

SELECCION Y EVOLUCION DE DADOR Y RECEPTOR EN EL TRASPLANTE RENAL

Dr. Mocellini, J. A. - Dr. Jost, L. - Dr. Turin, M. - Dr. Etchegoyen, F. - Dr. Montenegro, L.

Resumen

Sistemática en la selección de dador y receptor, que nos permite presentar una estadística cuyos resultados son similares a la del Registro Internacional de Trasplantes.

Esta presentación tiene por objeto exponer las pautas utilizadas por el grupo de trasplante renal de CEMIC, para seleccionar dadores y receptores y la evolución de los mismos según nuestra estadística. Es de hacer notar que eventualmente dichas pautas son modificables.

Condiciones del dador vivo

- 1) Mayor de 18 años.
- 2) Padre, madre o hermano.
- 3) Grupo sanguíneo compatible.
- 4) Sano.
- 5) Voluntad de ceder el riñón expresada libremente y conociendo las complicaciones.
- 6) Histocompatibilidad adecuada con el receptor.
- 7) Tener un riñón anatómicamente trasplantable.

Estudios relacionados con histocompatibilidad

Sistema ABO.

Anticuerpos anti RH.

Sistema HL-A (Locus A y B).

Cross Match (Anticuerpos anti HL-A).

Cultivo mixto de linfocitos (Locus D del sistema HL-A).

Antígenos largos (4 a, 4 b, 4 c, pertenecientes a la serie B).

Desde el punto de vista urológico, la selección del dador tiene por objeto determinar la factibilidad de disponer de un órgano, anatómica y funcionalmente apto para ser trasplantado. Por otra parte, es de necesidad asegurarse que el dador no sea portador de alguna uropatía que comprometa su provenir al ser transformado en monorreno.

Dentro de estos límites y objetivos debemos decidirnos por extirpar uno de ambos riñones y cuando esta decisión es electiva, optamos por el izquierdo. Razones anatómicas así lo aconsejan, su pedículo, con una vena renal más larga, facilitará el posterior implante vascular. Pero circunstancias que el estudio pondrá en evidencia pueden exigir la modificación de esta táctica.

Procedemos al examen clínico urológico, complementado por el urográfico, el cual es imprescindible y que por tratarse de una prueba funcional cualitativa, nos informará del estado morfo-funcional del aparato urinario. Para descartar la existencia de alguna obstrucción infravesical con repercusión urodinámica, solicitamos sistemáticamente una placa posmiccional.

Aun siendo estas exploraciones normales, se le practicará la arteriografía renal selectiva y/o aortografía. Con el resultado de ambos estudios radiográficos se evaluará el número de las arterias existentes en cada riñón y el tipo de bifurcación, así como posibles malformaciones en la vía excretora, tal la bifidez pieloureteral, etc.

En un paciente decidimos utilizar el riñón izquierdo a pesar de una bifidez pieloureteral y arteria única, antes que el derecho con arterias polares. Ello por la complejidad técnica del implante vascular múltiple, que implica prolongar el tiempo quirúrgico y el de isquemia fría, con aumento de riesgo para la futura función del injerto.

La vía de abordaje al riñón que preferimos es la toracoparatomía de Fey, extrapleural y extraperitoneal.

Lograr un órgano satisfactorio para ser trasplantado suele contraponerse con la necesidad de producir siempre en el dador vivo, una agresión quirúrgica lo más limitada posible.

Esta situación no se presenta en el *dador cadavérico*, pero en cambio suele ser de necesidad en él la rápida obtención de uno o de ambos riñones, por el deterioro que pueden sufrir. En éstos la incisión que preferimos es la xifopubiana con desbridamiento subcostal transversal bilateral. Esta nos permite un abordaje fácil y rápido.

Condiciones del dador cadavérico

- 1) Ausencia de enfermedad renal o sistémica, hipertensión arterial, neoplasia, sepsis.
- 2) Función renal normal (orina estéril).
- 3) Muerte cerebral.
- 4) Cesión del órgano por su familia.
- 5) Histocompatibilidad adecuada con el receptor.

Selección y estudio del receptor

En la selección y estudio urológico del receptor importa confirmar la indemnidad de la función vésico-uretral y la ausencia de reflujo, así como de infección urinaria. En aquellos casos en que tales uropatías estén presentes, es de necesidad su corrección previa al trasplante.

Como en la mayoría de los insuficientes renales avanzados ya no se logran urografías satisfactorias de orientación, el estudio debe comenzar necesariamente por las cisto y uretrografías en sus múltiples variantes. Debe realizarse con el máximo de recaudo para evitar una infección o sobreinfección urinaria; a pesar de ello, el hecho de instrumentar la uretra, que es séptica, implica riesgos que deben valorarse.

Estas determinaciones son de capital importancia para evaluar la cirugía urológica previa electivamente al trasplante a que deben someterse estos pacientes, como veremos más adelante. En nuestra serie se realizaron 28 exploraciones cistouretrógraficas con aparición de reflujo en 3 pacientes, 1 de ellos bilateral.

Luego del estudio y con la finalidad de corregir las uropatías existentes o la infección urinaria a ellas vinculada u otras alteraciones nefropáticas (anticuerpos antimembrana basal o hipertensión), procedemos a la cirugía complementaria del trasplante, con lo cual completamos las condiciones del receptor.

En total y por las razones anteriormente expuestas, hemos efectuado las siguientes operaciones complementarias del trasplante:

Nefrectomía bilateral por hipertensión	7 casos
Nefrectomía bilateral por anticuerpos antimembrana basal	2 casos
Ureteronefrectomía unilateral por reflujo	2 casos
Meatotomía	1 caso

Condiciones del receptor

- 1) Padecer insuficiencia renal terminal.
- 2) Edad no mayor de 45 años (trasplante cadavérico).

- 3) Aceptación del trasplante y sus riesgos.
- 4) Ausencia de cáncer, infecciones o enfermedades reactivables con inmunosupresores.
- 5) Ausencia de anticuerpos circulantes AMB.
- 6) Vía urinaria baja adecuada para el implante.
- 7) Compatibilidad con el dador.
- 8) Ausencia de pancitopenia.

Evolución del dador

En 25 dadores vivos emparentados se produjeron 3 casos de complicaciones mayores.

En el primero de ellos, una hemorragia retroperitoneal con hipotensión obligó a la reintervención a las 3 horas del trasplante.

Posteriormente, la enferma presentó una neumopatía derecha, un tromboembolismo pulmonar y un absceso de herida que evolucionaron a la curación.

El segundo paciente tuvo una hemorragia digestiva alta grave a las 48 horas de operado, por una úlcera duodenal penetrada en páncreas. Reoperado, se realizó una gastrectomía con anastomosis a lo Bilroth II y cierre del muñón duodenal a lo Welch. Posteriormente, el enfermo presentó una peritonitis con shock séptico que determinó su muerte.

El tercer caso desarrolló un tromboembolismo pulmonar, un absceso de la herida operatoria y una flebitis de una vena canalizada en el brazo que curaron con tratamiento médico.

Tanto en el caso 1 como en el 3 quedó como secuela una eventración.

En los 22 dadores restantes se observaron las siguientes complicaciones menores:

Neumotórax	2
Absceso de herida operatoria	2
Eventración	1
Peritonitis fibroadhesiva	1
Hematoma herida operatoria	1
Urticaria gigante por Merthiolate	1
Infección urinaria	1

Evolución del receptor

De nuestra serie de 29 pacientes trasplantados, 18 hacen vida normal con cifras de creatinina por debajo de 2 mg %. 3 padecieron rechazo crónico, 7 murieron y 1 fue reincorporado al plan de diálisis.

Sobrevida (V) de pacientes trasplantados y riñones funcionantes (R. F.)

CEMIC - 1970 - Agosto 1977

	3 meses	1 año	2 años	3 años	5 años
Nº	29	24	19	9	2
Vivos	27	19	14	6	2
R. F.	25	16	13	5	2

Complicaciones

En estos pacientes se presentaron las siguientes complicaciones: 2 estenosis arteriales, 3 fístulas (dos ureterales y una vesical), bacteriuria en todos los casos menos en 1 y 5 de ellos con sintomatología de infección urinaria.