

Retardo de la función del injerto por embolia de cristales de colesterol en paciente trasplantado renal

Zoppi M.E. , Alberton V, Aran N., Canale R., Coppotelli S, Curcio D., Wojtowicz D., Di Pietrantonio S.

Introducción

La embolia por colesterol se caracteriza por la oclusión de pequeñas arterias con émbolos derivados de placas ateromatosas provenientes de grandes arterias. Esta ocurre en pacientes con antecedente de aterosclerosis, luego de procedimientos endovasculares o tratamiento anticoagulante. La proximidad de los riñones a la Aorta abdominal hace que sea un órgano diana.

Presentamos un paciente con antecedente poliquistosis (PQ) hepato renal, que recibió un trasplante (tx) renal con pérdida del injerto por embolia de colesterol.

Métodos

Paciente de 60 años de edad, femenina, con antecedente de poliquistosis hepato renal e inicio de hemodiálisis 2015.

En mayo de 2022 recibió un trasplante renal de donante fallecido.

Características: 1- Isogrupo sanguíneo; 2- Miss-match 011, 3- HTA; 4- Causa de muerte ACV hemorrágico por HSA; 5- Cr preablación 1.03 mg/dl; 6- TIF 24 hs.

Inducción timoglobulina, metilprednisolona, tacrolimus (FK) y micofenolato (MMF)

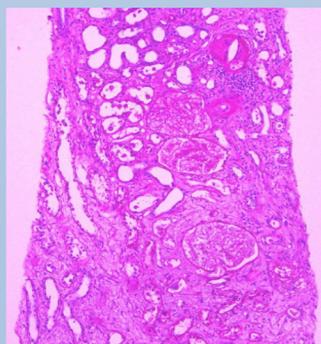
Por ausencia de señal de flujo de doppler en postoperatorio (POP) inmediato, reingresó a quirófano para exploración. Se constató placa de ateroma a 1 cm de la anastomosis con obstrucción parcial de luz arterial. Se realizó resección de arteria con reanastomosis. Buena reperusión renal al desclampeo.

Biopsia en hora 0: 34 glomérulos, 21% globalmente esclerosados, Atrofia tubular y fibrosis intersticial 5%, Injuria tubular aguda, ramas arteriales con leve fibrosis intimal

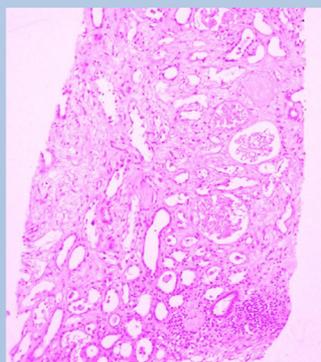
Evolucionó con retardo en la función del injerto con requerimiento de hemodiálisis.

Se planifica biopsia renal (PBR): 18 glomérulos, necrosis cortical asociada a ateroembolia de colesterol. Atrofia tubular y Fibrosis intersticial difusa leve. Rama arterial con moderada fibrosis intimal. C4d por Inmunohistoquímica: positivo débil, sin inflamación asociada de la microcirculación

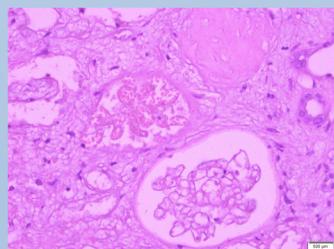
Paciente en POP alejado con diuresis diaria de 100 ml/día, injerto no funcionando, se otorga alta con requerimiento de hemodiálisis intermitente



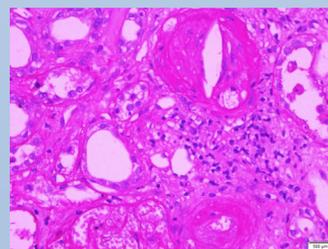
PAS 40X: corteza con extensa necrosis isquémica, injuria tubular y embolia de colesterol en rama arterial



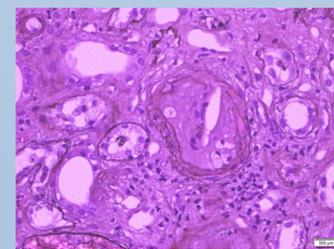
HE 40X: corteza renal con necrosis isquémica



HE 200X: glomérulos necróticos



PAS 200X: rama arterial ocluida por la presencia de un cristal de colesterol, fibrosis intimal y macrófagos espumosos intimales



Metenamina plata 200X: rama arterial ocluida por la presencia de un cristal de colesterol, fibrosis intimal y macrófagos espumosos intimales

Conclusión

Presentamos un paciente con antecedente de PQ que recibió un tx renal. Evoluciona con DGF presentando en PBR del injerto ateroembolia renal. La embolia por cristales de colesterol en el tx suele ser subdiagnosticada ante la sospecha de rechazo₃ o toxicidad por inhibidores de la calcineurina. El tratamiento se describe el uso de corticoides e hipolipemiantes.

A pesar de haber realizado control estricto de presión y haber recibido corticoides, l paciente evoluciona con pérdida del injerto a paciente evoluciona con pérdida del injerto.