

Mujer de 52 años, gestante semana 29, que ingresa por sospecha de preclampsia. Antecedentes Factor VIII elevado anticoagulada. Al ingreso inicio de tto antihipertensivo. Aun así, en el 4º día de ingreso presenta crisis comicial tónico-clónica indicándose cesárea urgente por eclampsia. En quirófano midriasis arreativa dcha. TAC craneal con hemorragia aguda en tronco del encéfalo, pedúnculos cerebelosos y IV ventrículo. De forma simultánea elevación de enzimas hepáticas, datos de microangiopatía trombótica y trombopenia de 33000, diagnosticándose sd. HELLP post-parto. Desestimado tratamiento quirúrgico por Neurocirugía la paciente presenta mala evolución con diagnóstico de muerte encefálica en el día +7 de ingreso en UCI. Durante ingreso en UCI, mejoría del perfil hepático, descenso de LDH y mejoría de plaquetas (153000 al diagnóstico de ME). A nivel renal la paciente no sufre deterioro de función renal ni proteinuria en ningún momento. Se contacta con la Coordinación de Trasplantes realizándose valoración renal, cardíaca y pulmonar. En el momento de la donación existieron dudas sobre la idoneidad de la oferta renal, desestimándose para devolución por parte de la ONT. Se aceptan ambos riñones para trasplante en la Comunidad de Madrid.

RECEPTOR 1: varón de 31 años en hemodiálisis desde los 18 años. No inmunizado. 6 incompatibilidades HLA. Cirugía sin complicaciones, TIF 12 horas. Buena evolución con función inmediata del injerto con descenso de la Crs desde el día +1. Al alta Crs 1 mg/dl.

RECEPTOR 2: varón de 65 años en diálisis peritoneal desde 2023. Inmunizado con PRAc 75% sin DSA frente a la donante. Cirugía sin complicaciones. Excelente evolución con función inmediata del injerto con descenso de Crs desde día 1 post-tr. Al alta, día +6, Crs de 0.9 mg/dl.

Reportamos este caso dada la escasa literatura sobre el uso de donantes con esta patología y las dudas sobre su idoneidad. En más del 50% de los casos de sd. HELLP existe fracaso renal agudo. Es fundamental realizar una valoración individualizada de cada caso para estimar el riesgo de fallo primario del injerto, adecuar el riesgo del trasplante e informar a los receptores.