

# Revascularización excepcional de un trasplante renal

E. Gutiérrez Martínez<sup>1</sup>, E. Morales Ruiz<sup>1</sup>, E. Hernández Martínez<sup>1</sup>, A. Hernández<sup>1</sup>, A. Sánchez Guerrero<sup>2</sup>, T. Ortuño<sup>1</sup>, M. Praga Terente<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Radiología Vascolar. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

NefroPlus 2011;4(2):54-5

doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.Jan.10500

Mujer de 42 años, portadora de un segundo trasplante renal desde noviembre de 2004, que ingresó por deterioro moderado de función renal (creatinina sérica entre 1,8 y 2,1 mg/dl), empeoramiento en el control de la presión arterial y claudicación bilateral de miembros inferiores. Con anterioridad, la paciente había sido diagnosticada de estenosis de la arteria renal del injerto sin repercusión clínica por lo que se decidió suspender el tratamiento con bloqueo del sistema renina-angiotensina y realizar controles con ecografía Doppler de forma periódica.

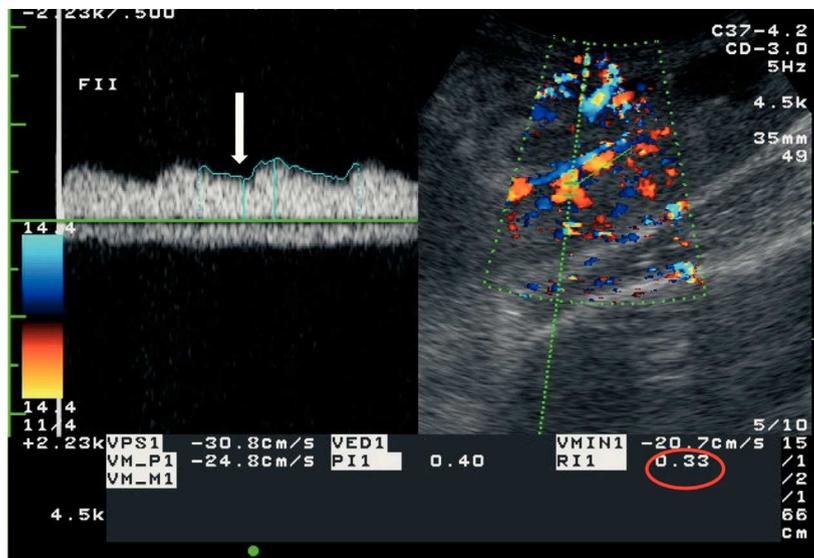
La enferma presentaba una insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis membranoproliferativa con ini-

cio de hemodiálisis en 1998, hipertensión arterial de largo tiempo de evolución, hiperlipemia y tabaquismo importante (20 cigarrillos/día desde los 22 años). En la exploración física destacaban un soplo periumbilical rudo y la ausencia de pulsos pedios y tibiales de forma bilateral, aunque sin lesiones cutáneas.

Ante la progresión de la clínica en los últimos 6 meses y los hallazgos en la ecografía Doppler (figura 1), se decidió realizar una arteriografía renal. En la exploración se evidenció una oclusión de la aorta distal e ilíacas primitivas (síndrome de Leriche) con abundantes colaterales a partir de arterias lumbares y hemorroidales que reperfundían las ar-

## ■ Figura 1

Ecografía Doppler renal en la que se evidencia la presencia de un flujo *parvus* renal (flecha blanca) con una disminución muy importante del índice de resistencia (IR): 0,33 (círculo rojo).



**Correspondencia:** Eduardo Gutiérrez Martínez  
 Servicio de Nefrología.  
 Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.  
 eduardogm90@hotmail.com

terias ilíacas externas y el injerto renal (figuras 2 y 3). Con estos hallazgos se realizó cirugía de revascularización renal y de iliaca izquierda a través de *bypass* aorto-iliaco izquierdo y de arteria iliaca derecha con *bypass* aorto-femoral. Tras la cirugía, se objetivó una mejoría en el control de la presión arterial, la desaparición de la claudicación intermitente y la estabilización de la función renal. En el control con ecografía Doppler posterior se demostró un flujo intrarrenal y un índice de resistencia normal sin signos de estenosis, así como un flujo normal de ambas arterias ilíacas comunes.

### Figura 2

Arteriografía que muestra la oclusión distal de la aorta (A) y de las arterias ilíacas comunes (B) (síndrome de Leriche) tras abordaje por vía axilar.



### Figura 3

Arteriografía mostrando la sorprendente revascularización del injerto renal a través de la arteria lumbar izquierda (A), arterias hemorroidales (D) que nacen de la arteria mesentérica inferior (B), arteria sacra media (C) a través de sus colaterales y arteria circunfleja interna (E).

