



Reconstrucción de las Malformaciones Venosas en el Trasplante Renal

R. RIVEROS, MD, SCC; G. ALDANA, MD; L.C. GALLO, MD.

INTRODUCCION

Las malformaciones venosas renales representan un reto formidable para el cirujano de trasplante, ya que su diagnóstico preoperatorio en el cadáver es imposible, y en el donante vivo por lo menos dificultoso. En el presente trabajo queremos proponer:

1. Protocolo de diagnóstico preoperatorio en el donante vivo
2. Protocolo de táctica quirúrgica durante el proceso de reimplante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de 84 pacientes trasplantados en el Hospital San José de Bogotá, y 18 niños trasplantados en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos de la misma ciudad, para un total de 102 casos. De los 84 casos del Hospital San José, 62 fueron de donante cadavérico y 22 de donante vivo relacionado. Del Hospital Infantil, 1 fue de donante cadavérico y los 17 restantes, de donante vivo relacionado. Se encontraron malformaciones venosas en 5 pacientes del Hospital San José (1 de donante vivo y 4 de donante cadavérico) y 2 pacientes del Hospital Infantil (los 2 casos de donante vivo).

Se usó la clasificación propuesta por el autor (1) para ordenar las malformaciones en tres grandes grupos:

1. Vena accesoria con diámetro < de 3 mm
2. a) Vena accesoria > de 3 mm y a menos de 1 cm de la vena renal mayor
2. b) Vena > de 3 mm de diámetro a más de 1 cm de distancia de la vena renal mayor
3. Dos venas renales mayores (más de 5 mm de diámetro) a más de 2 cm de distancia la una de la otra.

Doctor **Rafael Riveros Dueñas**, Prof. de Cirug. Univ. del Rosario, Jefe de la Sección de Trasplante de Organos Vitales, Hosp. de San José y Clínica del Country; **Guillermo Aldana** y **Juan Carlos Gallo**, Cirujanos del Hospital de San José. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Basándonos en la clasificación descrita al grupo 1 (< de 3 mm) se practicó ligadura simple (2 casos). A 2 casos del grupo 2.a), se les practicó anastomosis veno-venosa terminolateral usando como receptora la vena de mayor calibre. A su vez el ostium de esta última fue anastomosado a la vena ilíaca externa del receptor con la técnica terminolateral. A 2 casos de clasificación 2. b. (> de 3 mm y a más de 1 cm de distancia) se practicó anastomosis con parche total de vena cava terminolateral, del riñón a la vena ilíaca del receptor. En 1 caso tipo 3 (2 venas renales mayores (> 5 mm de diámetro) a más de 2 cm de distancia la una de la otra) se practicó anastomosis separada terminolateral de cada una de las venas renales a la vena ilíaca del receptor.

RESULTADOS

En todos los 7 casos al soltar las pinzas vasculares hubo llenado inmediato y adecuado tanto de las venas ilíacas como de las venas renales. En 1 de los casos (tipo 1) se observó una zona cianótica de 2 x 3 cm en el área de tejido correspondiente al drenaje venoso, la cual se recuperó espontáneamente durante la operación. En el caso tipo 3 se presentó sangrado leve en la anastomosis de la vena proximal que cedió con compresión local.

Los estudios de seguimiento postoperatorio, incluyendo la gamagrafía, fueron normales para todas las fases de funcionamiento del injerto.

DISCUSIÓN

Como se sabe desde los trabajos de Vesalio, los vasos renales son las estructuras que mayor variación anatómica sufren en el desarrollo. Son conocidos *in extenso* los tipos de diversidad arterial, los cuales pueden diagnosticarse adecuadamente en el donante vivo a través de la arteriografía, y en el donante cadavérico, durante la preparación intraórtica de los vasos. Por otro lado, las variedades venosas, aunque menos frecuentes (menos del 2% de los pacientes trasplantados) son de difícil manejo especialmente en la situación de donante vivo en el cual es prácticamente imposible la obtención de un botón adecuado de vena cava inferior.

La clasificación que proponemos y los resultados demostrados nos permiten sugerir su aplicación clínica en todos los casos.

Es de anotar que en los 5 trasplantes con donante vivo relacionado hemos estudiado tanto el árbol arterial como el venoso con angiorrsonancia, obteniendo unas excelentes imágenes en ambos sistemas, las cuales se han demostrado durante el procedimiento quirúrgico, por lo cual creemos que este examen debe incluirse en el protocolo de estudio del donante vivo.

CONCLUSIÓN

Se propone una clasificación de las malformaciones venosas para ser empleada en el curso de trasplantes de riñón, ya sean estos con donante vivo o cadavérico. En consecuencia, se propone igualmente un protocolo de técnica quirúrgica de acuerdo con dicha clasificación, la cual ha producido excelentes resultados. Se sugiere la angiorrsonancia como estudio preoperatorio en el donante vivo relacionado para el diagnóstico tanto de las malformaciones arteriales como venosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chatterjee SN: Organs transplantation. John Wright & Sons. 1982
2. Odland MD: Surgical Techique Post-Transplant Surgical Complications. En: Clíin Quirúrg de Norte Am 1998; 78(1): 55-60
3. Riveros R: Manejo de las malformaciones venosas en trasplante renal. Foro quirúrgico Colombiano. Memorias Congreso Avances en Cirugía. Bogotá. Agosto 1997
4. Wood RFM: Renal Transplantation. Baillière Tintall. 1982. Grupo de Trasplantes del ISS:
5. Trasplante Renal en la Clínica San Pedro Claver. Rev Col Cirug 1990 jun: 5 (1 Esp.): 31-7.

*Correspondencia: Doctor **Rafael Riveros Dueñas**. Jefe de la Sección de Trasplantes de Organos Vitales del Hospital de San José. Santafé de Bogotá, Colombia.*

Nota Necrológica

La Sociedad Colombiana de Cirugía registra acongojada el fallecimiento de los distinguidos cirujanos, los doctores **Jorge Ordóñez Puyana**, Miembro Honorario, y **Luis A. Vaca Torres**, Socio Activo, quienes ejercieron la cirugía general con eficiencia y honestidad ejemplares. Ambos se desempeñaron también como docentes en su especialidad, el primero en Bucaramanga y el segundo en Bogotá.

Fueron asiduos asistentes a los certámenes científicos de la Sociedad a la que respetaron y ayudaron con su valioso concurso. Su muerte ha dejado un notorio vacío dentro de la comunidad colombiana a la que sirvieron con ética y dedicación profesional.

La Revista Colombiana de Cirugía se adhire a las numerosas manifestaciones de pesar que han recibido los familiares y amigos de los médicos nombrados, y envía una voz de consuelo al distinguido Socio Activo de la Sociedad, doctor Gabriel Ordóñez Parra, hijo y colega del doctor Ordóñez Puyana.