

COMPLICACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS EN TRASPLANTE RENAL

Dr. Tutor, O. R. - Dr. Montalvini, C. - Dr. Abate, C. - Dr. Piulats, E. - Dr. Roselló, S. - Dr. Mensio, E.

El 6/4/76 realizamos el primer trasplante renal (T.R.) con donante vivo, el mismo continúa funcionando en la actualidad. Desde esa fecha hemos recorrido un largo camino y nos enfrentamos a todas las complicaciones que eran de esperar según las publicaciones de otros centros.

Las complicaciones urológicas en los pacientes trasplantados son infrecuentes en la actualidad, pero cuando ocurren su pronóstico es grave. Por ello, el estudio de sus causas permite elaborar los métodos adecuados para evitarlas.

Se consideran como tales a las fistulas, ureterales, vesicales por dehiscencia de suturas o necrosis que son las de mayor dramática, las estenosis ureterales y de uretra y las hematurias francas.

El objeto del presente trabajo es hacer conocer cuáles fueron las nuestras en la totalidad de los T.R. efectuados hasta la fecha y que suman 55 en 52 pacientes, de los cuales donantes vivos (D.V.) fueron 31 y donantes cadavéricos (D.C.) 24; las edades extremas de los pacientes fueron 9 y 54 años (r: 31,7), de los cuales 15 eran de sexo femenino con edades entre 9 y 44 (r: 24,4) y 40 masculino con edades entre 13 y 54 (r: 34,4).

CUADRO I

Trasplantes efectuados en Mendoza desde 1976 a junio 1987

Número de pacientes	52
Número de trasplantes	55
Donante vivo	31
Donante cadavérico	24
Femeninos: 15; edades: 9-44 (r: 24,4)	
Masculinos: 40; edades: 13-54 (r: 34,4)	

(Hospital Central, Mendoza)

Se produjeron 6 complicaciones que se presentaron dentro de los primeros 8 pacientes de la serie (75 %) con una mortalidad de 12,5 % en el período comprendido entre 1976 y 1980.

Desde 1981 hasta la fecha de esta presentación sobre un total de 47 T.R. no hemos tenido ninguna otra complicación urológica.

Uno de los pacientes falleció en sepsis sin que en la reintervención se encontrara el origen de la fistula. El primer paciente de la serie presentó una necrosis del uréter que se solucionó con una anastomosis ureteropielica, no habiéndose dilucidado si fue causada por defecto en la técnica de la ablación del riñón o en anomalía vascular que pudiese haber presentado su irrigación. El segundo y tercer paciente presentaron fistulas en el implante ureterovesical, por lo que en el error técnico del cirujano está la explicación de las mismas. Un error de enfermería que pinzó la sonda vesical produjo una dehiscencia de la sutura

de la vejiga con su consiguiente extravasación urinaria, que se corrigió sin dificultad efectuando nueva sutura de la misma.

CUADRO II
Complicaciones urológicas (1976-1980)
Nº Tx: 8 - 75 %

Pte.	Edad	Sexo	Fecha	Complicaciones	Tratamiento
DONANTES VIVOS (N: 6) 83,33 %					
S. S.	48	M	6/4/76	Necrosis del uréter	Anastomosis ureteropielica
Z. M.	21	F	4/9/76	Fistula implante ureterovesical	Anastomosis ureterovesical
O. P.	29		21/10/76	Fistula implante ureterovesical	Anastomosis ureterovesical
O. N.	44	M	4/10/77	Fistula	Fallece - Sepsis
C. M.	45		15/7/80	Fistula vesical por pinzamiento sonda	Cierre de fistula
DONANTES CADAVERICOS (N: 2) 50 %					
M. G.	26	F	29/11/79	Hemorragia vesical por arteria uréter implantado	Electrocoagulación endoscópica

(Hospital Central, Mendoza).

Por último una grave hematuria se produjo por el sangrado de una pequeña arteria del uréter implantado en vejiga, que se corrigió con electrocoagulación endoscópica.

La técnica empleada en dicho período para la anastomosis ureterovesical fue la de Leadbetter Politano; actualmente utilizamos la extravésical tipo Gregoire Campos Freire, pero indudablemente los resultados comentados no pueden atribuirse a ventajas o desventajas de la misma, sino que, por el contrario, los factores que más influyeron en la aparición de las fistulas fue una mala técnica de ablación con disección excesiva del hileo renal y consecuente denudamiento vascular del uréter y posterior necrosis. Si bien estadísticas importantes asignan a la técnica que se utilizó en estos casos un porcentaje ligeramente superior de fistulas que la que se presentó con la extravésical, nuestra casuística no puede de ninguna manera adjudicar a ella la causa de las complicaciones presentadas.

Bibliografía

Sagalowsky, A. S.; Ranier, C. V.; Peters, P. C.; Olickerman, R. M.; Fallimas, P.; Helderman, A. H.; Hall, A. R., y Atkins, L.: "Urological complications in 505 renal transplants with early catheter removal". S. Urol., 129:929, 1983.

Belzer, F. O.; Glass, N., y Sollinger, H.: "Technical complications after renal transplantation in kidney transplantation", 2ª edición, 1984.

Salvatierra, D. Jr.; Olcott, C.; Amend, W. J.; Cochrum, C., y Feduska, M. J.: "Urological complications of renal transplantation can be prevented or controlled". J. Urol., 117:421, 1977.