

TRASPLANTECTOMIA VERSUS EMBOLIZACION

Ule O., Valido P., Guadalupe L., Martín J. M., Hdez I. y Rodríguez R. M.

Hospital Universitario de Canarias

INTRODUCCION

Tras la realización de 354 trasplantes renales en un periodo de 1-0 años, se han producido rechazos irreversibles del injerto, lo que supone una nueva inclusión de los portadores en el programa de diálisis.

En estos pacientes encontramos dos situaciones diferentes; pueden no tener problemas con el injerto, o por el contrario sufrir un Síndrome de Intolerancia al mismo tras la retirada de medicación inmunosupresora, caracterizado por:

- fiebre.
- aumento de tamaño del injerto.
- dolor.
- hematuria.
- malestar general.
- otros síntomas más leves.

Ante esta situación se ha realizado "Trasplantectomía" (extracción quirúrgica del riñón trasplantado) o "Embolización" de injerto, una nueva técnica menos traumática para el paciente.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es la descripción de la embolización y comparar las complicaciones presentadas en ambas técnicas.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

La embolización del injerto se ha realizado siguiendo los siguientes puntos:

- Desinfección zona inguinal.
- Anestesia local del paciente.
- Canalización de la arteria femoral para colocar un catéter con balón oclusivo en la porción media de la arteria renal.
- Insuflación del balón para evitar reflujo.
- Inyección de etanol en dosis de 0,1 ml/kg de peso.
- Transcurridos 2 minutos se desinfla el balón.
- Aspiración por el catéter del etanol residual y detritus, y lavado del mismo con salino heparinizado.
- Retirada del catéter.
- Colocación de apósito oclusivo.

MATERIAL Y METODO

La muestra estudiada está compuesta por 22 pacientes, en los que se realizó trasplantectomía en 11 casos y embolización en otros 11.

Entre los trasplantectomizados las edades tenían una media de 39,9 ± 9,9 años, siendo 9 hombres y 2 mujeres, y en los embolizados la edad media estaba en 31,8 ± 13,5 años. con 9 hombres y 2 mujeres.

Fueron incluidos en el estudio los pacientes que habían presentado rechazo crónico o agudo (vascular o celular) irreversible. Se diagnosticaron mediante biopsia renal, biopsia aspirativa (BAAF), y criterio médico. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas (urológicas o vasculares), rechazos hiperagudos, o infección concomitante.

Se compararon las complicaciones presentadas por los pacientes en ambas técnicas, observando además la aparición de signos y síntomas que denotaran alteraciones del bienestar psíquico de los mismos.

RESULTADOS (FIG. 1)

El grupo de pacientes trasplantectomizados presentó fiebre en el 72,73 % de los casos, frente a un 54,14 % de los embolizados. Dolor en el 63,4% de los casos, mientras que los sometidos a embolización lo hicieron en un 28,57 %. Asimismo se observaron en los pacientes con trasplantectomía otras complicaciones tales como HTA, hemorragias postquirúrgicas, abscesos, eventración, caída del Hto., hematoma, colección subcutánea, etc... en un 63,63 % de los casos, frente a un 42,85 % de los embolizados que presentaron aumento del tamaño del injerto, hematuria, epididimitis, etc.

En los trasplantectomizados se presentaron todas las complicaciones en el 27,27 % de los casos, mientras que en los embolizados lo hicieron en el 14,20 %.

Por tanto tenemos que no hubo ningún paciente sometido a nefrectomía del órgano trasplantado que no tuviese complicaciones, sin embargo el 27,3 % de los enfermos a los que se les embolizó el injerto no tuvo ninguna, y el 72,7 % presentó complicaciones menores. (Fig. 2). Tras un periodo de 6 - 61 meses de seguimiento de los embolizados no presentaron ninguna complicación tardía.

En cuanto a los aspectos psicológicos, en todos los pacientes se observó deterioro del estado anímico, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, ansiedad, etc... llegando incluso en algunos casos a la depresión, pero en general esto se hizo más notable en aquellos que tuvieron que someterse nuevamente a una intervención quirúrgica, con todo lo que ello conlleva (anestesia general, mayor tiempo de hospitalización, etc.). En ambos casos, el profesional de enfermería juega un importante papel de apoyo psicológico al paciente en todo momento.

CONCLUSIONES

La trasplantectomía quirúrgica es una técnica invasiva y de elevada morbilidad.

La embolización con alcohol absoluto es menos invasiva y cursa con mínimas complicaciones.

Es segura y efectiva, pudiendo considerarse como la primera alternativa terapéutica, en el S.J.I. que se presenta en riñones no funcionantes, tras la retirada de la inmunosupresión.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sinha S., Castro E.: Allograft Nephrectomy. Brit J. Uro 1976; 48: 413-417.
- 2) Matas A., Simmonds R., Buselmeier T., Najarian J., Kjellstrand C.: Lethal complication of bilateral nephrectomy and splenectomy in hemodialyzed patients. Am J. Surg 1975; 129: 616-620.
- 3) Yarimizu S., Susan L., Straffon R., Stewart B., Magnusson M., Nakamoto S.: Mortality and morbidity in pretransplant bilateral nephrectomy: analysis of 305 cases. Urology 1978; 12: 55-58.
- 4) Becker G., Holden R., Yune H, Klatte E.: Ablation With absolute ethanol. In: W. Castañeda-Zúñiga, M. Tadavarthi (Eds.): Interventional Radiology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988; 102-117.
- 5) Gutierrez Calzada J.L.: Cirugía del trasplante renal. Introducción al trasplante renal. 1990; 59-80.

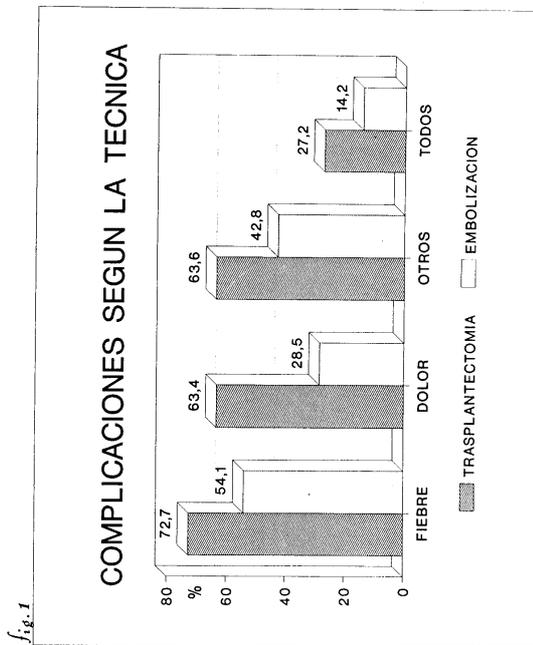


Fig. 2

COMPLICACIONES SEGUN LA TECNICA

