

IMÁGENES EN NEFROLOGÍA

EMBOLIZACIÓN DE RIÑÓN TRASPLANTADO NO FUNCIONANTE. CASO CLÍNICO

EMBOLIZATION NON-FUNCTIONING KIDNEY TRANSPLANT. CLINICAL CASE

Guillermo Javier Braslavsky⁽¹⁾, Marcelo Fabián Taylor⁽²⁾, Hugo Petrone⁽²⁾, María Bayón⁽³⁾

1) Diálisis Berazategui, Buenos Aires, Argentina

2) Unidad de Trasplante Renal, Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín, La Plata, Argentina

3) Servicio de Hemodinamia, Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín, La Plata, Argentina

Rev Nefrol Dial Traspl. 2017; 37 (1): 70-2

Paciente femenina, 48 años de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica, estadio V, cuya etiología original es desconocida. Recibe trasplante renal cadavérico el 29 de marzo de 2007. Desarrolla diabetes mellitus a los pocos meses del implante con requerimiento de insulina. En 2016 evoluciona con deterioro de la función renal, biopsia evidencia nefropatía crónica del implante. En agosto de 2016, dada la mala evolución del tratamiento realizado para intentar controlar el rechazo y mejorar la función renal, se le indica que tome contacto con centro de diálisis para continuar tratamiento. No efectúa la consulta y es internada en el centro de implante el 18 de agosto de 2016 con náuseas, vómitos, hiporexia, astenia marcada, palidez terrosa, flapping. Laboratorio con valores de urea de 3.45 g/l, creatinina 8 mg/dl, Hematocrito 17%. Por lo anterior, se coloca catéter transitorio en vena yugular interna derecha y comienza hemodiálisis. Es transfundida con dos unidades de sedimento globular. Al segundo día ante la mejoría del cuadro, se contacta centro de diálisis cercano a su domicilio para continuar tratamiento sustitutivo de la función renal. Al examen destaca: talla 159 cm, peso corporal 79.6 kg, diuresis 1200 ml/día, TA 136/80, vigil, orientada, sin déficit motor neurológico, trastornos en la sensibilidad con distribución en bota. Cicatrices en

miembros superiores, del lado derecho a nivel del antebrazo, por exéresis de prótesis en loop, en miembro izquierdo se observan cicatrices en antebrazo por confección de FAV nativa, radiocefálica y una prótesis vascular no funcional, húmero-axilar. Cicatrices de catéteres en el cuello, bilateral. Buena entrada de aire, sin ruidos agregados, columna sonora, ruidos cardíacos sin particularidades, no se ausculta frote pericárdico. Abdomen globoso, blando, indoloro, se palpa injerto en FID, aumentado de tamaño y consistencia, no doloroso. No se palpan otras masas ni visceromegalias, puño percusión negativa, bilateral. Catéter transitorio emplazado en vena yugular interna derecha. El 7 de septiembre de 2016 concurre con síntomas de anemia, no evidencia sangrado de origen digestivo, se solicitan pruebas de laboratorio para hemólisis que resultan negativas, recibe 2 unidades de glóbulos rojos desplasmatisados los días 10 y 14. Con franca mejoría de sintomatología anémica luego de recibir transfusión. A mediados de octubre, se aumenta dosis de esteroides (metilprednisona 40 mg/día) debido a la presencia de injerto aumentado de consistencia y tamaño, doloroso a la palpación. También se toman muestras de hemocultivos, urocultivo y se inician antibióticos por vía parenteral porque el cuadro se acompaña de fiebre y hematuria. Todos los cultivos arrojaron

resultados negativos y a las 48 hs. se encuentra afebril. Un mes más tarde, comienza a disminuirse la dosis de esteroides pero persiste con astenia y hematuria. El 13 de diciembre recibe dos unidades de glóbulos rojos desplasmatisados, persiste con hematuria. El 25 de diciembre se interna con la intención inicial de realizar trasplantectomía. Al momento de la internación, caída de la serie roja, Hto. 18%,

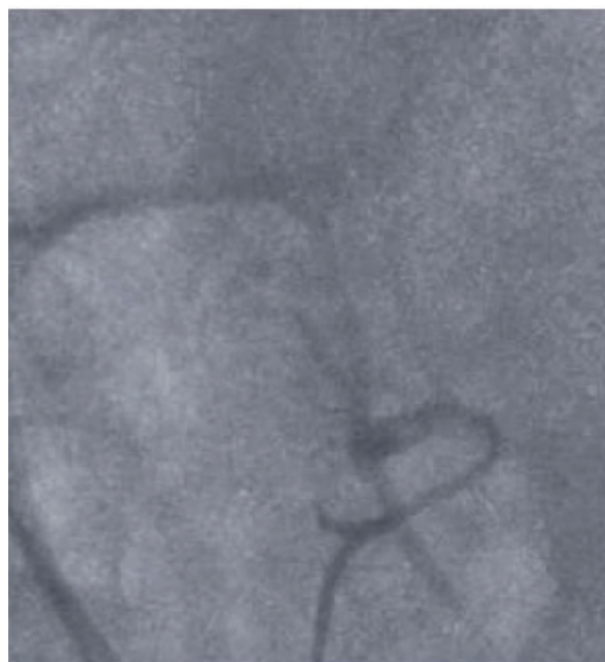
Imagen 1. Pre-embolización



Más del 50% de los pacientes pierden su injerto a los 10 años, por lo que el 4-10% de los pacientes incidentes en diálisis portan un injerto renal no funcional¹ y hasta en el 32% de los casos, según las distintas series, se requiere la realización de trasplantectomía por motivos diversos. La mortalidad de estos pacientes es significativamente mayor que la de aquéllos con injerto funcional o en terapia sustitutiva sin trasplante renal previo, siendo más patente aún en el grupo de pacientes diabéticos. Se han sugerido como indicaciones de trasplantectomía, el síndrome de intolerancia al injerto, pérdida del riñón trasplantado durante el primer año (pérdida precoz), la presencia de proteinuria grave, infecciones recurrentes del tracto urinario, neoplasia y el síndrome de inflamación crónica. Este último, se presenta en pacientes con elevación de marcadores humorales de inflamación sistémica como la proteí-

lo cual obliga a transfundir otras dos unidades de sangre. Debido al morfotipo, abdomen con grueso panículo adiposo y en delantal, se decide efectuar embolectomía el día 27 de diciembre (**Imágenes 1 y 2**). Es externada 48 hs. posteriores al procedimiento hallándose la paciente asintomática y programando reducción gradual de esteroides.

Imagen 2. Post-embolización



na C reactiva y la ferritina, anemia resistente al tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis y marcadores de desnutrición (hipoalbuminemia), sin datos clínicos floridos. Esta situación de inflamación provocada por el injerto, revierte luego de la trasplantectomía, como ha sido demostrado en varios estudios²⁻³.

Estos pacientes pueden presentar un síndrome de intolerancia inmunológica caracterizado clínicamente por fiebre, con ausencia de proceso infeccioso de base, hematuria, dolor y aumento del tamaño del injerto, tal como es el caso de esta mujer. Esta situación, así como la pérdida precoz del injerto (en el primer año postrasplante), constituye una indicación clara de trasplantectomía o embolización, según los casos⁴.

La trasplantectomía no está exenta de complicaciones potencialmente graves, por lo que se debe valorar, siempre que no existan contra-

indicaciones, la realización de embolectomía⁵.

La embolización con esferas de polivinilo (técnica utilizada en este caso) o etanol, seguidas de la inserción de coils metálicos, es un procedimiento menos invasivo, asociado con un corto período de internación y una tasa menor de complicaciones que los procedimientos quirúrgicos convencionales. Esta técnica, se encuentra contraindicada en aquellos casos en los que existe infección superimpuesta, neoplasias o riesgo incrementado de rotura del injerto. La complicación más frecuente es el síndrome posembolización, caracterizado por fiebre, dolor local, hematuria, náuseas y vómitos, que en caso de persistir más allá de las primeras 72 horas obliga a descartar la presencia de vascularización del injerto y la persistencia de intolerancia inmunológica.

Los pacientes que regresan a diálisis tras un injerto renal fallido, deben ser estrechamente vigilados por el riesgo incrementado de desarrollar intolerancia inmunológica al injerto. El seguimiento de los parámetros de anemia e inflamación en estos pacientes es fundamental, adoptando una conducta activa si existe un estado de inflamación crónica que no pueda justificarse por otras causas, dado que esta situación tiene implicancias pronósticas. Este problema, cada vez más prevalente, requiere que en un futuro cercano se obtengan más datos sobre el manejo adecuado de estos pacientes. Son necesarios estudios randomizados y controlados que nos orienten hacia la me-

jor opción terapéutica. Hasta la obtención de resultados concluyentes, en la mayoría de los casos será necesario individualizar la conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pérez-Flores I, Sánchez-Fructuoso A, Marcén R, Fernández A, Fernández Lucas M, Teruel JL. Manejo del injerto renal fallido. Nefrectomía versus embolización. *Nefrología* 2009;29(Suppl 1):54-61.
- 2) Secin FP, Rovegno AR, del Rosario Brunet M, Marrugat RE, Dávalos Michel M, Fernandez H. Cumulative incidence, indications, morbidity and mortality of transplant nephrectomy and the most appropriate time for graft removal: only nonfunctioning transplants that cause intractable complications should be excised. *J Urol.* 2003;169(4):1242-6.
- 3) Rao PS, Schaubel DE, Saran R. Impact of graft failure on patient survival on dialysis: a comparison of transplant-naïve and post-graft failure mortality rates. *Nephrol Dial Transplant.* 2005;20(2):387-91.
- 4) Marcén R, Teruel JL. Patient outcomes after kidney allograft loss. *Transplant Rev (Orlando).* 2008;22(1):62-72.
- 5) González-Satué C, Riera L, Franco E, Escalante E, Dominguez J, Serrallach N. Percutaneous embolization of the failed renal allograft in patients with graft intolerance syndrome. *BJU Int.* 2000;86(6):610-2.

Recibido en su forma original: 2 de enero 2017

En su forma corregida: 13 de enero de 2017

Aceptación final: 28 de febrero de 2017

Dr. Marcelo Fabián Taylor

Unidad de Trasplante Renal, Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín, La Plata, Argentina

e-mail: marcelofabiantaylor@gmail.com