

1203 - EL TRASPLANTADO RENAL EN URGENCIAS

Andrades Gómez, Cristina
Temprado Collado, Alba
Villacorta Linaza, Blanca

URGENCIAS MÁS FRECUENTES EN EL TRASPLANTADO

INFECCIÓN	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
La infección más frecuente es la urinaria, seguida de respiratoria, posquirúrgicas y bacteriemias.	<ul style="list-style-type: none"> Los inmunosupresores modifican la respuesta inflamatoria presentando clínica asintomática o leve. En infecciones del tracto urinario puede no existir clínica miccional y presentar fiebre, escalofríos y dolor en la zona del injerto. 	<p>Analítica sangre y orina.</p> <p>Urocultivo y hemocultivo.</p> <p>Ecografía renal si deterioro de función renal/gravedad clínico-analítico.</p> <p>Infección respiratorio: Rx tórax, Test de Ag SARS y PCR multivirus.</p>
OTRAS URGENCIAS	DIAGNÓSTICO	PLAN
GASTROINTESTINALES Diarrea: Si antibioterapia reciente sospechar CDificile.	Coprocultivo y toxina C Difficile.	
HEMATOLÓGICAS	Anemia, leucopenia y trombocitopenia asociadas a inmunosupresores, antibióticos (cotrimoxazol) antivirales. Infecciones virales (CMV).	
CUTÁNEA <ul style="list-style-type: none"> Herpes simple. Vaicela-Zoster. 		Valaciclovir vía oral. Si infección diseminada INGRESO y aciclovir IV. Contactar con Nefrología.

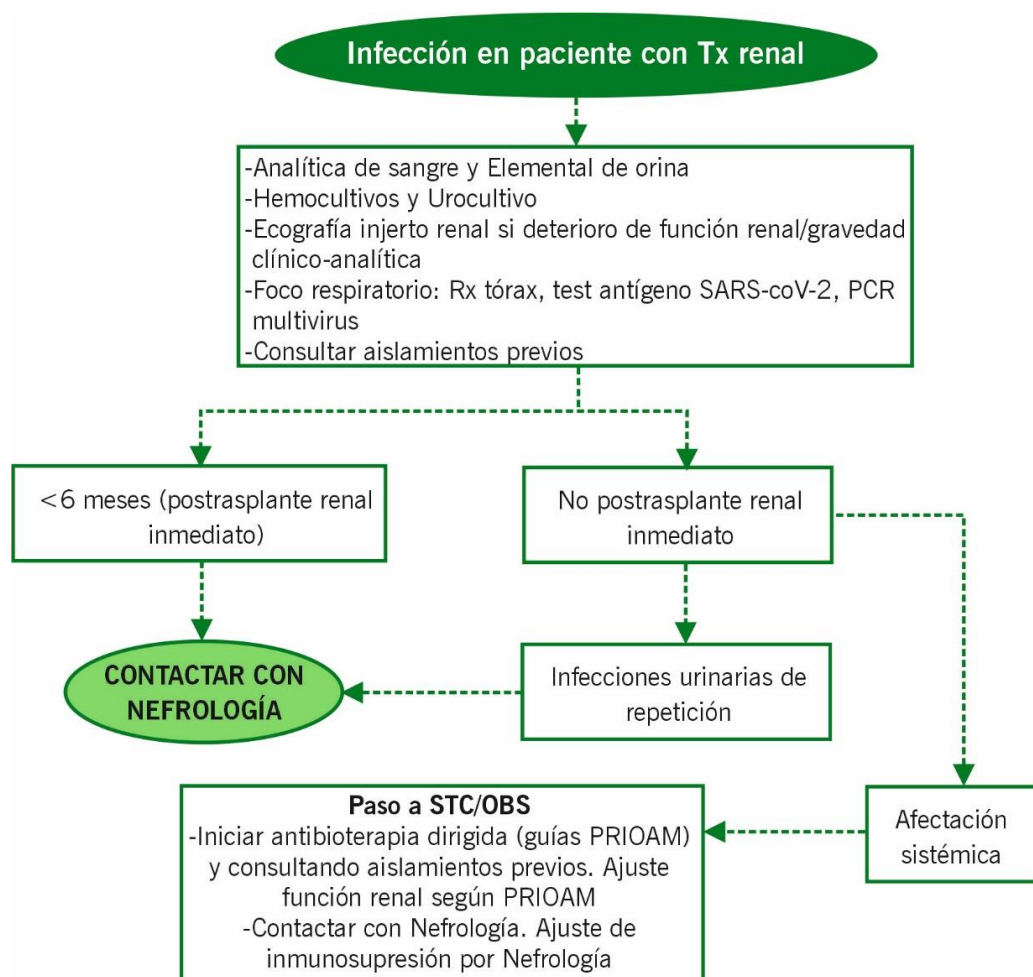
Tabla: Efectos secundarios de los Inmunosupresores.

FÁRMACO	EFFECTOS SECUNDARIOS
Ciclosporina A (Sandimmun®, microemulsion (Sandimmun Neoral®)	Nefrotoxicidad, hiperpotasemia, hipomagnesemia, hiperuricemia/gota, síndrome hemolítico-urémico, diabetes, hiperlipemia, neurotoxicidad, hirsutismo, hiperplasia gingival.
Tacrólimus (Prograf®), tacrolimus de liberación retardada (Advagraf®), Envarsus	Nefrotoxicidad, hiperpotasemia, hipomagnesemia, hiperuricemia/gota, síndrome hemolítico-urémico, diabetes, hiperlipemia, neurotoxicidad (mayor que con Ciclosporina A).
Mofetil Micofenolato (Cellcept®) y Micofenolato sódico (Myfortic®)	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas, toxicidad medular.
Sirolimus (Rapamune®) Everolimus (Certican®)	Toxicidad medular, hiperlipemia, úlceras orales, neumonitis intersticial.
Azatioprina (Imurel®)	Toxicidad medular, pancreatitis, hepatotoxicidad.

FRACASO RENAL AGUDO EN EL TRASPLANTADO

Tendrá el mismo abordaje que para riñones nativos (ver capítulo correspondiente).

Las elevaciones moderadas de creatinina se asocian con frecuencia a pielonefritis y depleción por cuadros digestivos.



COMPLICACIONES UROLÓGICAS O DERIVADAS DE LA CIRUGÍA

Tabla: Complicaciones derivadas de la Cirugía del Trasplante.

	SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	PLAN
TROMBOSIS DEL INJERTO	<ul style="list-style-type: none"> Cese repentino de diuresis, ↑de creatinina y dolor local. Si trombosis de v renal: hematuria, edema importante del injerto. En pacientes con diuresis de riñones nativos el único signo puede ser el ↑creatinina. 	ECO-Doppler.	Contactar con Nefrología y Urología de guardia.
OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA URINARIA	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de función renal con/sin ↓ diuresis. No suele haber dolor por denervación del injerto renal. Causa más frecuente: estenosis de la unión uretero-vesical y compresión de la vía urinaria por colecciones periureterales. 	Ecografía renal: dilatación de vía urinaria, y descartar colección perirrenal.	Contactar con Urología.
FUGA URINARIA	<ul style="list-style-type: none"> Complicación precoz, pero en ocasiones puede aparecer tras el alta hospitalaria. Cursan con deterioro de función renal y anuria. Si no drena por la herida, puede presentarse con un dolor intenso y tumoración en la zona de la herida operatoria. 	Ecografía: acúmulo de fluido que puede o no obstruir la vía urinaria.	Contactar con Urología.
ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL	<ul style="list-style-type: none"> Suele ser una complicación tardía. HTA de difícil control, deterioro de función renal y edema periférico. 	Ecodoppler, angioRMN o angioTAC.	Contactar con Nefrología.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant* 2009;9 Suppl 3:S1-155.
2. Renders L and Heemann U. Chronic renal allograft damage after transplantation: what are the reasons, what can we do?. *Curr Opin Organ transplant* 2012; 17: 634-9
3. Unterman S, Zimmerman M, Tyo C, Sterk E, Gehm L, Edison M, et al. A descriptive analysis of 1251 solid organ transplant visits to the emergency department. *West J Emerg Med*. 2009;10:48-54
4. S. Unterman, M. Zimmerman, C. Tyo, E. Sterk, L. Gehm, M. Edison, et al. A descriptive analysis of 1251 solid organ transplant visits to the emergency department. *West J Emerg Med*, 10 (2009), pp. 48-54
5. Karuthu S, Blumberg EA. Common infections in kidney transplant recipients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 2058-2070.
6. Vidal E, Torre-Cisneros J, Blanes M et al. Bacterial urinary tract infection after solid organ transplantation in the RESITRA cohort. *Transpl Infect Dis* 2012; 14: 595-603.
7. Bok K, Green Y. Norovirus Gastroenteritis in immunocompromised patients. *N Engl J Med* 2012; 367: 2126-32.
8. Humar A, Ramcharan T, Denny R, Gillingham KJ, Payne WD, Matas AJ. Are wound complications after a kidney transplant more common with modern immunosuppression? *Transplantation* 2001 Dec;72(12):1920-3.
9. Akbar SA, Jafri SZ, Amendola MA, Madrazo BL, Salem R, Bis KG. Complications of renal transplantation. *Radiographics* 2005 Sep-Oct;25(5):1335-56