



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1471 - Rechazo del trasplante reno-pancreático

M.I. González Sánchez^a, F.J. Sanz García^b, Á. Magán Martín^c, C. Pérez Ortiz^b, I. Jara Calabuig^d, M. Sancho Ferrer^e, M. Bañó Cerdá^f, C. Pérez Tomás^g, S. Pérez Bernal^h y C. Pérez Moyaⁱ

^aAnestesia y Reanimación. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. ^cServicio de Radiología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. ^eMédico de Familia. Médico Residente de 4º año. Centro de Cocentaina. Alicante. ^fMédico de Familia. Centro de Salud de Ibi II. Alicante. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. ^hMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. ⁱServicio de Urgencias. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 52 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha, constante, punzante y sin irradiación, de aparición progresiva que había aumentando de intensidad durante 24 horas. No presentaba clínica digestiva ni se acompañaba de fiebre. Antecedentes de HTA, diagnosticado a los 19 años de DM tipo I con neuropatía diabética, episodio de diálisis durante 2 años (1997-1999) y no RAMc. Intervenido de trasplante de renopancreático en 2008 con extracción de apéndice y de retinopatía diabética. En tratamiento con corticoides, antihipertensivos, micofenolato, tacrolímús, rifaximina (con correctos niveles) y hierro, con buen cumplimiento terapéutico. El abdomen era blando, depresible, con defensa y doloroso a la palpación ligera en FID, movimiento peristálticos presentes. Analíticamente presentaba glucosa de 94 mg/dl, urea 57 mg/dl, creatinina 1,26 mg/dl (con creatinina basal de 1,4 mg/dl), Na 141 mmol/l, K 5,7 mmol/l, amilasa 138 U/l, lipasa 114 U/l, PCR 2,7 mg/dl, sin elevación de transaminasas. Leucocitos de 7,78 Hb 13,8 g/dl con correcta fórmula leucocitaria. Se realiza eco-doppler del injerto, no se observa flujo arterial, por lo que se deriva al hospital de referencia para tratamiento endovascular. Se intenta varias veces sin conseguir la recanalización, ya que el trombo ya estaba organizado y se desaconseja la fibrinólisis. Se deja ingresado para ver evolución, cede dolor con analgésicos y los parámetros analíticos se mantienen estables. Es dado de alta a los 4 días.

Exploración y pruebas complementarias: Eco-abdominal: no existencia de flujo arterial en injerto pancreático. Angio-TAC con reconstrucción: defecto de repleción por trombosis de la rama arterial del injerto pancreático a 5 mm de su origen en la porción anterolateral de arteria ilíaca externa derecha proximal con ausencia de vasos peripancreáticos. Presentando atrofia distal de cuerpo-cola y zona de necrosis en el cuerpo. Injerto renal en fosa ilíaca izquierda con adecuada captación parenquimatosa y permeabilidad vascular.

Juicio clínico: Rechazo del trasplante reno-pancreático.

Diagnóstico diferencial: Dolores en fosa iliaca derecha. Apendicitis: en nuestro caso el paciente no tenía. Problemas de íleon terminal: tiflitis, enfermedad de Crohn... Si hubiera sido mujer, problemas ováricos (torsiones ováricas, embarazos ectópicos...). Adenitis. Problemas urológicos: pielonefritis aguda. Problemas

urinarios. Infecciones, litiasis... Causas osteomusculares: hematoma psoas. Funcional. Problemas vasculares.

Comentario final: Desde que se hiciera el primer trasplante de páncreas en la Universidad de Minnessotta en 1966, se han realizado más de 10.000 trasplantes pancreato-renales. El trasplante combinado reno-pancreático es el tratamiento de elección en pacientes diabéticos de larga evolución que sufren IRC terminal. Deben estar libres de patología vascular severa y tener una edad inferior a 50 años. Se diagnostican mediante biopsia pancreática, pero presentan entre un 3 y un 15% de diagnósticos inciertos. La información que aporta el eco-doppler o la TAC, son con frecuencia inespecíficas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cao Avellaneda E, López López AI, Maluff Torres A, López Cubillana P, Rigabert Montiel M, Gimeno L. Trasplante combinado reno-pancreático. Imágenes en Urología. Actas Urol Esp. 2005;29(7).
2. Guitián Pena A, Alonso Hernández Á. Rechazo agudo en el injerto pancreático Cartas Al Director. Nefrología (Madr.). 2010;30(3).