

SOLUCIÓN TÉCNICA EN EL RETRASPLANTE RENAL DE UN PACIENTE PORTADOR DE UN BY-PASS FEMORO-FEMORAL

F. FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.A. PUÑAL RODRÍGUEZ, M.A. BLANCO PARRA*,
F. RODRÍGUEZ SEGADE, R. ROMERO, E. VARO PÉREZ*

*Unidad de Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña. *Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña.*

PALABRAS CLAVE:

Trasplante renal. By-pass fémoro-femoral.

KEY WORDS:

Kidney transplantation. Femero-femoral by-pass.

Actas Urol Esp. 24 (7): 584-585, 2000

RESUMEN

El trasplante renal se ha convertido en la última década en una forma de tratamiento habitual para los pacientes con enfermedades renales terminales. Entre 1988 y 1998 la tasa de donantes por millón de habitantes ha aumentado espectacularmente en nuestro medio, ello implica que cada vez es posible ofrecer un trasplante renal a un número mayor de pacientes, de modo que las dificultades técnico-quirúrgicas con las que debemos enfrentarnos son cada vez más frecuentes, siendo preciso buscar e incorporar nuevos enfoques y modificaciones imaginativas de la técnica quirúrgica en beneficio de nuestros pacientes.

ABSTRACT

Over the last decade kidney transplantation has become a common therapeutic procedure for patients with end-stage renal diseases. Between 1988 and 1998 donors rate per million population has dramatically increased in our environment, thus providing us with more chances to offer kidney transplantation to a larger number of patients. The technico-surgical difficulties that have to be faced however, are increasingly frequent and require a search for new approaches and innovative changes to the usual surgical techniques for our patient's benefit.

El trasplante renal se ha convertido en la última década en una forma de tratamiento habitual para los pacientes con enfermedades renales terminales. En 1997, España registró un incremento en el número de donaciones alcanzando un total de 1.155 donantes¹. Esto comporta que cada vez se pueda ofrecer uno, dos y hasta un tercer trasplante renal a un mayor número de pacientes.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente sometida en 1994 a trasplante renal por glomerulonefritis

IgA. La paciente recibe un injerto en la región retroperitoneal derecha según la técnica habitual, el postoperatorio cursa de forma tormentosa y debe ser sometida a transplantectomía y ligadura de la arteria ilíaca externa por rotura de la anastomosis arterial debido a una sobreinfección por cándida. La circulación arterial de la extremidad inferior derecha se logra mediante un bypass cruzado fémoro-femoral (Fig. 1).

En 1998, la paciente recibe un segundo trasplante en la región retroperitoneal izquierda. Con el fin de evitar el clampaje de la arteria ilíaca

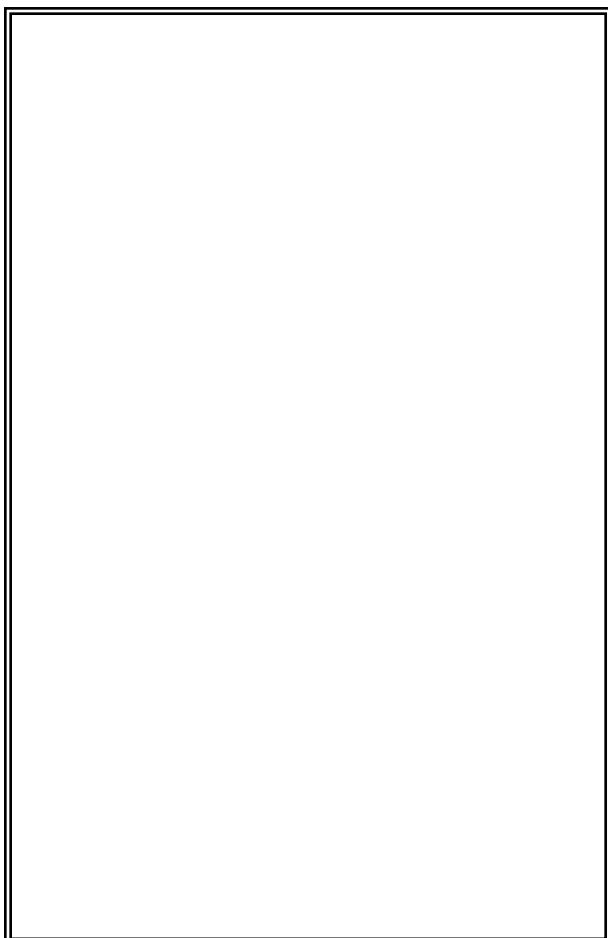


FIGURA 1. Clampaje de la arteria hipogástrica izquierda de modo que no disminuya el flujo del by-pass fémoro-femoral.

externa izquierda, con lo que se reduciría drásticamente el flujo del by-pass con el consiguiente riesgo de trombosis e isquemia de la extremidad inferior derecha² se decide disecar la arteria hipogástrica izquierda hasta la arteria glútea mayor, su primera colateral, con la que se construye un parche de Carrel de forma que se pueda obtener una anastomosis con el ostium de la arteria renal del injerto con el suficiente diámetro para no comprometer su flujo (Fig. 2).

El postoperatorio de la paciente presenta rechazo del injerto córtico resistente por lo que es preciso pasarla a protocolo de inmunosupresión con FK-506 Tacrolimus (Prograf, Fujisawa S.A. Madrid). El Eco-Doppler realizado a las tres semanas del trasplante muestra que existe un adecuado flujo arterial y venoso. La paciente es dada de alta a la 4^a semana con una función renal dentro de los rangos de normalidad.

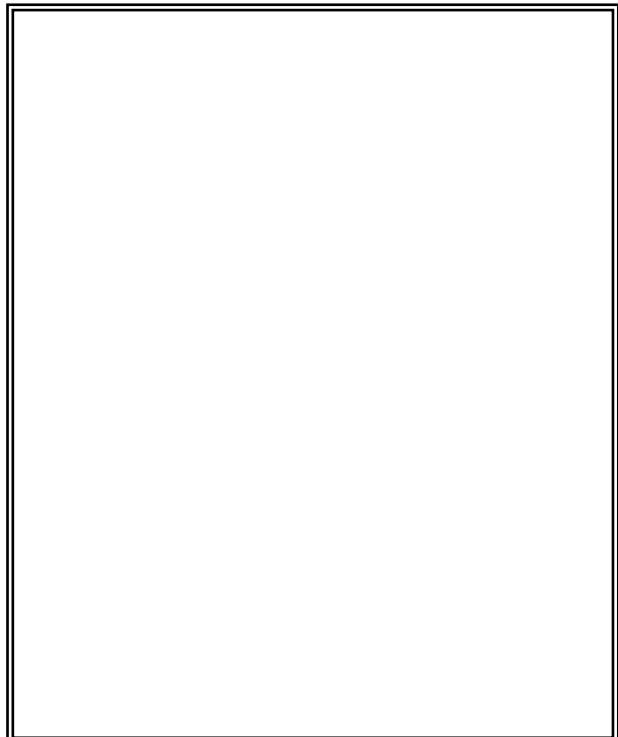


FIGURA 2. Anastomosis entre la arterial renal del injerto y la arteria hipogástrica ampliada su luz mediante parche de Carrel con la arteria glútea superior.

En 1997 en España se realizaron 1.861 trasplantes renales, en un contexto social donde la tendencia a la donación de órganos se ha incrementado espectacularmente en los últimos 10 años. Ello comporta que las dificultades técnico-quirúrgicas a las que debemos enfrentarnos son cada vez más numerosas y variadas, por lo que es preciso buscar e incorporar nuevos enfoques y modificaciones imaginativas de la técnica quirúrgica que se adapten a las dificultades de modo que puedan ser superadas.

REFERENCIAS

1. NAYA MT, MIRANDA B, FELIPE C, GONZÁLEZ I, CUENDE N, MATAIX R: Donación y trasplante hepático en España. Informe oficial de la Organización Nacional de Trasplantes. *Cir Esp* 1998; **64**: 353-364.
2. TALBOT-WRIGHT R, CARRETERO P: Complicaciones vasculares del trasplante renal. Talbot-Wright R, Carretero P. Manual de Cirugía del Trasplante Renal, Madrid. Editorial Médica Panamericana 1995; 147-168.

Dr. F. Fernández López

Unidad de Trasplante de Órganos abdominales
Hosp. Clínico Universitario. c/ A choupana, 4^a planta
15706-Santiago de Compostela (La Coruña)

(Trabajo recibido el 22 de Febrero 1999)