

Transplante renal de donante vivo: un análisis crítico de estrategias quirúrgicas basado en 40 años de experiencia

Vela Navarrete R, Rodríguez Miñón Cifuentes JL, Calahorra Fernández J, González Enguita C, Cabrera J, García Cardoso JV, Castillon Vela I, Plaza JJ.

Departamento de Urología y Unidad de Trasplante Renal. Servicio de Nefrología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.

Actas Urol Esp. 2008;32(10):989-994

RESUMEN

TRANSPLENTE RENAL DE DONANTE VIVO: UN ANÁLISIS CRÍTICO DE ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS BASADO EN 40 AÑOS DE EXPERIENCIA

Introducción: La prioridad inexcusable de un programa de trasplante renal de donante vivo (TRDV) es la seguridad vital del donante, seguida de la preservación del órgano, obtenido en las mejores condiciones anatómicas y funcionales. La reducción de la morbilidad del donante, inmediata y a largo término, debe ser otro objetivo. Tanto en el TRDV como en el trasplante de cadáver el implante del órgano debe realizarse con las mayores garantías técnicas. Analizamos nuestra mortalidad, morbilidad, incidencias, técnica de la nefrectomía y otros datos relevantes observados en nuestro programa de TRDV iniciado en 1968, con la intención de comparar nuestros resultados con los publicados utilizando técnicas laparoscópicas de nefrectomía, y en consecuencia decidir si nuestro programa debe modificar, o no, sus estrategias quirúrgicas actuales.

Material y métodos: Nuestro programa de trasplante renal se inició en 1964, con riñón de cadáver, y en 1968 con riñón del donante vivo. Desde junio de 1968 hasta junio del 2008 hemos realizado 243 TRDV; un reducido número de trasplantes por año. La técnica de nefrectomía empleada desde 1968-1972 fue el abordaje supracostal propuesto por Turner-Warrick y desde 1972 una miniincisión subcostal, anterior extraperitoneal. La lumbotomía convencional con resección de la última costilla nunca ha sido practicada. El riñón derecho fue utilizado en el 78% y el implante en la fosa iliaca derecha en el 85%. La cirugía del donante y el receptor se realizan simultáneamente en dos quirófanos adyacentes, por dos equipos distintos, siendo un solo cirujano responsable de ambos procedimientos; la nefrectomía y el implante. Las complicaciones peroperatorias y postoperatorias, potencialmente relacionadas con la nefrectomía, o de otra naturaleza, han sido evaluadas por los equipos urológicos y nefrológicos.

Resultados: No se han detectado en nuestra serie ningún caso de muerte del donante, pérdida del órgano o complicaciones mayores tales como neumotórax, hemorragias necesitando transfusión, infecciones graves, reintervenciones. Complicaciones menores tales como paresia intestinal, fiebre, infección de la herida operatoria, fueron más frecuentes con el abordaje supracostal que con el miniincisional. Igualmente, este abordaje ha reducido el dolor postoperatorio, consumo de analgésicos y tiempo de recuperación. En el seguimiento a largo plazo la incidencia de hernias incisionales, o paresia de la pared abdominal, no han sido detectadas. La responsabilidad personal de un cirujano en ambos procedimientos soslaya reclamaciones sobre la calidad anatómica y funcional del órgano, facilita la elección de vasos para la anastomosis y reduce el tiempo operatorio y de ocupación de quirófano.

Conclusiones: El análisis de nuestros resultados cuestiona la conveniencia de sustituir nuestra estrategia quirúrgica actual por los potenciales beneficios e inconvenientes de la nefrectomía laparoscópica, especialmente en un programa de TRDV de reducido número anual. Nuestra técnica de nefrectomía ha ofrecido, a lo largo de una experiencia de 40 años, máximas garantías vitales para el donante y de calidad anatómica y funcional para el órgano, con morbilidad postoperatoria similar a la conseguida con la incisión final laparoscópica.

Palabras clave: Transplante renal. Donante vivo. Nefrectomía. Estrategia quirúrgica.

ABSTRACT

RENAL TRANSPLANTATION WITH LIVING DONORS. A CRITICAL ANALYSIS OF SURGICAL PROCEDURES BASED ON 40 YEARS OF EXPERIENCE

Introduction: Absolute priority in an LDKT programme are donor safety and kidney optimal anatomical and functional preservation. Reduced donor morbidities, both at short and long term, are important objectives. Excellent technical grafting is a must as are the strategies employed for facilitating it. We revised the incidences of our whole LDKT programme (40 years 243 donors) to confirm if these exigences have been accomplished or a change to new surgical procedures is recommended.

Material and methods: Between 1968-2008 243 nephrectomies and grafting has been performed, a reduced number per year (A cadaver programme has been running simultaneously since 1964). For the nephrectomies a Turner-Warrick approach was initially used and since 1973 a miniincisional, anterior, extraperitoneal approach of approximately 10 cm in length. The right kidney was removed in 78% of the cases and the right iliac area for the implant in 85%. In adjacent operating rooms, one team performs the nephrectomy while the other prepares and dissects free the grafting vessels. Most of the time the same senior surgeon performed both operations: the nephrectomy and the implant. Peroperative and postoperative complications were evaluated by urologists and nephrologists in charge.

Results: No donors dead, organs lost or major complications in the donors have been documented. Minor complications such as intestinal paresia, wound infection, persistent incisional pain were common. Miniincisional abdominal approach reduced postoperative pain and hospital stay (4 days). At long term no incisional hernia or abdominal paresia have been documented. Simultaneous work reduces ischemia time (30-45 s warm: 30-45 min cold) and operating room occupation (patient preparation plus anesthesia plus operation) estimated in 90-120 min for the nephrectomy and 120-160 for the grafting. The responsibility of the senior surgeon in both procedures facilitates vessel selection for the grafting.

Conclusions: No reasons have been found to reconvert our current nephrectomy procedure to laparoscopic or modify current surgical strategy. Superior safety of open surgery for donors and organs is confirmed. Pain and recovery time are reduced in laparoscopic surgery but not as much when compared with miniincisional approach. Open surgery permits optimal anatomical and functional organ extraction facilitating the quality of the implant. As numbers matter in laparoscopic surgery open nephrectomy is recommended for reduced LDKT programmes.

Keywords: Renal transplantation. Living donors. Nephrectomy. Surgical strategies.

El éxito y amplia difusión de las técnicas laparoscópicas para la nefrectomía del donante vivo, obliga, a aquellos equipos que llevan años practicando nefrectomías abiertas, a una reconsideración sobre la vigencia de estos procedimientos y la necesidad de incorporar esta nueva técnica en su programa. En centros en los que el programa de TRDV es reducido, la posibilidad de un estudio comparativo es irrealizable. Por otro lado, la nefrectomía abierta tiene muchas variantes, así como la cirugía laparoscópica, y sólo la experiencia de un centro concreto sería válida para comparar beneficios e inconvenientes de ambos procedimientos. La literatura actual sobre la cirugía laparoscópica del donante vivo claramente demuestra beneficios cosméticos, reducción del consumo de analgésico y rápida recuperación del donante, además de un formidable impacto mediático¹⁻³. No obstante, la cirugía laparoscópica conlleva singularidades que deben ser valoradas con rigor: tiene una parte de cirugía abierta, la incisión necesaria para la extracción del órgano; implica dificultades técnicas sólo superables en programas numéricamente importantes, con una larga curva de aprendizaje⁴; genera complicaciones específicas de la técnica⁵⁻¹⁰; no se han divulgado, con el rigor necesario, la incidencia de sus complicaciones y en especial de aquellas que son inaceptables en un programa de TRDV, como son la pérdida del donante o del órgano¹¹. Igualmente, tampoco se insiste en las potenciales dificultades que la extracción laparoscópica motiva para el ulterior implante del órgano, pero la frecuente extracción del riñón izquierdo, por su vena más larga, explícitamente advierte que existen otras dificultades o inconvenientes para la óptima oferta anatómica del órgano. En consecuencia, es una exigencia ética analizar las referencias prioritarias de un programa de TRDV mantenido durante largos años, antes de embarcarse en procedimientos novedosos y atractivos, incluso calificados como inexcusables¹². Hemos elegido como referencias básicas de esta comparación, y examinado con rigor en nuestra dilatada experiencia de 40 años, las siguientes: mortalidad y morbilidad del donante; pérdidas de órganos; calidad anatómica y funcional del órgano tras la extracción (decapsulación, dislaceraciones vasculares, calidad y longitud de los vasos, tiempo de isquémica). Incidencia de nuestra estrategia quirúrgica sobre facilidades técnicas para el injerto

renal y ocupación de quirófano,. Todo ello ha sido comparado con las más recientes informaciones publicadas por los grupos que de manera mayoritaria practican la nefrectomía laparoscópica¹³⁻¹⁵.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro programa de trasplante renal se inició en 1964, con riñón de cadáver, y en 1968 con riñón del donante vivo. Desde junio de 1968 hasta junio del 2008 hemos realizado 243 TRDV; un reducido número de trasplantes por año. La técnica de nefrectomía empleada desde 1968-1972 fue el abordaje supracostal propuesto por Turner-Warrick y desde 1972 una miniincisión subcostal, anterior extraperitoneal. Las peculiaridades técnicas de esta nefrectomía miniincisional pueden verse en la sección de videos de TTMed Urology (ttmed.com/urology/surgicalvideolibrary)¹⁶. La lumbotomía convencional con resección de la última costilla nunca ha sido practicada. El riñón derecho fue utilizado en el 78% y el implante en la fosa ilíaca derecha en el 85%. La cirugía del donante y el receptor se realizan simultáneamente en dos quirófanos adyacentes, por dos equipos distintos, siendo un solo cirujano responsable de ambos procedimientos; la nefrectomía y el implante. Las complicaciones peroperatorias y postoperatorias, potencialmente relacionadas con la nefrectomía, o de otra naturaleza, han sido evaluadas por los equipos urológicos y nefrológicos.

DISCUSIÓN

Variedades de nefrectomías abiertas

El término de nefrectomía abierta incluye muy variados abordajes. En 1968, en los pocos centros en los que se realizaban trasplantes renales con donante vivo la técnica habitual era la lumbotomía convencional incluyendo resección de la última costilla¹⁷⁻¹⁹.

Nosotros comenzamos aplicando el abordaje propuesto por Turner-Warrick²⁰⁻²¹ que tenía dos claros beneficios sobre la técnica anterior; excluye la resección costal y la frecuente lesión del nervio intercostal con la consecuente paresia abdominal. Sin embargo, aún mantenía el riesgo de lesión pleural, con el neumotórax consecuente, y la lesión de la arteria intercostal con riesgo de hematomas cutáneos e incluso más importantes. Pronto comprobamos que si practicamos la incisión más medial, a partir de la punta de la última costilla y la prolongábamos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3844264>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3844264>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)