

POSIBILIDAD DE INFECCION EN EL TRACTO URINARIO BAJO, LUEGO DE NEFRECTOMIA BILATERAL

Dres. M. CALVO, M. VARELA, R. ROMANIELLO, A. GALLESIO

El motivo de esta breve comunicación previa, es traer a este Congreso nuestra experiencia sobre la presencia de infección urinaria en pacientes en plan de transplante, y de aquellos dializados crónicamente por lapsos que varían entre los cuatro meses y un año y medio.

Material y métodos:

Se trabajó con enfermos en plan de transplante y dializados crónicamente de nuestro servicio de hemodiálisis. La frecuencia y el tipo de infección urinaria se evaluó en los pacientes no nefrectomizados con las técnicas de recolección, cultivo, tipificación y antibiograma que son de rigor en estos casos, ya que siempre conservan algo de diuresis. En los dos anéfricos en plan de transplante se estudió la infección urinaria con instilaciones en vejiga de dextrosa al 5 %, dejada en la misma durante un período de tres horas, y la administración local, a continuación, por el mismo catéter de un antibiótico. Se empleó cloramfenicol, colistina y polimixina B, en un caso. Se practicaron cinco y tres determinaciones respectivamente.

Resultados:

En los pacientes no nefrectomizados, se demostró infección urinaria con recuento de colonias superior a un millón, en siete de ellos. En tres casos desarrolló *Escherichia Coli*, en uno *Proteus*, en otro *Piociánico*, hallándose en los dos restantes un bacilo Gram negativo no tipificado. En los restantes tres casos, el cultivo fue estéril. En los enfermos anéfricos, en el de sexo femenino, el primer cultivo arrojó un recuento de 10.000 colonias de *Escherichia Coli* sensible a varios antibióticos. Con la instilación vesical de Cloramfenicol - Colistina se esterilizó el cultivo. En el anéfrico masculino se aisló más de 1.000.000 de colonias de *Alkaligenes Fecalis* resistente a todos los antibióticos. Pese a ello, se instiló en 2 oportunidades Cloramfenicol - Colistín y en una oportunidad Polimixina B, sin resultado alguno.

Comentarios:

Las dudas suscitadas en nuestros días sobre la pertinencia de la nefrectomía bilateral previa al homoinjerto renal, con dador vivo u órgano de cadáver, tienen fundamento médico técnico, ético y jurídico en grado tal, que en algunos países no puede realizarse dicha operación hasta el momento del transplante por ser considerada mutilación. En los países donde los trasplantes con dador vivo son técnica y éticamente realizables, se procede a la nefrectomía previa siempre que sea posible. Las razones teóricas para la remoción de los riñones enfermos del paciente son:

- 1) Los riñones transplantados pueden desarrollar la enfermedad primitiva cuando no se procedió a la nefrectomía.

- 2) En los enfermos hipertensos renales en transplante, la hipertensión con la nefrectomía es de mucho más fácil manejo.
- 3) En el caso de existir infección renal, esta puede hacer peligrar el éxito del transplante y la vida del enfermo. En efecto, en dos de nuestros transplantados el mismo germen se halló en la orina antes y después del transplante y en uno de ellos en la sangre.

Añadamos a este respecto que los antibióticos generales no suelen modificar la infección urinaria en los enfermos renales crónicos por su insuficiente filtración y concentración.

Para el éxito de un homoinjerto renal es indispensable un correcto diagnóstico etiopatogénico, alcanzar una estabilidad humoral por la hemodiálisis y tener una razonable certeza de ausencia de focos sépticos. Esta última premisa motiva la presentación de esta comunicación previa, enfatizando el hecho que aún la nefrectomía previa no esteriliza el árbol urinario. Esta intervención aunque justificada debe ser seguida por lavajes vesicales distanciados en el tiempo de acuerdo a la necesidad de cada caso para mantener el cultivo estéril. En ciertas ocasiones, como en el segundo de nuestros casos, de sexo masculino y portador de un germen resistente a todos los antibióticos, es difícil la eliminación de la infección.

En resumen, el éxito del transplante renal, implica un control efectivo de la infección urinaria, creyendo nosotros que la nefrectomía previa y alejada del transplante debe ser seguida de la instilación vesical de antibióticos orientada por un frecuente control bacteriológico.

BIBLIOGRAFIA

1. *Calne y col.*: Renal transplantation in man. Brit. Med. Jour. Sept. 14, 1963.
2. *Straffon y col.*: Four years clinical experience with 138 kidney transplants. Tran. Amer. Ass. Genitourin. Surg. 59:56-61, 1967.
3. *Hamburger, J. y col.*: Experience with 45 renal homotransplantations in man. The Lancet, May 8, 1965, pp. 985-992.