

## Obstrucción intestinal en un trasplante renal

C. SANZ MORENO, J. L. GALLEGO, J. HERNANDEZ JARAS y J. BOTELLA.

Servicio de Nefrología. Clínica Puerta de Hierro.

Señor director:

Se ha descrito un elevado número de complicaciones gastrointestinales en los pacientes con trasplante renal, entre las que cabe destacar, por su frecuencia, la hemorragia gastroduodenal, las perforaciones colónicas, las pancreatitis, el íleo parálítico y la impactación fecal<sup>1</sup>. A nivel de intestino delgado la complicación más frecuente es el íleo parálítico tras la intervención quirúrgica, la cual suele resolverse en un plazo de 24 a 48 horas<sup>2</sup>. Otra complicación frecuente es la obstrucción intestinal debida a adherencias<sup>3</sup>.

Presentamos un caso de obstrucción intestinal en el que la causa no fueron las adherencias sino una herniación a nivel de la neofosa renal.



Fig. 1.—Radiografía de abdomen en decúbito lateral con múltiples niveles hidroaéreos en el intestino delgado.

Se trata de una mujer de 40 años de edad que recibió un trasplante renal (TR) de cadáver en septiembre de 1984. Previa-

mente había estado en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) desde octubre de 1983. El riñón se colocó extraperitonealmente a nivel de fosa ilíaca derecha. La evolución posterior fue buena, consiguiendo un mes después del TR cifras de creatinina plasmática de 1,5 mg/dl. En febrero de 1985 ingresó por deterioro progresivo de la función renal y desarrollo de hipertensión arterial. Tras practicar biopsia renal fue diagnosticada de rechazo vascular y tratada con tres choques de 500 mg. de metil-prednisolona, no consiguiendo ninguna mejoría, por lo que pasó a un programa de hemodiálisis en marzo de 1985. En ese momento presentó un cuadro de dolor abdominal difuso, acompañado de vómitos biliosos y febrícula. Radiológicamente se comprobó una dilatación de asas de intestino delgado, con múltiples niveles hidroaéreos (fig. 1). Con medidas conservadoras el cuadro no mejoró, por lo que fue intervenida quirúrgicamente. Se encontró una oclusión intestinal secundaria a hernia parietal interna, localizada a nivel de la neofosa renal. En el mismo acto quirúrgico se colocó catéter de DPCA. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática incluida en un programa de DPCA.

Aunque en el caso que presentamos la clínica y radiología fueron bastante expresivas, en general el cuadro clínico en las complicaciones gastrointestinales en este tipo de pacientes suele ser bastante solapado al estar enmascarado por los corticoides, pudiendo presentarse con fiebre, dolor abdominal e íleo parálítico o con muy escasa sintomatología<sup>4, 5</sup>.

A pesar de que la incidencia de este tipo de complicaciones ha disminuido en los últimos años, no dejan de tener una gran importancia, dado el alto índice de mortalidad que conllevan<sup>2</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

1. Colley DP. Complications of renal transplantation. *Sem Roentgenol* 13:299, 1978.
2. Sola R, Ballarín JA, Roca M, Del Río G, Solé-Balcells F. Complicaciones gastrointestinales. En «Trasplante renal». Caralps A. y cols. Ed. Toray, Barcelona, p. 469, 1983.
3. Putnam CW, Starzl TE. Complications of transplantation. En «Complications of Surgery and their management». Ed. Saunders, Philadelphia, p. 741, 1975.
4. Meyers WC, Harris N, Stein S. Alimentary tract complications after renal transplantation. *Ann Surg* 190:535, 1979.
5. Guice K, Rattazzi LC, Marchioro TL. Colon perforation in renal transplant patients. *Am J Surg* 138:43, 1979.