

11246
2ej 5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
" LA RAZA "**

**COMPLICACIONES UROLOGICAS EN
TRANSPLANTE RENAL**

TESIS DE POST-GRADO

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN
U R O L O G I A**

P R E S E N T A :

DR. GIORDANO BRUNO ESPINOSA CHAVEZ



MEXICO, D. F.

1989

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS Y TRATAMIENTO	7
SOBREVIDA	12
MORTALIDAD	13
DISCUSION	14
MEDIDAS PREVENTIVAS A FUTURO	17
CUADROS	19
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUCCION

El objeto primordial de éste trabajo es dar a conocer la experiencia obtenida en el programa de Transplante Renal en el transcurso de 10 años, que a partir de entonces se inició dicho programa en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano - del Seguro Social.

Hacemos énfasis especial a lo que se refiere a Complicaciones Urológicas, así como su frecuencia, número, tipo, más frecuente, su Diagnóstico Clínico, y Tratamiento, para el final publicar resultados obtenidos y Sobrevida promedio.

Mucho es lo que ha recorrido la humanidad en lo que se refiere a materia de Transplantes de Organos, si nos remontáramos al siglo XVIII cuando se realizaron los primeros - estudios acerca de transplantes de tejidos, y pasando al siglo actual a sus inicios, donde el ilustre Dr. Carrell aportó grandes conocimientos en lo que se refiere a Técnicas de Anastomosis vasculares, que en la actualidad aún se llevan acabo, y mismas que le sirvieron para ser premiado en 1912 con el Premio Nobel. Así en el transcurso del tiempo se llegó hasta el año de 1947 donde fué posible de manera exitosa realizar el primer Transplante Renal en humano, por el grupo de médicos de la Universidad de Harvard.

Fué a partir que desde entonces en muchos centros del mundo iniciaron programas de Transplante Renal. En nuestro país no fué hasta el año de 1963 donde se efectuó de manera exitosa el primer Transplante Renal, En el Hospital General del Centro Médico Nacional. Este evento además fué el primero en latinoamérica.

En nuestro Hospital se inició dicho Programa de Transplante Renal hasta el año de 1979 mediante el programa de Donador Cadáver o Donador no emparentado, al siguiente año 1980 se inició el Programa de Transplante Renal de Donador - Vivo relacionado. A partir de entonces se lleva a cabo año con año y hasta la actualidad, en que hemos llegado a la etapa de consolidación, en la que en los últimos 3 años rebasamos ligeramente el 50% de los Transplantes efectuados en dicho programa, como mencioné en el año de 1979.

En dicho Programa, como los demás Centros Hospitalarios del mundo, está formado por un Comité Multidisciplinario integrado por Especialistas médicos que cada uno entrenado en su ramo, aporta los conocimientos necesarios que así lo requieren, para llevar a cabo la finalidad que se persigue - en éste caso: el de implantar el injerto Renal en el Receptor.

Tales Especialistas médicos a saber son: Nefrólogo, Cirujano Vascular, Inmunólogo y Urólogo, que forman parte del comité para seleccionar el candidato idóneo en particular.

Uno de los logros de la Medicina actual es los conocimientos acerca de Compatibilidad de los tejidos y gracias a -- ello se han descubierto nuevas drogas que impiden la formación de anticuerpos, y así han ayudado grandemente a la sobrellevancia que actualmente se logra.

Respecto a lo relacionado con el aspecto inmunológico y de más especialidades ajenas al área quirúrgicas, no es el propósito de ésta publicación y será motivo de otro trabajo.

Como lo dije anteriormente el propósito de este trabajo - es proporcionar la experiencia, y esta disciplina solamente se ha logrado en el transcurso de estos 10 años que lleva nuestro Programa de Transplante Renal. En donde gracias a la ardua tarea de los iniciadores y del esfuerzo - de sus seguidores, hemos cultivado esta disciplina de trabajo, y así en ocasiones con fracasos, en otras con éxitos, hemos logrado los resultados actuales, que nos demuestran que todavía nos queda buena parte del camino por recorrer.

El procedimiento de Transplante Renal ha llegado a ser, -- junto con los procedimientos dialíticos, a saber: Dialísis Peritoneal con sus diferentes programas y Hemodiálisis, a guiar al enfermo con Insuficiencia Renal terminal a reincorporarse a la vida diaria normal, como la de los demás miembros de la Sociedad. Pero es definitivo y absoluto - que el Transplante Renal tiene ventajas sobre los demás tratamientos conocidos. Ya que el enfermo Renal posterior al implante de su injerto llega a reintegrarse a la sociedad productiva. Además aunado a lo antes descrito lo relacionado a lo económico, resulta menor gasto obtener el beneficio del Transplante Renal.

Primeramente describiremos que es un estudio retrospectivo, de los primeros 100 casos de Transplante Renal en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, posteriormente continuaremos con la descripción de material y métodos, y de la forma en que se obtuvieron los datos, resultados, Sobre vida, Conclusiones, Discusión, para por último mencionar - medidas preventivas a futuro.

MATERIAL Y METODOS

Entre el período comprendido de Octubre de 1979 a Junio de 1988, se realizaron los primeros cien Transplantes de Riñón, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico-Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se inició el Programa de Transplante Renal mediante dos variantes a saber: 1) Donador de Cadáver o No Relacionado y 2) Donador Vivo Relacionado o Emparentado, de los cuales correspondieron 7 y 93 casos respectivamente. Siendo 59 pacientes del sexo Masculino y 41 pacientes para el sexo Femenino. Con edades que oscilan entre los 9 años y los 48 años de edad, que corresponden a los pacientes de menor edad y de mayor edad respectivamente, y como promedio 27 años de edad, que nos indica la etapa reproductiva de la vida.

Teniendo bién en cuenta que todos ellos invariablemente con Insuficiencia Renal Terminal debido a : 73 con Glomerulonefritis crónica, 13 con Pielonefritis crónica, 9 con Nefropatía de comportamiento Túbulo-intersticial, 4 con Nefropatía por Inmunoglobulina A o también llamada Enfermedad de Berger, y 1 con Púrpura de Henoch Schoenlein.

Posterior de seleccionar al candidato idóneo para Donador Renal, según estudios de Histocompatibilidad, según se tratase de Donador Vivo o de Donador de Cadáver, siendo en este caso el primer programa (Donador Vivo), se llevó a cabo de manera electiva la Nefrectomía en el Donador, teniendo por costumbre en nuestra escuela el abordaje en el Flanco a través de Lumbotomía con resección de la costilla Duodé-

cima, una variante de la técnica descrita por el Dr. Nagama tsu. La disección hecha bajo forma roma y cortante al estar trabajando muy cercanamente a las estructuras renales, además de conservar de forma cónica la grasa hiliar y el tejido adiposo periureteral, todo esto con el fin de preservar todo el aporte sanguíneo al injerto renal, posteriormente se lleva a cabo el llamado tiempo de Isquemia - fría en donde el riñón es perfundido através de la arteria o arterias renales con una solución especial hipotérmica. Para por último efectuar la Ureteroneocistostomía.

Cabe mencionar que en 93 pacientes se efectuó Ureteroneocistostomía tipo Politano-Leadbetter, 5 con Reimplante directo o sea sin túnel submucoso, 1 con colgajo Vesical tipo Boari, y 1 con Técnica de Paquin. Realizando por último paso el cierre minucioso vesical en 3 planos, y colocando catéter uretral como promedio de 10 días, siendo 4 y 21 días de menor y mayor permanencia respectivamente. En 91 pacientes se utilizó sonda de material de látex y en el resto de los 9 pacientes con material de Silastic.

Posterior a la intervención quirúrgica el enfermo es trasladado a la Unidad de Transplante Renal, donde se vigilará su estado postoperatorio. Anteriormente era conducta en esta unidad, trasladar al enfermo posterior a su egreso de la sala de quirófano, hacia el servicio de Medicina Nuclear y Radiología, con el fin de realizar en él, Gammagrama Renal y Ultrasonografía, para determinar la viabilidad del injerto renal. Dentro de sus primeras horas de postoperatorio, se solicitan pruebas de laboratorio: Creatinina sérica, Glucosa, Nitrógeno de la urea, Electrolitos, como también en Electrocardiograma.

Ya en la Unidad de Transplante Renal, el paciente deberá estar en vigilancia estrecha, cuantificando gasto urinario por hora, condiciones de la herida, Presión Arterial, Trazo del EKG, y determinación sérica seriada de azoados. Todo esto - con el fin de detectar Complicaciones Urológicas tempranas, ya que cualquier incremento en el valor sérico de Creatinina o disminución considerable del gasto urinario, dolor persistente a nivel del sitio de injerto y falta de gasto o --- disfunción del catéter uretral, nos hace pensar de inmediato en complicación Urológica y habrá que someter al enfermo a estudio Gammagráfico y Ultrasonográfico, para detectar o descartar ello.

Lo anteriormente descrito es solamente válido en la Nefrectomía del donador Vivo, ya que en la del donador de Cadáver es diferente, debido a que el tipo de abordaje es otro, la obtención del injerto, Compatibilidad, y sistemas de preservación Renal son muy diferentes, puesto que se requiere de - que el paciente donante conserve perfusión en su economía y de no ser así inciarla antes de la obtención del injerto de una manera especial..

Ahora bién todo los datos registrados en ésta presente publicación, fueron obtenidos, investigados, directamente en - los expedientes clínicos, y con ayuda del Departamento de - Nefrología y una bastante sabia ayuda por el personal de enfermería de ésa Unidad, en especial a la Srta. Odalia. Y - mención especial requiere del grupo de médicos encabezados por el Dr. Alejandro Pérez, Jefe de la Unidad de Transplante Renal en HE CMR IMSS, y el Dr. Héctor Saldaña.

Por lo tanto iniciaremos a proporcionar resultados, y tipos de Tratamiento.

RESULTADOS

Del análisis de los primeros 100 Transplantes Renales efectuados en la Unidad de Transplante Renal del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" IMSS, Se presentaron 28 Complicaciones Urológicas, las cuales se incluyen las siguientes: Fístula Ureteral (Tercio inferior), Linfocèle, Fístula Vesical, Hematoma Perirenal, Estenosis de Uretra, Estenosis de la Unión Uretero-Vesical, Infección de Herida Qx, Litiasis Vesical, Litiasis Ureteral, y por último Hernia Post-incisional.

FISTULA URETERAL: Fué la complicación más frecuente representando el 6%, además fué una de las más serias complicaciones no sólo por su diagnóstico, sino por la decisión en el manejo de la misma. Dentro del tipo de manejo a cada paciente en particular lo describiremos en detalle a continuación: Los casos 18 y 57 presentaron evidencia de fístula entre 2° y 5° día de post-operatorio al Transplante respectivamente, diagnosticando cada uno de ellos por estudio radiológico. Ambos pacientes fueron reintervenidos efectuando nueva Ureteroneocistostomía, con creación de túnel submucoso en ambos, evolucionando en el PO satisfactoriamente, y sobrevivió del Injerto Renal.

El caso 48 merece mención especial debido a que presentó al 2° día del Transplante Renal evidencia de Fístula y realizando nueva Ureteroneocistostomía sin creación de túnel submucoso, al 4° día de reintervenido presentó nuevamente fístula y fue manejado conservadoramente con colocación de férula Ureteral mediante catéter Ureteral, cerrando espontáneamente y salvando el injerto Renal.

El caso 37 presentó fistula Ureteral al 4° día del Transplante Renal, hubo necesidad de reintervirlo, encontrando en el transoperatorio necrosis total del tercio inferior y medio Ureteral y efectuando Plastia Pielo-Ureteral usando el Uréter nativo, evolucionando en el PO satisfactoriamente con salvamento de injerto.

El caso 53 con evidencia de fistula Ureteral al 5° día posterior al Transplante Renal y corroborando el diagnóstico con estudio Gammagráfico, fué reintervenido efectuando en él Plastia Ureteral con colgajo Vesical con técnica de Boari, también con sobrevida del injerto, y preservación de la función Renal.

El caso 94 presentó evidencia de fistula a los 3 meses posterior al Transplante, encontrando en el transoperatorio necrosis de un segmento ureteral y realizando Plastia Ureteral -- Termino-terminal, evolucionando bien, con buena función Renal e injerto viable.

Debo mencionar que ésta complicación se presentó en un intervalo de tiempo de 2 días hasta 3 meses posterior al Transplante, todas debido invariablemente a necrosis del Uréter distal por isquemia. Además posterior a la reintervención Qx todos conservaron función renal normal y sobrevida del Injerto Renal.

LINFOCELE: Aquí dentro de éste estudio la consideramos complicación Urológica, porque en casi todas las ocasiones ésta colección de Linfa llega ser tan grande que produce repercusión Urodinámica causando muchas compresión extrínseca en el Uréter o Vejiga. Lo encontramos en el 5% de los pacientes con

Transplante Renal, y su causa es bien sabido es a falta de - hemostasia completa en los vasos linfáticos , al preparar el lecho vascular a nivel de los vasos Iliacos. En los casos 24 y 58 se practicó drenaje abierto del linfocele teniendo - en ambos casos accidente transoperatorio al lesionar el Uréter, con sección completa y reparándolo en el mismo acto mediante plastia Urteral Terminal-terminal. Evolucionando en el postoperatorio satisfactoriamente con buena función renal y salvamento del injerto.

Los casos 29, 83 y 97 se intervinieron quirúrgicamente con - drenaje abierto y colocación de drenaje en el postoperatorio y su retiro hasta que el gasto cesara por completo, obteniendo buena respuesta en todos ellos, con salvamento del injerto Renal y restauración de la función Renal a lo normal.

Todos los casos de linfocele se presentaron entre 1 mes hasta 3 años posterior al Transplante, diagnosticados clínicamente y por Ultrasonido.

FISTULA VESICAL: Esta complicación se presentó en el 4% de - los casos, con un intervalo de tiempo, que va desde 4 días - hasta 4 años posterior al Transplante. Este último caso(23) no lo podemos explicar claramente, ya que es sumamente tardío, pero lo podemos relacionar con el uso prolongado de droga inmunosupresoras. Los casos 67, 68, y 73 se presentaron 3 y 21 días posteriores al Trasplante, con evidencia clínica de gasto de orina através de la herida Qx. Todos los 4 ca sos cesaron el gasto de orina por tratamiento conservador de sonda de Foley a permanencia transuretral, de acuerdo al gasto de orina , se retiraba la sonda y como promedio de 30 días de permanencia. En ningún caso fué tributario a Cirugía.

HEMATOMA PERIRRENAL: Se presentó en el 3% de los casos, con signos clínicos de dolor a nivel del Injerto Renal, anemia y en el caso 26 co. sangrado persistente através de la herida Quirúrgica. En éste caso que hice mención en párrafos anteriores, caso 26, se practicó exploración Quirúrgica, encontrando pequeña decapsulación renal y sangrado leve que ameritó hemostasia mediante puntos de sutura y drenaje de hematoma.

El caso 55 también se practicó drenaje a cielo abierto encontrando hematoma secundariamente infectado, efectuando drenaje del mismo y cubriendo al enfermo con antibiótico de acuerdo a sensibilidad en el Antibiograma y cultivo de secreción.

Por último el caso 19 con dolor persistente en el sitio del implante Renal y dato positivo de colección Perirrenal en el US, fué drenado a cielo abierto sin complicaciones. Los 3 casos tuvieron un intervalo de tiempo posterior al Transplante de 3 a 24 días. Posterior a la intervención y corrección Qx se logró supervivencia del injerto en todos los casos.

ESTENOSIS DE URETRA: Estuvo presente en el 3% de los pacientes transplantados y su manejo ha consistido en dilataciones uretrales periódicas, con buena respuesta. El caso 89 -- presentó estenosis de uretra, posterior a reintervención de Ureteroneocistostomía por estenosis de la Unión Uretero-vesical y se ha manejado con dilataciones periódicas.

El caso 50 presentó Estenosis uretral del meato uretral externo, la cual se manejó con Meatoplastia. El último caso -- número 59 con estenosis a nivel de la unión peno-escrotal se ha manejado también a base de dilataciones periódicas.

ESTENOSIS DE LA UNION URETERO-VESICAL: Solamente la observamos en el 2% de éstos primeros 100 casos. y que merecen mención especial y que describiremos más adelante. El intervalo de tiempo en que se presentó posterior al transplante renal fué entre 10 y 14 meses respectivamente.

El caso 89 mencionado anteriormente por presentar Esteno--sis Uretral, inició con incremento en el valor sérico de - Creatinina y mediante Urografía Excretora y Pielografía se detectó dicha anomalía. Se exploró al paciente encon---trando y realizando Ureteroneocistostomía con técnica de - Politano-Leadbetter. Actualmente el paciente tiene buena - función renal.

El caso 32 presentó datos progresivos de Insuficiencia Re--nal crónica, con tratamiento sustitutivo a base de diálisis y fina.mente falleció.

INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA: Se presentó en el 2% .Que se manejaron en forma diferente ambas. El caso 37 hubo ne--cesidad de practicar apertura y drenaje de la herida, para manejarse a base de curaciones. El caso 80 solamente se manejó a base de curaciones diarias, ambas evolucionando hasta la cicatrización completa.

LITIASIS VESICAL: Se presentó en solamente 1 caso que re--presenta también el 1%, se diagnosticó a los 5 años poste--rior al Transplante Renal, su manejo fué mediante Litotrip--sia, evolucionando satisfactoriamente.

HERNIA POSTINCISIONAL: La observamos también en sólo 1 ca--so, a los 7 meses después al Transplante y se corrigió el--defecto de la pared con plasia de la misma.

LITIASIS URETERAL: Esta complicación en el 1% de los casos, se presentó a los 13 meses posterior al trasplante Renal--- con datos de incremento sérico de creatinina, que mediante Pielografía ascendente se demostró un defecto de llenado a nivel del tercio medio Urteral, se corrigió mediante Ureterolititomía, preservando la función Renal.

En páginas posteriores se presentarán cuadros ilustrativos de cada caso en particular, tipo de tratamiento y destino de la función Renal, posterior a la corrección. En el siguiente apartado describiremos Sobrevida.

SOBREVIDA

La Sobrevida Global en el Programa de Trasplante de Donador vivo fué de 78.5%. En cambio la de Donador de Cadáver fué de 0 %. Pero es de mencionarse que un paciente que se transplantó de Cadáver en 1983 vivió con función Renal normal por espacio de 3 años hasta que falleció de Septicemia.

La Sobrevida por períodos de 1979-1983 en Trasplante de Donador Vivo relacionado fué de 48.15% Global. En Trasplante de Donador de Cadáver fué de 0% Global.

En el período 1983-1988 para programa de Donador Vivo fué de 89.4% y para programa de Donador de Cadáver fué de 50 %.

Con éstas cifras nos indican que año con año se ha ido mejorando y depurando la técnica, por lo que hemos avanzado, pero éstas cifras no son muy alentadoras, con respecto al Donador de Cadáver, Las estadísticas con respecto al donador Vivo, van de acorde a la Literatura mundial.

En cuanto a sobrevida del injerto Renal, posterior a la corrección quirúrgica, en pacientes complicados, todos conservaron el Injerto Renal y mejorando considerablemente la función renal. En lo que se refiere a la sobrevida del Inj. Re-

nal en programa de donador de cadáver, cabe mencionar que - solamente dos injertos renales se perdieron inmediatamente al implantarlos, habiendo necesidad de retirandolos en el - acto, ambas causas fueron ,Trombosis y necrosis del injerto.

MORTALIDAD

Las causas de muerte se enumeraran en una lista ,que se publicará en páginas siguientes.

DISCUSION

Dentro de diferentes reportes en la literatura mundial con respecto a complicaciones Urológicas se refiere van en un rango de 2 al 28% , por lo tanto nuestro porcentaje en los primeros 100 casos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" IMSS es de 30%, con un límite mayor , pero nosotros consideramos aquí en éste estudio cómo complicación Urológica a sabiendas que no la es, pero por razones que describí en ése capítulo, la enlistamos como tal, que en realidad sería complicación de origen vascular.

Además incluimos también Hernia post-incisional, Litiasis Ureteral y Vesical en 1 caso, por lo que si las restáramos equivaldría hacia un 20%.

La complicación más delicada y sería fué la Fistula Ureteral en el 6%, debido invariablemente todas ellas a necrosis del tercio distal Ureteral, por falta de aporte sanguíneo - es ésa estructura, que es consecuencia de una deficiente disección y falta de conservación de la grasa periureteral.

Ahora la Fistula Vesical la observamos en 4% , es de llamar la atención que un caso lo observamos 4 meses posterior al trasplante Renal, es decir complicación tardía, que no tenemos explicación para ello, pero creemos que puede estar relacionado con la terapia inmunosupresora de inicio con dosis elevadas, las otras invariablemente a defecto en el cierre Vesical . Es por éso que deberá efectuarse el cierre vesical en 3 planos, a saber individualmente ;mucosa. muscular, y por último adventicia, con drenaje y desfuncionalización vesical por medio de Foley Transuretral por 7 días cómo promedio y estrecha vigilancia en el post-operatorio del drenaje de la misma.

El linfocèle dentro del 5% de complicaciones es elevado, lo que nos lleva a pensar, que debemos tener cuidado en la hemostasia a nivel del lecho vascular de los vasos ilíacos para ligar adecuadamente éstos.

El Hematoma Perirrenal en el 3%, pensamos que se debe a la falta de disección cuidadosa en el tejido periférico a la cápsula renal y falta de manipulación cuidadosa del injerto en la obtención del mismo.

La estenosis Uretral la observamos en el 3%, lo que podríamos justificarlo a: en el mayor número de nuestros pacientes usamos sonda transuretral de Foley de material de látex, pues este tipo de sonda desencadena mayor respuesta inflamatoria de cuerpo extraño, y segundo, a nuestros pacientes les fijamos la sonda de foley a nivel de la cara anterior del muslo lo que trae por consecuencia, la no rectificación de la unión peno-escrotal de la uretra, produciendo isquemia a éste nivel y la consecuente estenosis de uretra, por lo que en el postoperatorio debemos de mantenerla fija a nivel de la cara anterior de la pared abdominal, para modificar la curvatura descrita anteriormente y prevenir la complicación.

Estenosis de la Unión Uretero-vesical en el 2% de los casos que está dentro de la literatura mundial y acorde a los centros de mayor experiencia en el mundo como los de la Universidad de California en San Francisco por Salvatierra, que reporta el 1.6% en 250 casos, creo que debemos considerar esto en el siguiente capítulo, que mencionaremos medidas preventivas a futuro.

El resto de las complicaciones, aunque del sí no son meramente Urológicas, las consideraremos aquí.

Ambos casos de litiasis tanto vesical, como ureteral, r.o -- son meramente Urológicas y sobre todo a consecuencia del-- Transplante Renal, debido a que estos casos de Litiasis - circunstanciales.

Debo hacer mención que la infección urinaria no la consideramos como complicación Urológica, porque ningún paciente - presentó evidencia de cultivo de orina positivo durante su estancia hospitalaria posterior al Transplante, hubo 5 casos de infección urinaria pero la presentaron posterior a su egreso del hospital y no las consideramos como mera complicación Urológica.

MEDIDAS PREVENTIVAS A FUTURO

Dentro de éste capítulo mencionaremos medidas que deberán tomarse en cuenta, sobre todo en la Nefrectomía del Donador que aunque parezcan inocentes, si las ponemos en juego y tenerlas en mente disminuirán bastante el número de complicaciones Urológicas.

Primeramente quiero hacer mención que nunca hay que justificar el incremento sérico de creatinina a un episodio de rechazo, siempre considerarlo como complicación Urológica hasta no demostrar lo contrario.

Además el reconocimiento temprano y diagnóstico oportuno de las mismas, exponiendo al enfermo de inmediato a estudio radiológico, Ultrasonográfico y de radionúclidos en medicina nuclear, éstos últimos tienen la ventaja de exponer al enfermo a pesar de un considerable aumento de creatinina sérica, sin producir en el paciente deterioro renal.

Dentro de la obtención del injerto renal diremos que es conveniente practicar, dentro de la Nefrectomía del Donador, conservar por completo la cápsula renal intacta, realizar la disección de las estructuras de tal forma que obtener el injerto Renal, con tejido graso hilar de forma cónica, además de conservar tejido graso peri-ureteral, y así mantener el aporte sanguíneo.

En la Ureteroneocistostomía hay que considerar varios puntos: 1) La técnica de manipulación ureteral deberá ser mínima, para conservar dentro de la capa adventicia de éste todos los vasos sanguíneos, para no producir isquemia. 2) El túnel submucoso y el hiato muscular deberán ser acomodados confortablemente a fin de no obtener obstrucción por adema 3) Asegurarse que la Ureteroneocistostomía es hecha sin tensión, inclusive con un poco de redundancia del uréter. 4) Só

lo 4 puntos de sutura debe.án incluirse para fija. el meato Ureteral, con el fin de no causar isquemia en el Uréter distal. 5) La confirmación de buena funcionalidad de la Ureteral , deberá confirmarse mediante el paso de un catéter Ureteral hacia la pelvis Renal, cual pasará gentilmente y libre de obstrucción.

Por último dentro del cierre vesical,deberá practicarse mediante 3 planos, no colocar drenaje en el espacio de Retzius y mantener por espacio de 7 días desfuncionalizada la Vejiga, con foley transuretral.

Por último quiero agregar , que es de primordial interés el considerar a la Ciencia del Transplante como un todo, y que no exista un grupo multidisciplinario, ya que esto nos llevaría a conocer ampliamente esta disciplina.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL

TRANSPLANTES RENALES POR AÑO

<u>AÑO</u>	<u>*TDC</u>	<u>**TDV</u>
1979	2	-
1980	1	3
1981	-	8
1982	-	10
1983	2	6
1984	-	9
1985	-	16
1986	-	11
1987	2	19
1988	-	*** 11

* Transplante Donador Cadáver

** Transplante Donador Vivo

*** Junio de 1988

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL

TIPO DE INJERTO

DONADOR VIVO

RELACIONADO ----- 93

DONADOR DE

CADAVER ----- 7

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
 CAUSAS DE INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

CAUSAS	No. DE PACIENTES
GLOMERULONEFRITIS CRONICA	73
PIELONEFRITIS CRONICA	13
NEFROPATIA TUBULO INTERSTICIAL	9
NEFROPATIA POR IG A	4
PURPURA DE HENOCH SHOENLEIN	1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
 PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	No. DE PACIENTES
9-15	4
16-20	21
21-25	25
26-30	18
31-35	13
36-40	10
41-45	4
46-50	5
TOTAL	100

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
DISTRIBUCION DE SEXO EN RECEPTORES

MASCULINO -----59

FEMENINO -----41

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
LADO DEL INJERTO RENAL DONADO

RIÑON IZQUIERDO ----- 79

RINON DERECHO ----- 21

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
 TIPO DE REIMPLANTE URETERAL

POLITANO-LEADBETTER (modificada)	-----	93
DIRECTO (sin túnel submucoso)	-----	5
PAQUIN	-----	1
BOARI	-----	1
	TOTAL	100

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL

DURACION DEL CATETER URETRAL		
MAXIMA	-----	38 días.
MINIMA	-----	4 días.
PROMEDIO	-----	10 días.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
MATERIAL DEL CATETER URETRAL

LATEX	-----	91
SILASTIC	-----	9
TOTAL		100

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

MAXIMA	-----	64 días
MINIMA	-----	9 días.
PROMEDIO	-----	23 días.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

TRANSPLANTE RENAL

COMPLICACIONES UROLOGICAS

FISTULA URETERAL	6
LINFOCELE	5
FISTULA VESICAL	4
ESTENOSIS URETRAL	3
HEMATOMA PERIRRENAL	3
ESTENOSIS DE LA U.U.V.	2
INFECCION DE HERIDA Qx.	2
LITIASIS URETERAL	1
LITIASIS VESICAL	1
HERNIA POSTINCISIONAL	1
TOTAL	28

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

TRANSPLANTE RENAL

CAUSAS DE MUERTE EN RECEPTOR DE DONADOR VIVO

I.R.C	8
SEPTICEMIA	4
HEMORRAGIA CEREBRAL	2
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	1
I.R.A.	1
NOCARDIOSIS PULMONAR	1
INSUFICIENCIA HEPATICA	1
TAMPONADE	1
CHOQUE HIPOVOLEMICO	1
EMBOLIA PULMONAR	1
BLOQUEO A-V G.III	1
TOTAL	22

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
 DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
 TRANSPLANTE RENAL

No. DE CASO, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, Y RESULTADO			
CASO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	INJERTO RENAL
18	Fístula Ureteral	Ureteroneocistostomía	Salvado
37	Fístula Ureteral	Pielo-Ureterostomía del injerto al nativo	Salvado
48	Fístula Ureteral	*Ureteroneocistostomía	Salvado
53	Fístula Ureteral	Reimplante Tec. Boari	Salvado
57	Fístula Ureteral	Ureteroneocistostomía	Salvado
94	Fístula Ureteral	Uretero-ureterostomía/T	Salvado

*Recidivó la Fístula Ureteral, que cedió con ferulización reteral.

CASO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	INJERTO RENAL
24	Linfocele	*Drenaje abierto	Salvado
29	Linfocele	Drenaje abierto	Salvado
58	Linfocele	*Drenaje abierto	Salvado
83	Linfocele	Drenaje abierto	Salvado
97	Linfocele	Drenaje abierto	Salvado

* Hubo lesión Ureteral iátrógena, reparándola mediante Anastomosis Terminal-terminal. y Salvamento del injerto renal.

CASO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	INJERTO RENAL
23	Fístula Vesical	STU a permanencia	Salvado
67	Fístula Vesical	STU a permanencia	Salvado
68	Fístula Vesical	STU a permanencia	Salvado
73	Fístula Vesical	STU a permanencia	Salvado

Se dejó Foley TU a permanencia por espacio de 30 días .

CASO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	INJERTO RENAL
19	Hematoma Perirrenal	Drenaje abierto	Salvado
26	Hematoma Perirrenal	Drenaje abierto	Salvado
55	Hematoma Perirrenal	Drenaje abierto	Salvado.

CASO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	INJERTO RENAL
89	Estenosis U.U.V.	Ureteroneocistostomía	Salvado
32	Estenosis U.U.V	Ninguno	Perdido

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL

CAUSAS DE MUERTE EN RECEPTOR DE DONADOR DE CADAVER

SEPTICEMIA 5

.I.R.C. 1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
TRANSPLANTE RENAL

SOBREVIDA GLOBAL

TRANSPLANTE DE DONADOR VIVO 78.5%

TRANSPLANTE DE DONADOR CADAVER 0.0%

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

TRANSPLANTE RENAL
SOBREVIDA POR PERIODOS

PERIODO 1979-1983 DONADOR VIVO	-----	48.15%
PERIODO 1979-1983 DONADOR CADAVER	-----	0.0%
PERIODO 1983-1988 DONADOR VIVO	-----	89.4%
PERIODO 1983-1988 DONADOR CADAVER	-----	50 %

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

TRANSPLANTE RENAL
SOBREVIDA ANUAL

AÑO	T.D.C	T.D.V
1979	0 %	-
1980	0 %	33.33%
1981	-	37.5 %
1982	-	60.0 %
1983	0 %	88.9 %
1984	-	75.0 %
1985	-	75.0 %
1986	-	90.9 %
1987	0%	94.7 %
1988	-	100.0 %

BIBLIOGRAFIA

Salvatierra ,O.JR., Olcott Corneluis,IV,Amend,W,Jr,Cochrum, K,C and Feduska,N,J. Urological Complications of Transplan tation can be prevented or controlled. J.Urol.1977,117:421.

Sagalowsky,A.I , Ransler,CH,W, PetersC.P, Dickerman,R, Gai liunas,P, Helderman,J.H. Hull,A,R, Atkins,C. Urologic Com plications in 505 Transplants with early catheter removal. J. Urol. 1983,129,929.

Kinnaert,P,Hall,M, Janssen,F, Vereerstraeten,P, Toussaint, CH, and Geerttruyden,J.V. J. Urol. 1985,133:17.

Thomalla,J,V, Lingeman,J.L, Leapman,S,B Filo,R,S. The Mani festation and management of late urological complications in renal transplant recipients:Use of the Urological arma mentarium. J.Urol.1985,134:944.

Kinnaert,P, Hall,M,Janssen,F,Vereerstraeten,Toussaint,CH, Geertruyden,J.V.Ureteral Stenosis after Kidney Transplan tation:true incidence and ong-term followp after surgical correction. J.Urol. 133,17, 1985

Mehta,S.N, Kennedy,J.A, Loughridge,G,G, Douglas,J,F, Donal dson,R.A, Mc Geown,G,. Urological Complications in 119 Con secutive Renal Transplants. British J of Urol, 1979,184.

De Marco,T, Amin,M, Harty,J. Living Donor Nephrectomy:Fac tors Influencing Morbidity. J.Urol. 1982,127;1082

Witherington,R, Benson,D,C, Humpries,Jr. Ureteroneocystos tomy in Renal Transplantation: A simple T ansvesical Technique, J. Urol. 1988,140,270.

Hefty,T, Experience with parallel incision extrevesical Ureteroneocystostomy in Renal Transplantation. J. Urol.. 1985.134,455.

Barry,J,M, Hatc.,D.A, Parallel Incision,Unstented extra-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

vesical Ureteroneocystostomy: Followup of 203 Kidney -
Transplants, J. Urol. 1985,134;249.

Jordan, ML, Novick, A, C, Steinmuller, D, Braun, W, Buzsta, C,
Mintz, D, Goormastic, M, and Strem. Renal Transplantation
in older patient. J Urol. 1985,134;243

Ohl, D, A, Konnak, J, W, Campbell, D, A, Dafoe, D, C. Extravesi-
cal Ureteroneocystostomy in Renal Transplantation. J, Urol
. 1988, 139;497.

Barry, J, Hatch, D, . Parallel incision unstented Extrave-
sical Ureteroneocystostomy: Followup of 203 Kidney Trans-
plantation, J. Urol, 1985, 134;249

Zaontz, M, R, Firilit, C, F, . Pelvic Lymphocele after Ped-
iatric Renal Transplantation: a succesful Technique -
for prevention. J. Urol, 1988, 139;557.

King, L, R, Coughlin, P, W, F, Ford, K, K, Brown, M, W, and Van
Moore, A. Initial experiences with Percutaneous and Trans-
urethral ablation of postoperative Ureteral Strictures
in Children. J. Urol, 1984, 131;1167.

Ortiz, Q, F, . Transplante Renal, Boletín del Colegio Mexi-
cano de Urología, 1986, Vol III, 113.

Ortiz Quesada, F, ; Quijano Nanezo, M; Generalidades en el
Manejo del Transplante de riñón en el hombre. Rev Mex
Urol., 1965; 23:262.

Gutiérrez Cañedo, R; Gómez Rodríguez, R; Kretschmer, R; Lan-
da, L.; Transplante Renal Experiencia de 160 casos. Rev.
Méd. IMSS. 1983; 21:228.