



Caso clínico

Hernia paratrasplante renal en la era de los inmunosupresores

Renal paratransplant hernia in the era of immunosuppressants



Alfredo Vivas López, Rosa González, Marta Gutiérrez Andreu, Cristina Narváez Chávez, Pedro Yuste García, Eduardo Ferrero Herrero

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)

Recibido: 13-10-2019
Aceptado: 04-11-2019

Palabras clave:

Hernia, paratrasplante, renal, inmunosupresores.

Resumen

Introducción: El trasplante renal es el trasplante de órgano sólido más realizado en el mundo, por lo que el manejo de sus complicaciones ha de tener especial consideración.

Caso clínico: Varón de 57 años con una singular hernia interna, a través del peritoneo sin afectación del plano musculoponeurótico. La ausencia de conocimiento de este tipo de hernia demora el tratamiento quirúrgico de estos pacientes al generar importante confusión en la interpretación de las pruebas diagnósticas.

Discusión: A propósito del caso, se realiza una revisión de la literatura publicada con muy pocos casos publicados, aunque con un llamativo aumento de incidencia en la última década, coincidiendo con la entrada en uso de nuevos tratamientos inmunosupresores.

Abstract

Introduction: Renal transplantation is the most common solid organ transplant in the world, so the management of its complications must have special attention.

Case report: A 57-year-old male with a unique internal hernia: through the peritoneum without involvement of the musculoponeurotic plane. The poor knowledge of this type of hernia, delays the surgical treatment of these patients by generating significant confusion in the interpretation of diagnostic tests.

Discussion: Regarding the case, a review of the published literature is carried out with very few published cases, although with a striking increase in incidence in the last decade, coinciding with the entry into the use of new immunosuppressive treatments.

Keywords:

Hernia, paratransplant, renal, immunosuppressants.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia: Alfredo Vivas López. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid
Correo electrónico: alfredovivas7@gmail.com

Vivas López A, González R, Gutiérrez Andreu M, Narváez Chávez C, Yuste García P, Ferrero Herrero E. Hernia paratrasplante renal en la era de los inmunosupresores. Rev Hispanoam Hernia. 2020;8(4):183-185

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal es el tratamiento de elección de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, pero no está exento de complicaciones posoperatorias: infecciosas, metabólicas, disfunción del injerto y hernias posoperatorias, entre otras. Los defectos herniarios más frecuentes son defectos de la pared abdominal tipo eventración, relacionados con la incisión quirúrgica de colocación del injerto renal. Las hernias internas son mucho menos frecuentes, y especialmente insólitas son las hernias paratrasplante renal (HPR)¹.

La HPR se define como la incarceration y posterior estrangulamiento de una víscera abdominal, generalmente del intestino delgado, a través de un defecto peritoneal en la serosa que recubre el injerto renal. La primera serie de casos fue publicada por Kyriakides y cols. en 1978, con un total de 3 casos. Solamente se han reportado 12 casos adicionales en los últimos 40 años y, de estos, 9 han sido reportados en la última década. Nuestro paciente es el número 13².

Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline/PubMed, con la palabra clave «renal paratransplant hernia» entre un intervalo temporal comprendido entre 1978 y 2018. Se seleccionan un total de 6 publicaciones. Tres de ellas correspondieron a series cortas de tres pacientes o menos, y tres a reportes de un solo caso.

CASO CLÍNICO

Varón de 57 años con antecedente de insuficiencia renal crónica y trasplante renal heterópico sin incidencias, en tratamiento inmunosupresor con everolimus y prednisona. Acude al servicio de urgencias en el cuarto mes después del trasplante con un cuadro de dolor abdominal en flanco derecho, de aparición progresiva, moderada intensidad, y asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos. Se realiza radiografía simple de abdomen en la que se diagnostica de obstrucción intestinal, de probable causa adherencial. Ingresa en la planta de hospitalización con mala evolución al tratamiento conservador: empeoramiento clínico con aumento del dolor abdominal y débito elevado de contenido intestinal por sonda nasogástrica (SNG). Se realiza TAC abdominopélvico y se evidencia un cambio de calibre intestinal en la fosa ilíaca derecha, sin constatar hernias en la pared abdominal, pero con probable asa cerrada y líquido libre intraabdominal (fig. 1). Ante dichos hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media supraumbilical y se halla importante dilatación de intestino delgado con líquido turbio en cavidad abdominal. En la pared abdominal se encuentra un defecto del peritoneo parietal por el que se hernia un asa de intestino delgado, con cambio de calibre evidente a este nivel (HPR). Se reduce la hernia y posteriormente se evidencia una perforación dentro del saco herniario. Se explora la integridad del resto de los componentes de la pared abdominal, donde se encuentra que la hernia es secundaria únicamente a un defecto peritoneal, sin defecto aponeurótico (hernia preperitoneal). Se realiza resección y anastomosis laterolateral mecánica del intestino delgado y cierre del defecto peritoneal con sutura simple.

El paciente evoluciona favorablemente durante el posoperatorio, con reinicio de la tolerancia oral al cuarto día posoperatorio y alta al octavo.

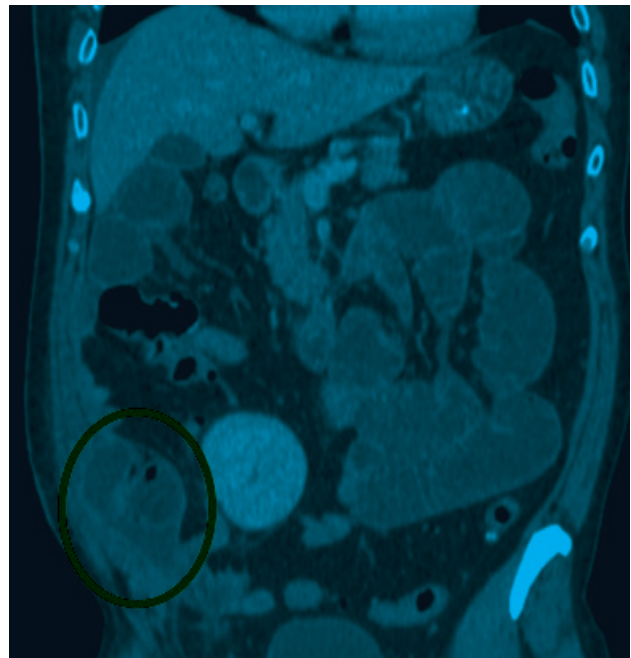


Figura 1. Hernia interna, adyacente a injerto renal.

DISCUSIÓN

Las complicaciones médicas y quirúrgicas que pueden presentar los pacientes con trasplante renal son múltiples. Las complicaciones gastrointestinales son bastante comunes; entre ellas, destacan los cuadros obstructivos, más frecuentemente de origen adherencial, seguidos de otras causas, como eventraciones o hernias internas^{3,4}.

Durante los estudios de cuadros obstructivos intestinales en este tipo de pacientes, en los que no se evidencian hallazgos físicos de patología de la pared abdominal, ante la ausencia de signos de alarma se plantea la posibilidad de una etiología adherencial, cuyo manejo puede ser inicialmente conservador: colocación de una SNG, reposo digestivo, aporte intravenoso de fluidos y aplazamiento de la intervención quirúrgica urgente en caso de que así se requiera⁵.

El concepto de hernia complicada implica un defecto en la pared abdominal por el que se produce la salida de contenido abdominal, recubierto de peritoneo. Dicho contenido no puede reducirse de nuevo a la cavidad abdominal y puede provocar compromiso funcional y vascular de la estructura presente en el saco herniario⁶.

En el caso de las HPR, este defecto no es del plano musculoaponeurótico de la pared abdominal, sino del peritoneo parietal, por el que se produce una incarceration de la víscera abdominal. Se describió por primera vez en 1978, por Kyriakides. La incidencia entonces era muy baja, aunque en la literatura se evidencia un progresivo aumento de las publicaciones de casos en los últimos 10 años, con un total de 12 casos encontrados previos al nuestro (tabla I)⁷.

El incremento en la incidencia de casos de HPR podría deberse a muchas razones, como la mejora de las pruebas diagnósticas,

Tabla I. Casos previos reportados de HPR

Sexo	Año de diagnóstico	Edad (años)	Tiempo posterior al trasplante	Tratamiento empleado (resección frente a tratamiento conservador)	Evolución
Varón			1 mes	Resección	
Varón			2 meses	Conservador	
Varón			18 meses	Conservador	
Varón		48	-	Resección	
Mujer		64	-	Conservador	
Mujer		22		Conservador	
Varón		57	3 días	Resección	Muerte
Varón		43	3 días	Resección	Alta
Varón		33	4 días	Resección	Alta
Varón		29	2 semanas	Conservador	Alta
Varón		53	3 meses	Resección	Alta
Mujer		43	45 días	Conservador	Alta
Hombre	2018	57	4 meses	Resección	Alta

o podría estar relacionado con el tratamiento inmunosupresor, que evita el rechazo del injerto en estos pacientes, como los inhibidores de mTOR (*mammalian Target of Rapamycin*): sirolimus y everolimus (aprobado en 2010). Estos nuevos fármacos presentan diversos efectos adversos, entre los que destacan las alteraciones en el proceso de cicatrización⁸.

En el caso de la HPR, se plantea la incógnita de cómo persiste el defecto peritoneal tanto tiempo. Podría corresponder a la relación patológica con los nuevos tratamientos inmunosupresores de tipo esteroideo y de nueva generación, que podrían impedir la reparación adecuada del defecto peritoneal, lo que permite su persistencia, que se comporta como un anillo herniario para la hernia.

Para corroborar esta relación de forma definitiva, sin duda son necesarios nuevos estudios reglados, tanto en modelos animales como en pacientes con estos tratamientos.

CONCLUSIÓN

El desconocimiento de la existencia de la HPR como causa de hernia interna demora su diagnóstico y tratamiento oportuno, y sobre todo en pacientes en los que la medicación inmunosupresora puede tener un efecto inhibitorio sobre la cicatrización tisular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suthanthiran M, Strom TB. Renal transplantation. *N Engl J Med*. 1994;331:365.
2. Kyriakides GK, Simmons RL, Buls J, et al. Paratransplant hernia. Three patients with a new variant of internal hernia. *Am J Surg*. 1978;136:629. DOI: 10.1016/0002-9610(78)90323-9
3. Ponticelli C, Passerini P. Gastrointestinal complications in renal transplant recipients. *Transplant International* 2005;18:643-50.
4. Catena F, Di Saverio S, Coccolini F, et al. *World J Gastrointest Surg*. 2016;27;8(3):222-31.
5. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg*. 2018;13:24.
6. Birindelli A, Sartelli M, Di Saverio S, et al. 2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. *World J Emerg Surg*. 2017;12:37.
7. Moris D, Vernadakis S. Renal paratransplant hernia. An uncommon variant of internal hernia. Are we aware of it? *Transplantation*. 2014;97(11):e65-e66.
8. Ellis H, Harrison W, Hugh TB. The healing of peritoneum under normal and pathological conditions. *Br J Surg*. 1965;52:471-6.