

Importancia del diagnóstico temprano de la estenosis ureteral postrasplante

P. L. Santa Cruz*, R. Gómez**, R. Chávez*** y M. Calzadilla****

Servicios de Nefrología*, Urología**, Imagenología*** y Cirugía General****. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Manuel Asunce Domenech, Camagüey (Cuba).

Señor director:

Las complicaciones urológicas del trasplante renal (TR) constituyen causa importante de morbilidad, pérdida del injerto e incluso de la vida del receptor^{1,4}. La obstrucción de vías urinarias representa una de las más frecuentes en este contexto, señalando Ricart un 6,4 % en 262 TR, cuatro de ellos por estenosis de la anastomosis ureterovesical⁵, aceptándose de manera general que la obstrucción ureteral ocurre entre el 1 y el 9,7 % de los receptores de injerto⁶, debiendo ser considerada entre las causas de no funcionamiento o pobre función del riñón trasplantado. Las investigaciones que se practiquen deben mostrar si la lesión ureteral existe y el sitio exacto de la misma⁷.

El diagnóstico puede verificarse mediante ultrasonografía que demuestre hidronefrosis con ureteroectasia y pielograma anterógrado que brinde información tanto del grado como del sitio de la obstrucción⁶. Este último ha sido considerado un método sencillo, seguro, de escasas complicaciones y bajo costo, sobre todo acompañado de ultrasonido diagnóstico y el empleo de aguja fina^{7,9}.

Una vez que el diagnóstico de obstrucción ureteral ha sido confirmado, la estrategia será el restablecimiento de la normalidad del uréter, lo que tradicionalmente ha sido realizado por reimplantación de éste, ureteroureterostomía o ureteropielostomía con el uso del uréter propio del receptor⁶.

La ureteroureterostomía o la ureteropielostomía están asociadas con un significativo grado de pérdida del injerto y mortalidad^{8,10}.

En la presente comunicación se informa de una paciente de veintinueve años de edad, blanca, con nefropatía diabética terminal, la cual inició tratamiento con hemodiálisis periódica en enero de 1989, recibiendo en junio del mismo año TR de donante cadáver con tres compatibilidades del sistema HLA (dos en el locus B), 0 % de sensibilización y cinco transfusiones previas bajo tratamiento inmunosupresor con prednisona, azatioprina y ciclosporina A. Cuarenta y ocho horas más tarde se mantiene oli-

goanúrica, requiriendo sostén dialítico. Una ecografía reporta ligera pielocaliectasia y la renografía (hipurán-¹³¹I) señala actividad funcional. Controles ecográficos evolutivos denotan ureteropielocaliectasia *in crescendo*, que concommita con deterioro de la curva renográfica, practicándose entonces pielografía anterógrada transcutánea dirigida por ultrasonografía, donde se confirma marcada ureterohidronefrosis y estenosis de la neoureterosistostomía (fig. 1), por lo que se realiza reimplantación vesical del uréter.

Después de la intervención quirúrgica, la enferma desarrolla sepsis sistémica, que es exitosamente controlada



Fig. 1.—Imagen ultrasonográfica (arriba, a la izquierda) y marcada ureterohidronefrosis hasta la unión ureterovesical, confirmada por la pielografía anterógrada.

Correspondencia: Dr. P. L. Santa Cruz Valverde.
Unidad de Nefrología.
Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Manuel Asunce Domenech.
Carretera Central (Oeste), s/n, km 4,500.
Camagüey 1. CP 70 100 (Cuba).

con ceftriaxona (Rocephin) 2 g/día durante dos semanas. Tras ceder la infección evoluciona satisfactoriamente, egresando poco después con función renal útil (creatinina sérica, 176 $\mu\text{mol/l}$), control metabólico de su diabetes, curva renográfica de gran mejoría y ecografía evolutiva con notable recuperación. Hoy, a los tres años de practicado el injerto, la paciente se halla restablecida, con creatinina de 88,4 $\mu\text{mol/l}$ (1 mg/dl), intensidad de filtración glomerular de 79 ml/min \times 1,73 m² s.c. y ultrasonografía normal.

En el presente caso, la ecografía renal y un pielograma anterógrado percutáneo oportuno permitieron establecer el diagnóstico temprano de obstrucción ureterovesical y actuar en consecuencia para solucionar dicha anomalía, salvando así la función del TR y, más importante aún, la vida de la enferma.

Bibliografía

1. Becker JA y Kutcher R: Urologic complications of renal transplantation. *Semin Roentg*, 13:341-353, 1978.
2. Lee HM, Madge GE, Méndez-Picón G y Chatterjee SN: Complicaciones quirúrgicas en receptores de trasplante renal. *Clin Quir North Amer*, 5:285-304, 1978.
3. Mehta SN, Kennedy JH, Loughride WGC, Douglas JF, Donaldson RA y McGeown MG: Urological complications in 119 consecutive renal transplantation. *Brit J Urol*, 51:184-187, 1979.
4. Wisnia LG, Chatterjee SN y Drazo JR: Urological complications in renal transplantation. *Dialysis and Transplant*, 9:482-486, 1980.
5. Ricart MJ: Obstrucción de la vía urinaria después del trasplante renal. En Caralps A, Gil-Vernet JM, Vives J, Andreu J, Brulles A y Torres D (eds.). *Trasplante Renal*, 1.ª ed. Toray, Barcelona, pp. 206-214, 1983.
6. Yoshimura N y Oka T: Medical and surgical complications of renal transplantation: Diagnosis and management. *Med Clin North Amer*, 74:1025-1037, 1990.
7. Turner AG, Howlett KA, Eban R y Williams GB: The role of antero-grade pyelography in the transplant kidney. *J Urol*, 123:812-814, 1980.
8. Kinnaert P, Hall M, Janssen F, Vereestraeten P, Toissaint Ch y Van Geertruyden J: Ureteral stenosis after kidney transplantation: True incidence and long-term follow-up after surgical correction. *J Urol*, 123:17-20, 1985.
9. Lieberman RP, Crummy AB, Glass NR y Belzer FO: Fine needle antegrade pyelography in the renal transplant. *J Urol*, 126:155-158, 1981.
10. Helling TS, Thomas CY y Moore JD: The surgical approach to obstructive problems of the transplant ureter. *Transplant Proc*, 14:751-757, 1982.