

## TRASPLANTE RENAL. COMPLICACIONES UROLOGICAS, RESULTADOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Fernández, Héctor

En 1943, luego de los descubrimientos de W. Kolf, quien dializa sangre coagulada a través de una membrana de celofán, comienza la etapa de hemodiálisis en enfermos agudos.

En los años cincuenta se inicia el tratamiento de la insuficiencia renal crónica mediante el trasplante renal, realizando Hume y colaboradores las primeras publicaciones sobre el tema.

Los buenos resultados obtenidos universalmente han convertido al homoinjerto renal en un procedimiento terapéutico de la insuficiencia renal terminal.

Nuestro grupo en el CEMIC, bajo la dirección del Prof. Dr. Mocellini Iturralde, inició sus tareas en el año 1970, completando desde entonces y hasta la fecha 61 trasplantes; de éstos, 21 han sido realizados en los últimos 12 meses.

Los resultados obtenidos con donantes vivos relacionados han sido similares a los publicados por el Registro Internacional con un 84 % de pacientes vivos a los 5 años y 72 % de riñones funcionantes en el mismo lapso.

Las causas etiológicas que dieron origen a la insuficiencia renal en nuestros pacientes, siguiendo la clasificación del Registro, fueron: glomerulonefritis, 54,7 %; pielonefritis, 12,3 %; enfermedad renal no especificada, 6,7 %; nefroesclerosis (hipertensión maligna), 5,6 %; riñón poliquístico, 5,5 %, y otras causas, 15,2 %.

Aunque la sobrevida de los pacientes depende fundamentalmente de la respuesta al rechazo, es requisito fundamental, para aumentar las posibilidades de éxito de la intervención, el realizar una cirugía técnicamente adecuada.

Para la reconstrucción de la vía urinaria pueden utilizarse los siguientes procedimientos:

- a) *ureteroneocistostomía*
- b) *anastomosis ureteroureteral*
- c) *anastomosis pieloplélica*

En general hemos utilizado el primer tipo de reconstrucción empleando en la primera mitad de los casos la técnica de Politano-Leadbetter. Ultimamente utilizamos la de Gregoire y Lich, dejando la anastomosis pieloplélica como reserva en los casos de complicaciones.

Podemos dividir a éstas en *médicas* y *quirúrgicas*. Dentro de las primeras las principales que se producen son *rechazo*, *necrosis tubular aguda (NTA)* e *infección*.

A las segundas podemos dividir las en *vasculares* y *urológicas*. Son complicaciones *vasculares*: la *obstrucción arterial o venosa*, la *hemorragia*, la *estenosis arterial tardía* y el *linfocelo (?)*, mientras que las *fístulas*, las *obstrucciones ure-*

*terales* y el *reflujo* son las complicaciones urológicas más importantes.

La aparición de posibles complicaciones urológicas es inevitable a pesar de los estrictos recaudos médico-quirúrgicos que se observen en la extracción del órgano, su perfusión, su implante y la medicación administrada, pero aumentan considerablemente si hay falla en ellos.

Las *fístulas urinarias* que pueden ser piel, uretero o vesicocutáneas son responsables de una elevada tasa de morbilidad y en ocasiones mortalidad adjudicables al método. Las mismas pueden producirse por defectos técnicos, consistentes en excesiva liberación del uréter con los consiguientes trastornos en su irrigación, insuficiente lavado del órgano, o bien por mecanismo de rechazo, debido a los antígenos del donante que contiene la pelvis y el uréter del órgano trasplantado.

Microscópicamente se pueden observar trombosis en los vasos ureterales, así como edema, infiltrado celular y ulceraciones en el urotelio. Los estudios inmunopatológicos evidencian la aparición de inmunoglobulinas intra y extracelulares, característica del rechazo, en la zona de la perforación ureteral.

Clínicamente los pacientes presentan una caída brusca de la diuresis, aumento de la tensión en la zona operatoria, dolor importante, infiltración de la pared y en ocasiones salida de orina por la herida operatoria.

Sospechada la fístula se debe estudiar rápidamente para establecer su localización mediante urograma, cistografía o bien por gammagrafía.

Para resolver las fístulas ureterocutáneas hemos utilizado la técnica de Boari-Casatti y las plásticas pieloplélicas, ya sean directas o cruzadas.

En las fístulas pielocutáneas y vesicocutáneas realizamos el cierre simple, complementado con nefrostomía en las primeras y con cistostomía prolongada en las segundas.

La *obstrucción ureteral* puede producirse precozmente por edema en la zona de anastomosis ureterovesical o bien por mal implante. En uno de nuestros pacientes supusimos que se había dado esta circunstancia y rehicimos la plástica, pero en ésta y sobre todo en una posterior observación, encontramos como único obstáculo la presencia de coágulos bloqueando la luz ureteral. Puede suceder que al extraerlos, se reanude la diuresis y se supere la contingencia o bien que esta situación se repita. Es consenso de complicaciones del 21 %; todas fueron solucionadas quirúrgicamente salvo el caso de un paciente con una grave sepsis a punto de partida de una perforación ureteral que fallece por dehiscencia de la sutura vascular secundaria a la infección.