



Utilización del intestino y preparación del tramo urinario inferior para el trasplante renal

J. Palou, J. Caparrós, L. Guirado* y R. Solá*

Servicio de Urología y *Servicio de Nefrología. Fundació Puigvert. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Sr. Director:

La identificación y corrección de anomalías del tramo urinario inferior en la preparación para el trasplante renal (TR) es importante para la evolución posterior del injerto. Su presencia no contraindica un trasplante renal ya que con distintos recursos (el cateterismo intermitente o realizar un cirugía reconstructiva con o sin ampliación vesical, colocar un esfínter artificial, etc.) se pueden conseguir las características básicas de un reservorio vesical (buena capacidad y acomodación y suprimir el residuo postmiccional). Con ello se logra una sobrevivencia del riñón trasplantado similar a la de los pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) de causa nefrológica. Por ello la importancia de que dichas afecciones urológicas y su tratamiento pretrasplante sean debidamente identificadas y corregidas¹.

En el estudio pretrasplante se revisa el tramo urinario superior y si la insuficiencia renal es debida a una enfermedad confinada al parénquima renal la realización de una ecografía renal y vesical, radiografía simple de abdomen y un análisis de orina es suficiente. Si existen antecedentes urológicos o las pruebas realizadas muestran alteración de la vía urinaria se practican las exploraciones necesarias según hallazgos (uretrocistografía, pielografía retrógrada, estudio urodinámico, etc.), dependiendo ésta también del grado de conocimiento previo que se tenga del caso. Si el paciente acude con la derivación urinaria y no tiene un tramo urinario inferior viable, se valora la utilidad y estado de la misma (conductografía)²⁻⁶.

Describimos nuestra experiencia con un grupo de 8 pacientes con TR realizado entre 1992 y 1997 que

presentaban una afectación del tramo urinario inferior y que requirieron la utilización del intestino para su resolución y/o preparación para el TR. Cuatro pacientes ya eran portadores de una derivación urinaria o ampliación vesical previa al TR, en 3 se realizó como paso previo al TR (de 6 a 14 meses antes) y 1 se realizó después del TR.

Se realizaron 4 enterocistoplastias o vejigas de ampliación por disfunción vesical secundaria a vejiga neurógena en 2 casos y otras 2 por válvulas de uretra posterior. En 4 pacientes se realizó el TR a una derivación urinaria incontinente cutánea (3 con íleon y 1 con colon). La causa fue en 2 casos por vejiga neurógena y tuberculosis genitourinaria en 2. El injerto se colocó ipsilateral en 2 y contralateral en los otros 2.

Se administró terapia inicial triple o cuádruple secuencial y de mantenimiento doble con ciclosporina y prednisona.

La supervivencia de paciente e injerto al año fueron ambas del 100%. A un seguimiento de 41 meses no se perdió ningún injerto por complicación quirúrgica ni infecciosa. Un caso volvió a HD por rechazo crónico a los 29 meses. Presentaron rechazo agudo un 75% de los pacientes (corticorresistente un 70% y corticorresistente en un 30%). La creatinina media fue de 167,4 $\mu\text{mol/L}$ al año (rango de 96 a 250).

Como complicaciones quirúrgicas cabe destacar 2 fístulas urinarias que se resolvieron con reintervención.

Desde el punto de vista médico todos los pacientes con derivación urinaria presentaban bacteriuria pero sólo uno desarrolló un cuadro de infección urinaria clínica que requirió tratamiento médico. En relación a las enterocistoplastias 2 presentaban bacteriuria asintomática y 1 caso presentó un cuadro de pielonefritis aguda.

Concluimos que los pacientes con afectación del tramo urinario inferior pueden ser trasplantados previa corrección de las alteraciones originales, presentando resultados similares al grupo control de nuestra serie.

Correspondencia: Dr. J. Palou
Servicio de Urología
Fundación Puigvert
Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

J. PALOU y cols.

BIBLIOGRAFÍA

1. Churchill BM, McKenna PH, Shoskes D, Sheldon CA: Pediatric renal transplantation. En: Kelalis P, King L, Belman B (eds). *Pediatric Urology (1234-1251)*. Philadelphia: Saunders, 1992.
2. Garat JM, Palou J, Caparrós J: Valoración del aparato urinario en el niño pretrasplante renal. *Actas Fund Puigvert* 14: 26-33, 1995.
3. Confer DJ, Banowsky LH: The urological evaluation and management of renal transplant donors and recipients. *J Urol* 124: 305-310, 1980.
4. Peters PC: The management of renal transplant recipients with abnormal lower urinary tract-reconstruction versus diversion. *Urol Clin North Amer* 3: 685-690, 1976.
5. Marshall FF, Smolev JK, Spees EK, Jeffs RD, Burdick JF: The urological evaluation and management of patients with congenital lower urinary tract anomalies prior to renal transplantation. *J Urol* 127: 1078-1081.
6. Beurton D, Vu Ph, Gonties D y cols.: L'utilisation du greffon intestinal dans la transplantation rénale chez l'enfant et l'adulte. *J D'Urol* 92; 605-610, 1986.