 37,5% dos DCE foram submetidos à biópsia pré-implante e isto não afetou o bom resultado no curto prazo. De fato, o papel da biópsia pré-implante no processo decisório de aceitação ou recusa é tema de bastante debate. Não há associação clara entre os achados de cronicidade e os desfechos do transplante.¹ No entanto, é uma ferramenta importante na detecção de lesões agudas associadas à má manutenção hemodinâmica a que os órgãos no Brasil são frequentemente submetidos. Assim, a decisão de realizar biópsia pré-implante de rotina como ferramenta para decidir sobre a utilização de rins de DCE deve ser cautelosa, uma vez pode prolongar o processo, aumentando o tempo de isquemia fria.

Os autores demonstraram também maior mortalidade precoce no grupo DCE (12,5% *vs.* 3%, $p = 0,023$). É provável que isto seja, ao menos em parte, um resultado do perfil do receptor: mais velho (53 *vs.* 43 anos) e com mais comorbidades (hipertensão e diabetes como etiologia da doença renal: 25% e 8,3%, respectivamente, no grupo DCE, *versus* 16,5% e 5,6% no grupo DCP). Uma avaliação dos fatores de risco associados à mortalidade seria útil para confirmar esta hipótese.

Dados similares foram demonstrados por Ojo *et al.*, em 2001. Neste estudo, o risco relativo de morte logo após o transplante foi significativamente maior que permanecer em diálise. Os riscos igualaram-se 100 dias após o transplante com DCP e 200 dias após o transplante com DCE.⁵ De fato, a utilização dos DCE surgiu com o propósito de beneficiar os pacientes com maior mortalidade em

Data de submissão: 11/07/2016.

Data de aprovação: 11/07/2016.

Correspondência para:

Tainá Veras de Sandes-Freitas.
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Medicina Clínica.
Rua Prof. Costa Mendes, nº 1608, 4º andar. Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil.
CEP: 60430-140.
E-mail: taina.sandes@gmail.com

DOI: 10.5935/0101-2800.20160040

lista, ou seja, idosos, diabéticos, e com longo período em diálise. No entanto, isto não é um consenso e os pacientes com este perfil são geralmente mais vulneráveis aos insultos inerentes ao transplante com DCE (maior incidência de função tardia do enxerto e rejeição, além de internações mais prolongadas).¹

Para compreender a demografia da população deste estudo, é importante conhecer algumas peculiaridades da região em que foi conduzido. O Ceará figura atualmente entre os estados brasileiros com as maiores taxas de doadores efetivos (23,5 pmp *vs.* 14,1 pmp no Brasil) e transplantes renais (29,9 pmp *vs.* 27,4 pmp no Brasil). Isto resulta na preferência por realizar transplantes com doador falecido (90,6% *vs.* 79% no Brasil) e de critério padrão (90,6% *vs.* 65% no Brasil), exportando um percentual significativo dos DCE para outros estados.⁶

Os resultados deste estudo sugerem que os DCE parecem uma opção viável para aumentar o *pool* de doadores no nosso meio. Vale ressaltar que, apesar do elevado número anual de transplantes realizados no Ceará, apenas 49% da demanda é atendida. Além disso, é provável que haja uma demanda reprimida, pois apenas 11% dos pacientes em diálise no Estado estão ativos em lista e estima-se que ao menos 30% dos pacientes em diálise sejam candidatos ao transplante.⁶

As limitações metodológicas do estudo não permitem uma conclusão definitiva sobre o uso de DCE para a nossa peculiar população. Para uma resposta robusta, se faz necessário um estudo de longo prazo, comparando uma amostra significativa de receptores de DCE com pacientes que permaneceram em diálise. Devemos ainda lembrar que as classificações em DCP ou DCE e o escore KDPI não foram validados no Brasil.

Enquanto não temos esta resposta definitiva, os dados disponíveis até o momento nos levam a crer

que o transplante com DCE deve ser considerado, mesmo em regiões com elevada *performance* em doação de órgãos, como o Ceará. Permanece obscuro qual paciente mais se beneficia deste transplante na nossa realidade.

Modelos de alocação específicas têm sido propostos em outros países, com bons resultados e redução nas taxas de descarte. O mais tradicional é o europeu *Eurotransplant Senior Program*, que aloca rins de doadores com ≥ 65 anos para receptores desta faixa etária, desconsiderando a tipagem HLA.¹ Uma vez que um curto tempo de isquemia fria é fundamental para o sucesso dos transplantes com DCE, é possível que o modelo de alocação brasileiro, baseado fundamentalmente na compatibilidade HLA, não seja ideal para otimizar o uso destes doadores.

REFERÊNCIAS

1. Pascual J, Zamora J, Pirsch JD. A systematic review of kidney transplantation from expanded criteria donors. *Am J Kidney Dis* 2008;52:553-86.
2. Helfer MS, Vicari AR, Spuldaro F, Gonçalves LF, Manfro RC. Incidence, risk factors, and outcomes of delayed graft function in deceased donor kidney transplantation in a Brazilian center. *Transplant Proc* 2014;46:1727-9.
3. Rao PS, Schaubel DE, Guidinger MK, Andreoni KA, Wolfe RA, Merion RM, et al. A comprehensive risk quantification score for deceased donor kidneys: the kidney donor risk index. *Transplantation* 2009;88:231-6.
4. Mota LS, Oliveira CMS, Pinheiro Junior FML, Santos LCO, Nóbrega DG, et al. Comparative study between kidney transplantation with expanded criteria deceased donor and standard criteria donor in a single center in Brazil. *J Bras Nefrol* 2016;38:348-57.
5. Ojo AO, Hanson JA, Meier-Kriesche H, Okechukwu CN, Wolfe RA, Leichtman AB, et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:589-97.
6. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado (2008-2015) [Citado 19 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anual-n-associado.pdf>