

III. TRASPLANTE RENAL

RESULTADOS GLOBALES Y COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Dr. Fernando P. Cantón, Asistente.

Dr. Xavier Martin, Asistente, Jefe de Clínica.

Dr. Jean Louis Faure, Cirujano Asociado.

Dr. Albert Gelet, Jefe de Servicio Adjunto.

Prof. Dr. J. M. Dubernard, Profesor Titular y Jefe de Servicio.

Servicio de Urología y Cirugía de Trasplantes, Hospital Edouard Herriot. Universidad Claude Bernard, Lyon, Francia.

RESUMEN

Entre el año 1967 y el mes de marzo de 1986 se realizaron 1.079 trasplantes renales en nuestro servicio. La sobrevida del injerto varió según los períodos considerados: de 1967 a 1978 de 43 % y de 1978 a 1986 de 61 % a los 5 años.

El porcentaje de complicaciones urinarias fue de 8,7: fístulas urinarias, 5,9, y estenosis, 2,8.

El porcentaje de complicaciones vasculares fue de 7,4: estenosis arteriales, 6,21; trombosis de la arteria renal, 0,65, y trombosis venosas, 0,55.

La mejor preparación inmunológica, la introducción de la ciclosporina A y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas han contribuido a aumentar la sobrevida de los injertos.

SUMMARY

From January 1967 to March 1986, 1,079 renal transplantations were performed in our service. The results were the following: a 5 year graft survival was of 43 % from 1967 to 1978 and of 61 % from 1978 to 1986.

Urinary complications occurred in 8.7 %: 5.9 % of urinary fistula and 2.8 % of stenosis.

Vascular complications occurred in 7.4 %: 6.21 % of arterial stenosis, 0.65 % of renal artery thrombosis and 0.55 % of renal veins thrombosis.

The higher percentage of graft survival was due to a better immunologic preparation, the introduction of cyclosporine A and the improvement of surgical techniques.

INTRODUCCIÓN

Por sus resultados, por la calidad de vida que ofrece y por su interés económico, el trasplante renal es el tratamiento de elección de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

En la actualidad se han realizado más de 100.000 trasplantes renales en el mundo. En Francia se practican anualmente 950 trasplantes en 18 centros hospitalarios.

PACIENTES Y METODOS

Entre 1967 y marzo de 1986 se realizaron en nuestro servicio 1.079 trasplantes renales, además de 57 trasplantes renales asociados a un trasplante pancreático.

En esta serie 70 % de los enfermos eran de sexo masculino y 30 % de sexo femenino. La edad media fue de 31 años, variando entre 16 días y 62 años.

Dieciocho por ciento de los trasplantes se realizaron a partir de un riñón proveniente de un donante familiar, y el resto, o sea, 82 %, de pacientes en estado de muerte cerebral.

Previo al trasplante se realizó sistemáticamente una evaluación médica completa que permitió seleccionar los enfermos que no presentaban una contraindicación al trasplante y el diagnóstico de enfermedades que fueran susceptibles de ser corregidas antes del mismo.

A partir de 1978 todos los enfermos fueron preparados inmunológicamente con un programa de transfusiones.^(1,2) En algunos casos se utilizó el drenaje del canal torácico para deplecionar de linfocitos al enfermo.

El trasplante se realizó de preferencia en la fosa ilíaca derecha. Las anastomosis vasculares se hicieron en la arteria ilíaca externa cuando la arteria renal del donador se acompañaba de un collarite de aorta y sobre la arteria ilíaca interna cuando venía sin collarite. La vena renal se anastomosó casi siempre a la vena ilíaca externa.⁽³⁾

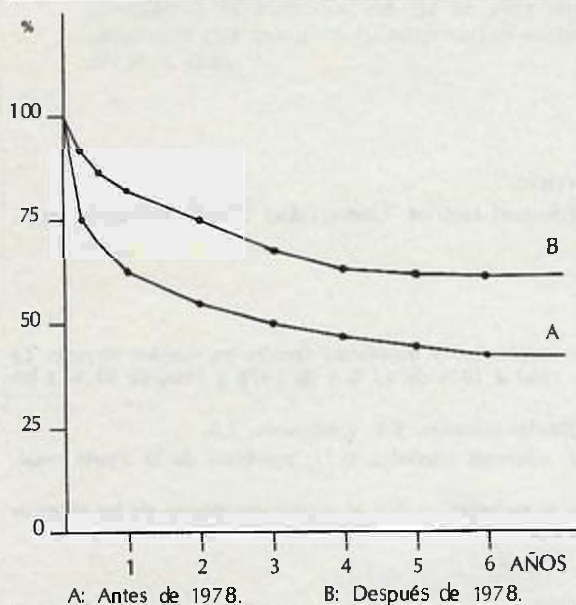
El tipo de derivación urinaria efectuada varió según los años. Entre 1967 y 1972 se utilizaron anastomosis pieloureterales y ureteroureterales. Entre 1972 y 1976 se realizaron anastomosis ureterovesicales tipo Leadbetter, o sea mixto endo y exovesicales. Finalmente, después de 1976 practicamos anastomosis ureterovesicales según la técnica de Gregoir modificada por De Campos Freire.⁽⁴⁾

RESULTADOS

Curva de sobrevida

La tasa media de sobrevida del injerto varió según los períodos considerados; de 1967 a 1978 la sobrevida del injerto a los 5 años fue de 43 %, mientras que de 1978 a 1986 aumentó a 61 %. El gráfico I presenta la curva de sobrevida actuarial global de injerto renal en los dos períodos considerados.

GRAFICO I
Curva de sobrevida global del injerto renal

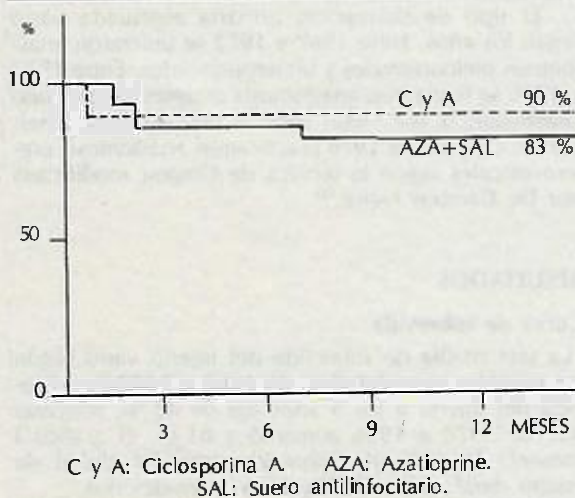


Se observa que el mejor índice de sobrevida se debió esencialmente a una mejor tolerancia del injerto durante los 3 primeros meses; a partir de allí, la evolución en las dos series es similar. Esta diferencia es atribuida en gran parte a los efectos benéficos de la preparación inmunológica de los receptores con transfusiones después de 1978.

En relación a las identidades HLA, la sobrevida del injerto renal es de 96 % a 4 años en los trasplantes HLA idénticos, de 92 % para los HLA semiidénticos y de 57 % para los riñones provenientes de enfermos en estado de muerte cerebral.

La sobrevida de los injertos varió ligeramente en función del tipo de inmunosupresión utilizada, como puede observarse en el gráfico II.

GRAFICO II
Curva de sobrevida de los injertos renales en función del tipo de inmunosupresión



C y A: Ciclosporina A. AZA: Azatioprina. SAL: Suero antilinfocitario.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Urológicas

Las complicaciones urológicas son de dos tipos: fístulas y estenosis. En la tabla I se puede observar la frecuencia de fístulas y estenosis en función de la técnica de derivación urinaria utilizada.

TABLA I
Complicaciones urológicas

Anastomosis ureteral	Número	Fistulas	Estenosis
U.U.-P.U. (1967-1972)	170	27* (16 %)	2 (1,2 %)
Paquin Leadbetter (1972-1976)	152	16** (10,5 %)	8 (5,3 %)
De Campos Freire Gregoir (1976-1986)	757	21*** (2,8 %)	20 (2,6 %)

U.U.: Ureteroureteral.

P.U.: Pieloureteral.

*: 7 operados

** : 13 operados

***: 16 operados

La fístula es la complicación más precoz. Su incidencia se ha reducido considerablemente luego de la utilización de la técnica de reimplantación uretero-vesical de Gregoir modificada por De Campos Freire.

La estenosis es una complicación tardía y afecta sobre todo las anastomosis ureterovesicales.

Vasculares

La más frecuente es la estenosis arterial (tabla II). Ella ha necesitado una corrección quirúrgica en 22 % de los casos (15/67).

TABLA II
Complicaciones vasculares

Complicación	Número	%
Estenosis arteriales	67 15 operados	6,21
Trombosis de la arteria renal	7	0,65
Trombosis venosas	6	0,55

Las trombosis arteriales y venosas son muy raras y frecuentemente responsables de la pérdida del injerto.

Otras

Linfoceles: Se producen luego de la sección de canales linfáticos ilíacos. Se manifiestan generalmente por una compresión de la vía excretora renal.

La punción evacuadora confirma el diagnóstico, además de producir una mejoría inmediata en la función renal, pero temporaria. El tratamiento es quirúrgico y consiste en realizar una ventana peritoneal en contacto con el linfocele para asegurar su drenaje. La ligadura minuciosa de los vasos linfáticos ha disminuido sensiblemente la frecuencia de esta complicación.

Hidrocele: Es una complicación que aparece luego de la ligadura del cordón espermático.

CONCLUSION

Estos resultados confirman el interés del trasplante en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

La mejor preparación inmunológica del receptor ha participado sensiblemente en la mejoría de la sobrevida del injerto, gracias a una mejor tolerancia. Un rol importante han jugado las transfusiones de sangre total.

BIBLIOGRAFIA

1. Opelz, G.: "Blood transfusions and renal transplantation", extraído de "Kidney transplantation: principles and practice", 2ª ed., Grune-Stratton, 323-333, 1984.
2. Opelz, G.: "Current relevance of the transfusion effect in renal transplantation", *Transplant. Proc.*, XVII, 1015-1021, 1985.
3. Simmonds, R. L., y col.: "Manual of vascular access organ donation and transplantation", Springer-Verlag, 103-143, 1984.
4. De Campos Freire, G., Jr., y col.: "Extravesical ureteral implantation in kidney transplantation", *Urology*, 3, 304, 1974.
5. Morris, P. J.: "Cyclosporine", extraído de "Kidney transplantation: principles and practice", 2ª ed. Grune-Stratton, 261-279, 1984.
6. Fiedmer, S. M.: "Cyclosporine: a new and promising immunosuppressive agent", extraído de "Urol. Clin. North Amer.", vol. 10, 263-276, mayo 1983.