

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DEL TRANSPLANTE**RENAL**

Pagina

Resumen

1

Introducción

2

Marco teórico

2

Objetivos

13

Tipo de estudio

13

AUTOR: DR. FERNANDO TRUJILLO LA TORRE

Área de estudio

13

Residente de Cirugía de 2do. Año

Univer

CENTRO MEDICO QUIRURGICO BOLIVIANO BELGA

Variables

14

Técnicas de recolección

14

Procesamiento

TUTORES: DR. ALEJANDRO SAUMA R.

14

Resultados

Jefe del Servicio de Cirugía general y Gastroenterología.**DR. S. ARZE**

Discusión

18

Jefe de la Unidad de Nefrología

Anexos y tablas

COCHABAMBA - BOLIVIA**2002.**

INDICE

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DEL TRANSPLANTE RENAL:

El estudio está dirigido a la identificación de las complicaciones quirúrgicas en 90 trasplantes renales realizados en 87 pacientes de 15 años. Encontramos 10 complicaciones quirúrgicas en el recipiente y 1 en los donadores. Las complicaciones fueron clasificadas como vasculares, urológicas y otras. Se analizaron el abordaje quirúrgico de la nefrectomía de los donadores según la experiencia ganada por el equipo

	<u>Pagina</u>
Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	2
Objetivos	13
Tipo de estudio	13
Área de estudio	13
Universo	14
VARIABLES	14
Técnicas de recolección	14
Procesamiento	14
Resultados	15
Discusión	18
Anexos y tablas	18

INTRODUCCION: Este es un estudio dirigido a la identificación y manejo de las complicaciones quirúrgicas de los trasplantes renales realizados en el Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga. *la falla renal*

MARCO TEORICO: Los primeros intentos de trasplante de riñones en seres humanos se remonta a los años 1902 a 1906. En los primeros intentos se utilizaron vísceras de animales. Las posibilidades terapéuticas de esta técnica fueron definidas poco después de que Alexis Carrel publicara sus experimentos. Trasplantó satisfactoriamente riñones y otros órganos a animales, utilizando este modelo para introducir la técnica de la actual cirugía de vasos. En los comienzos del decenio de 1950 Medawar hizo una descripción detallada del rechazo, y su descubrimiento, junto con Billingham y Brent, de que el problema podía evitarse en ratones por medio de una inducción de la tolerancia, fué un estímulo para que los cirujanos reanudaran sus intentos para trasplantar riñones. Antes de 1950, Murray y Hamburger, por medio de radiación corporal total, pudieron por primera vez impedir el rechazo. Cuando se pudo contar con los primeros inmuno supresores antes de 1965, se logró aumentar la supervivencia del alo injerto, aunque no como un hecho constante. En los 30 años siguientes, los adelantos en la tipificación de los antígenos de histocompatibilidad, los progresos en el tratamiento inmunosupresor y la

conservación de órganos, así como la experiencia clínica y quirúrgica acumulada, contribuyeron al estado actual de los trasplantes renales que permite tratar a largo plazo y con excelentes resultados la falla renal terminal en más de 2000 pacientes al año que reciben riñones en aloinjerto, y que de otra manera estarían condenados a morir o vivir indefinidamente en programas de diálisis crónica, a un costo mucho mayor y con mucha mayor morbilidad y mortalidad. (3).

Indicaciones: Las dos enfermedades que suelen culminar en insuficiencia renal con más frecuencia son, la glomérulo nefritis, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, y del total, cada una comprende 30 % en promedio. Otras causas importantes son el riñón poliquístico, la enfermedad de Alport, la nefropatía por Ig A, el lupus eritematoso, la nefritis intersticial, la pielonefritis y al respecto es importante destacar, la uropatía obstructiva y la nefroesclerosis por hipertensión que constituye la más común de todas las causas de insuficiencia renal en sujetos de raza negra y una causa muy importante en nuestra población. (4).

Los mejores receptores personas jóvenes cuya insuficiencia renal no se debe a enfermedad sistémica capaz de lesionar el riñón injertado o capaz de causar la muerte por causas extrarrenales. Al haberse demostrado que

los resultados del transplante son mucho mejores que los de la diálisis crónica, se han ampliado las indicaciones para la primera opción. La presencia de infección o cáncer no erradicables sigue siendo una contraindicación absoluta para el transplante, porque la inmunosupresión estimula la proliferación microbiana y de células tumorales. La indisciplina en el cumplimiento de las órdenes terapéutica también es una contraindicación, porque se necesita el cumplimiento riguroso y de por vida de los regímenes inmusupresores. Factores que también limitan la práctica del transplante son la senectud y la enfermedad cardiovascular grave, como serían las enfermedades de arterias coronarias o aortoiliacas no reconstruibles. Sin embargo, incluso en esos pacientes, los riesgos acumulativos a largo plazo de la diálisis tienen igual magnitud que en los transplantes. Incluso en el que el riñón injertado al final sufrirá daño por la enfermedad recurrente, como el lupus eritematoso, la cistinosis, la amiloidosis, la diabetes y algunas formas de glomerulonefritis, siempre es mejor paliar el problema por transplante que por diálisis. La calidad de vida, sin duda, es mucho mejor con el transplante que con la diálisis, y la mortalidad en el primer año es mucho menor de 5% en la actualidad, razones por las cuales la supervivencia es también mucho mayor. (1).

Donador vivo: En conversaciones con la familia, existe la obligación de

definir con toda claridad los riesgos para el donador y los beneficios para el receptor. Además del dolor y los factores comunes de morbilidad propios de una operación de tal magnitud, hay una mortalidad quirúrgica de alrededor del 0.05 %. Diez años después de una nefrectomía, algunos donadores humanos presentaban proteinuria e hipertensión, pero en estudios de mayor alcance no se ha confirmado esto. La selección de los donadores emparentados se basa de preferencia en factores de histocompatibilidad, aunque habrá que respetar una fuente distinta sugerida por la familia informada. (2).

Donadores vivos no emparentados: Hasta hace poco, por lo general, los voluntarios no emparentados, se excluían de la donación, en virtud que los resultados no ofrecían suficientes ventajas en comparación con los injertos de cadáver, para justificar el riesgo. Las mejoras en la supervivencia del injerto renal no emparentado, mediante ciclosporina y la escasez de donadores cadáveres, ha obligado a reexaminar este aspecto. El empleo de donadores retribuidos no es legal, pero muchos centros consideran aceptables a donadores sin relación genética pero con vínculos emocionales, principalmente cónyuges, o miembros de la misma comunidad religiosa. (2)

Donadores cadavéricos: Si no se cuenta con un donador familiar, el