



Tratamiento quirúrgico de aneurismas aórticos en pacientes con trasplante renal: a propósito de 2 casos

M. Veras, A. Arroyo, J. Porto y R. Gesto

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Sr. Director:

La patología vascular en pacientes con trasplante renal va en aumento debido, por una parte, al proceso acelerado de aterosclerosis que sufren los pacientes renales a pesar de la buena función del órgano trasplantado y por otra, a la ampliación de los programas de trasplante en los que se van incluyendo pacientes de alto riesgo y de mayor edad. Dentro de la patología vascular, uno de los cuadros más característicos es el aneurisma de aorta abdominal (AAA). Y uno de los mayores riesgos para la función del injerto renal durante la cirugía del AAA, es el período de isquemia al que se somete al órgano durante el clampaje aórtico mientras se repara el sector aortoiliaco¹. Presentamos dos casos de pacientes portadores de trasplante renal de cadáver normofuncionantes, anastomosado a los vasos ilíacos derechos, quienes fueron diagnosticados casualmente de AAAs infrarrenal asintomáticos.

El primer caso corresponde a un varón de 53 años de edad, sometido a trasplante renal hace 10 años por insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis. El paciente fue diagnosticado de AAA de 5 cm de diámetro tras una ecografía de rutina y posterior TC de confirmación. Se realizó la resección del aneurisma interponiendo un injerto protésico recto (aorto-aórtico) de Dacron, con un tiempo de clampaje aórtico de 30 minutos. Para la protección del órgano trasplantado utilizamos una perfusión de suero fisiológico heparinizado a 4° C a través de un catéter de perfusión colocado en la arteria ilíaca ipsilateral y diuréticos endovenosos (furosemida y Manitol) según requerimientos. La función del injerto no sufrió cambios significativos tanto durante la in-

Tabla I. Función del trasplante renal

	Creatinina sérica (mg/dl)	Creatinina en orina (mg/dl)	Aclaramiento creatinina (ml/min/m ²)	Sodio (meq/l)	Potasio (meq/l)
<i>Caso 1</i>					
Preoperatorio	1,72	74,1	54,83	134,5	4,8
Postoperatorio inmediato	1,96	85	48,11	140,1	3,8
Revisión 40 meses	1,80	82,5	46,99	136,5	4,2
<i>Caso 2</i>					
Preoperatorio	1,17	72,4	79,24	138	4
Postoperatorio inmediato	1,23	62,8	75,37	142,3	3,5
Revisión 30 meses	1,40	70,7	58,78	136,2	4,1

tervención como en el postoperatorio (tabla I). Tras un seguimiento de 40 meses, el paciente mantiene el trasplante normofuncionante y el injerto aórtico permeable.

El segundo caso corresponde a un varón de 65 años de edad, trasplantado renal hace 11 años por insuficiencia renal crónica de causa glomerular. El AAA, diagnosticado como en el caso 1 por ecografía de rutina, tenía un diámetro máximo de 55 mm, según TC. En este caso utilizamos la misma técnica quirúrgica para la reparación del aneurisma y para la protección del órgano trasplantado, con un período de isquemia de 40 minutos. La función del injerto no sufrió cambios significativos. El paciente mantiene el injerto aórtico permeable y el trasplante normofuncionante hasta que fallece transcurridos 35 meses por cardiopatía isquémica.

En la literatura mundial existen varias publicaciones que relatan casos de pacientes portadores de trasplante renal a los cuales se les ha reparado quirúrgicamente el sector aortoiliaco sin complicaciones importantes. Uno de los objetivos primordiales del tratamiento es mantener intacta la función del órgano trasplantado. Para cumplir este objetivo se han descrito diferentes técnicas: bypass axilo-femoral temporal, shunt aorto-femoral, circulación extracorpórea (femoro-femoral), hipotermia

Correspondencia: Dr. Martín Veras Troncoso
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Universitario «Doce de Octubre»
Carretera de Andalucía km 5,400
28041 Madrid
E-mail: veras_md@yahoo.es

general y perfusión renal hipotérmica. También se han descrito casos en los que no se ha utilizado ningún tipo de protección renal, como Matley y cols¹. y Lacombe² que modifican la técnica de reparación del sector aortoiliaco. Panneton y cols.³ refiere haber tenido buenos resultados en los pacientes en los que se utilizó la perfusión hipotérmica para proteger el injerto y concluye que los riñones trasplantados toleran la isquemia de la misma forma que los nativos. En cuanto a las técnicas endovasculares, Lepántalo y cols.⁴ describieron la primera reparación de un aneurisma de aorta abdominal en un paciente con trasplante renal normofuncionante utilizando una endoprótesis aórtica y concluye que cuando la reparación endovascular es técnicamente posible debería ser considerada como tratamiento de elección. En nuestra experiencia, el uso de la perfusión renal hipotérmica y el menor tiempo posible en cuanto a la protección de la función del injerto renal. Creemos que ésta es una técnica sencilla, que permite prevenir

los daños renales producidos por la isquemia. Las técnicas endovasculares pueden ser una opción en casos seleccionados. En el momento actual creemos que no constituyen tratamiento de elección ya que su seguridad a largo plazo todavía está por demostrar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matley TJ, Immelman EJ: Abdominal aortic aneurysmectomy in a renal transplant patient. *Eur J Vasc Surg* 6: 438-441, 1992.
2. Lacombe M: Aortoiliac surgery after renal transplantation. Author's experience and review of the literature. *Chirurgie* 118: 341-6, 1992.
3. Panneton JM, Gloviczki P, Canton LG, Bower TC, Chow MS, Pairolero PC, Schaff HV, Hallett JW, Cherry KJ: Aortic reconstruction in kidney transplant recipients. *Ann Vasc Surg* 10: 97-108, 1996.
4. Lepántalo M, Biancari F, Edgren J, Eklund B, Salmela K: Treatment options in the management of abdominal aortic aneurysm in patients with renal transplant. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 18: 176-8, 1999.

RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA

MANUAL DE NEFROLOGÍA CLÍNICA

Editor: Julio Botella García
Ediciones MASSON, Barcelona, Madrid, París,...
Avda. Diagonal 427 bis. 08026 Barcelona
290 páginas, encuadernado en rústica

Se trata de un libro en el que se transmite la experiencia personal, clínica y docente de su autor, el doctor Julio Botella, uno de los pioneros de la nefrología española en sus más de 25 años de ejercicio profesional y actividad universitaria. El libro, lejos de los grandes tratados de la especialidad en español o inglés, de los que existe una larga serie en los últimos años, está dirigido tanto a los estudiantes de medicina como residentes de nefrología o de otras especialidades, médicos de familia y especialistas interesados de una u otra forma en la patología renal.

De fácil lectura, lo que sin duda es de agradecer, como muy bien señala su autor, el libro tiene la ventaja de que al ser escrito por un solo autor, evita la duplicación de conceptos, así como la omisión de temas por falta de coordinación, tan frecuente en los manuales de autoría múltiple. En este sentido, y dado el público no especializado al que va dirigido, no sorprende la gran atención relativa dedicada a los aspectos clínicos frente al relativo corto espacio dedicado a la terapia sustitutiva de la insuficiencia renal crónica, de la que sin embargo su autor es un experto acreditado internacionalmente. Está dividido en 5 partes (conceptos básicos, grandes síndromes, nefropatías primarias, nefropatías secundarias y tratamientos sustitutivos de la insuficiencia renal) y 26 capítulos, con bibliografía general recomendada en cada uno de ellos.

En suma, un libro de gran interés para el médico no especialista, interesado en las enfermedades renales y su tratamiento y que sin duda tendrá una gran aceptación.