



El Trasplante Renal en la Costa Atlántica

FONSECA R, MD, SCC; MENDOZA M, MD; BADEL D, MD, SCC; CHAGÜI ALVARO, MD, SCC; CHAGÜI ANTONIO, MD, SCC; ZUÑIGA N, MD, SCC.

Palabras claves: Trasplante renal, Protocolo de la inmunosupresión, Preservación renal, Hipotermia simple.

Se presenta la experiencia de los trasplantes renales practicados en la ciudad de Barranquilla por el Grupo de Trasplantes de la Costa Atlántica, desde el mes de julio de 1988 hasta el mes de marzo de 1992, con un total de 15 trasplantes: 14 intrafamiliares y 1 de cadáver.

Este grupo se destaca por ser interinstitucional (I.S.S. y H.U.B.).

Se presentan el protocolo, los resultados y las complicaciones y se plantean perspectivas para el futuro.

INTRODUCCION

Es universalmente aceptado que la mejor forma para el tratamiento del enfermo renal crónico, es el trasplante renal (1), ya que restituye todas las funciones alteradas del riñón, objetivo que no se consigue con otros métodos como hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Desde el punto de vista administrativo, no se concibe que haya una Unidad de Diálisis en cualquiera de sus modalidades, sin un programa de trasplante renal; además, la única ciudad importante de Colombia que no contaba con este programa era Barranquilla, eslabón importante para integrar la red nacional de trasplantes.

En el Hospital General de Barranquilla se iniciaron los programas de diálisis en el año de 1968, cuando se practicó la primera fístula arterio venosa, por el doctor Marcos Mendoza Romero, cirujano vascular adiestrado en los Estados Unidos. Posteriormente este programa se desarrolló

en las unidades renales del Hospital Universitario de Barranquilla y en el Instituto de Seguros Sociales, Seccional Atlántico, llegando a tener alrededor de 100 pacientes en las diferentes modalidades de tratamiento; además, se efectuaba entonces el control de los pacientes trasplantados en diferentes partes del país y del extranjero. Esto motivó la creación del grupo de trasplantes, lo cual se logró gracias a la colaboración de la Universidad de Antioquia y de su grupo de trasplantes al capacitar a cirujanos y enfermeras en esta actividad, lo que condujo a la realización del primer trasplante renal el día 2 de julio de 1989 en la persona de una paciente joven (M.C.) en el Hospital Universitario de Barranquilla. De esta fecha hasta el 12 de marzo de 1992, a pesar de múltiples dificultades de diverso orden, se han efectuado 14 trasplantes más, que son el objeto de esta presentación.

MATERIAL Y METODOS

Como queda dicho, los trasplantes se realizaron en el Hospital Universitario de Barranquilla, incluyendo 1 de cadáver, y 8 en la Unidad Programática Institucional del Instituto de Seguros Sociales, Seccional Atlántico.

La selección de los pacientes tanto de los donantes como de los receptores se hizo con base en un protocolo que incluye los siguientes aspectos:

Valoración general y metabólica

Mediante pruebas de función renal, hepática, hematológica, gastrointestinal, estado nutricional completo y estudio urodinámico en el receptor, así como eliminación de focos sépticos, para lo cual se realizaron los procedimientos quirúrgicos necesarios para llevarlo en las mejores condiciones al trasplante, incluyendo nefrectomía de los riñones nativos cuando estuvo indicado.

Pruebas inmunológicas

Incluyeron los grupos sanguíneos ABO y subgrupos, lo mismo que las pruebas de histocompatibilidad: HLA - A-B-DR y pruebas cruzadas (anticuerpo citotóxico). Estas pruebas en un principio se realizaron en Medellín, luego en Cartagena y actualmente se están llevando a cabo en la Universidad del Norte de Barranquilla.

Doctores: Romualdo Fonseca Arrieta, Cirujano de la Unidad Programática Institucional(UPI) del Instituto de los Seguros Sociales, Seccional Atlántico (ISS, SA); Marcos Mendoza Romero, Exjefe del Dpto. de Cirugía del Hospital Universitario de Barranquilla (H U B); Dimas Badel Merlano, Cirujano UPI-ISS, SA; Luis Rolong Rueda, Cirujano HUB; Alvaro Chagüí Anaya, Cirujano UPI-ISS, SA; Antonio Chagüí Anaya, Cirujano UPI-ISS, SA; Nelson Zúñiga Ruales, Cirujano UPI-ISS, SA, Barranquilla, Colombia.

Aspectos quirúrgicos

El paciente se hospitaliza con 48 horas de anticipación, con el fin de realizar una revisión general e iniciar el protocolo de inmunosupresión y la antibioticoterapia profiláctica. Si el trasplante es de donante vivo relacionado, se efectúan las cirugías de nefrectomía y trasplante simultáneamente.

Nefrectomía del donante. Si la arteriografía no muestra alteraciones, se prefiere el riñón izquierdo, ya que tiene la vena más larga y permite mayor comodidad para realizar la anastomosis. Si es de cadáver, se procede según técnicas descritas (2, 3) y se hace preservación del órgano hasta cuando las pruebas inmunológicas permitan seleccionar a un receptor en un tiempo no mayor de 24 a 36 horas.

Trasplante. Se realiza en forma heterotópica en la fosa ilíaca derecha, utilizando como fuentes vasculares la arteria y la vena ilíacas externas para efectuar una anastomosis látero-terminal a los vasos renales; para la neoureterocistostomía, se utiliza la técnica combinada de Lich Gregoir y Mckinon (4); la sonda vesical se dejó por 3 días.

Preservación

Se realiza hipotermia más perfusión simple con solución de Ross (5) o de Collins (6).

Inmunosupresión

Se hace con base en el triconjugado de prednisona, imurán y ciclosporina con dosis ascendentes de 1, 5 y 8 mg/kg de peso, sucesivamente. Cada semana se reduce la dosis hasta quedar con la de mantenimiento.

RESULTADOS

De los 15 trasplantes, 14 fueron intrafamiliares y 1 cadavérico; 8 fueron en el sexo masculino y 7 en el femenino, cuyas edades oscilaban entre 17 y 70 años (Fig. 1).

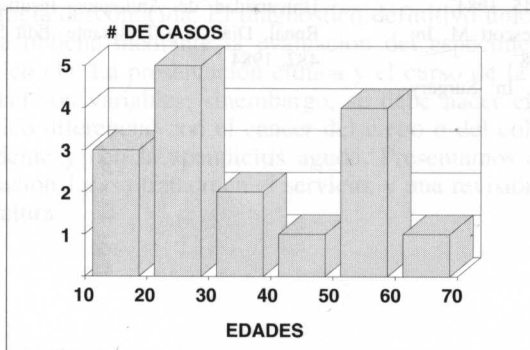


Fig. 1. Distribución por edades de los pacientes sometidos a trasplante renal.

El origen de los pacientes fueron las diferentes regiones de la Costa Atlántica, incluidas Panamá y Venezuela.

Complicaciones en los receptores

Se presentó 1 caso de hematoma postoperatorio en un paciente receptor debido a un pequeño desgarro de la arteria renal, lo que indicó la reintervención en las primeras 4 horas.

Hubo 1 caso de rechazo hiperagudo el cual requirió nefrectomía en las primeras 24 horas. Se presentaron 2 casos de seromas que no ameritaron tratamiento; 1 de ellos aparentaba una fístula urinaria que fue descartada (este paciente se encontraba en el programa DIPCA); otro paciente presentó hematuria persistente debido a un coágulo intravesical, sin mayor repercusión patológica (Tabla 1).

Tabla 1. Complicaciones quirúrgicas en los receptores de trasplante renal.

Complicación	Núm. de Casos
Seroma	2
Sangrado	1
Hematuria persistente	1

Complicaciones en los donantes

Dos de los donantes presentaron hematomas considerables que ameritaron reexploración y evacuación, cuyo origen no era del pedículo renal; su recuperación posterior fue satisfactoria.

En otro paciente se presentó un fleo prolongado (3 días), bastante molesto para el paciente, que cedió al tratamiento médico (Tabla 2).

Tabla 2. Complicaciones en los donantes de riñón.

Complicación	Núm. de Casos
Hematoma	2
Ileo prolongado	1

Seguimiento

Han fallecido 2 pacientes, 1 por perforación intestinal y sepsis intraabdominal, 1 año y medio después del trasplante, y el otro por rechazo agudo y sepsis a partir del órgano trasplantado, 6 meses después del trasplante. Una de las pacientes quedó embarazada y abortó al tercer mes. Han regresado al programa de diálisis 2 pacientes; la del rechazo hiperagudo ya mencionada y otro por rechazo crónico.

DISCUSION

Los resultados aquí expuestos muestran un comportamiento similar al de grupos de otras latitudes y regiones de

Colombia (7, 8); es así como desde el punto de vista quirúrgico no se ha perdido ningún riñón.

El bajo número de nuestros casos se debió inicialmente a las dificultades económicas que se presentaron cuando el programa funcionaba en el Hospital Universitario de Barranquilla, y posteriormente en la Unidad Programática Institucional del Instituto de Seguros Sociales, Seccional Atlántico, y a las interferencias burocráticas planteadas en nivel central, que han impedido continuar con el programa a pesar del interés científico y operacional por parte del grupo.

El trasplante no es la solución definitiva a los problemas médicos de estos pacientes pero sí contribuye a solucionarlos en grado apreciable.

En nuestra experiencia, a la mayoría de los pacientes "les ha ido bien" y están reintegrados a su actividad productiva, con lo que se ha obtenido el objetivo perseguido siempre por la actividad médica.

Al presentar nuestra experiencia de trasplante renal en la Costa Atlántica, se demuestra que es factible desarrollar este tipo de programa con intercambio de órganos entre las principales ciudades de Colombia; para ello es necesario el apoyo de la sociedad y del Estado, teniendo en cuenta su

alto costo, lo que exige su inclusión en las políticas de salud pública.

Es posible organizar un grupo de trabajo interinstitucional único, con una coordinación centralizada.

ABSTRACT

Experience of Renal Transplantation performed in Barranquilla city by a group of Transplantation of the Atlantic Coast, from July 1988 to march 1992, has been presented.

15 Transplantations have been performed: 14 intrafamiliar and 1 cadáver.

The above mentioned group is of interinstitutional nature (Social Security Institute and the University Hospital of Barranquilla).

Protocol, outcomes and complications have been presented, as well as outlining of perspectives.

Agradecimientos

A la Universidad de Antioquia y su Grupo de Trasplantes, por la asesoría y colaboración en la iniciación del programa.

REFERENCIAS

1. Dallman M, Morris P: The Immunology of Rejection. In: Morris Peter J, Eds. Kidney Transplantation. 3 ed. W. B. Saunders Company 15, 1988
2. Restrepo J, Hernández S: Aspectos Técnicos del Trasplante Renal. En: Grupo de Trasplantes de la Universidad de Antioquia, Eds. Insuficiencia Renal, Diálisis y Trasplantes, Edit Salvat, 433, 1984
3. Benedict C: The Donor and Donor Nephrectomy. In: Morris Peter J, Eds. Kidney Transplantation. 3ra. Ed. W. B. Saunders Company, 93, 1988
4. Restrepo J, Hernández S: Aspectos Técnicos del Trasplante Renal. En: Grupo de Trasplantes de la Universidad de Antioquia, Eds. Insuficiencia Renal, Diálisis y Trasplantes, Edit Salvat, 445, 1984
5. Ross H, Marschall V C, Lescott M. In: Transplantation 1976; 21: 498
6. Collins G M, Halasz N A. In: Surgery 1976; 79: 432
7. Tilney N: The early course of a patient with a kidney transplant. In: Morris Peter J, Eds. Kidney Transplantation. 3 th. Ed. W. B. Saunders Company, 263, 1988
8. Acevedo J: Complicaciones Quirúrgicas del Trasplante. En: Grupo de Trasplantes, Universidad de Antioquia. Insuficiencia Renal, Diálisis y Trasplante. Edit Salvat, 487, 1984