

Transplante renal y mamoplastia. Presentación de un caso

Kidney transplantation and mammoplasty. Case report

Dra. María Mercedes Pérez Escobar; Dra. Niria Herrera Cruz; Lic. Elizabeth Pérez Escobar

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se describe una paciente receptora de un trasplante renal donante vivo hace once años, actualmente con normofunción renal y que al momento de ser transplantada tenía mamas normales, en el servicio de nefrología del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey. En mayo del 2000 se le practicó mamoplastia por indicación médica, no estética, por presentar gigantomastia bilateral secundaria provocada por la administración continuada de la terapia inmunosupresora que recibió posterior al trasplante renal. Se suspendió la Ciclosporina un año posterior al trasplante. Es el primer caso de trasplante renal en la provincia que se le practica mamoplastia, con evolución satisfactoria y curación total del acto quirúrgico, sin secuelas, con función renal normal alta y fue evaluada por dos años sin complicaciones aparentes.

DeCS: TRANSPLANTACIÓN DE RIÑÓN; MAMOPLASTIA; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

A female recipient of a kidney transplantation, alive donor for eleven years is described she at present has kidney normofunction and at the time of transplantation had normal breasts in the Nephrology Asuncion Domenech Provincial Hospital of Camagüey. In May 2001, she was performed mammoplasty from medical prescription, it was not stetic for presenting secondary bilateral gigantomastia provoked by the continuous administration of the immunosuppressive therapy she received after the kidney transplantation. Cyclosporine was suspended a years posterior to transplantation. It is the first case of kidney transplantation in this province to whom mammoplasty is practiced with successful evolution and total healing of the surgical act, without sequelae, with normal kidney function at discharge and she was evaluated for three years without apparent complications.

DeCS: KIDNEY TRANSPLANTATION; MAMMOPLASTY; CASE REPORT.

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal (TR) está considerado actualmente el tratamiento de elección de la insuficiencia renal crónica (IRC). Es una intervención efectuada en la mayoría de los países y es una opción terapéutica que debe estar disponible para la mayoría de los pacientes con IRC, ya que proporciona una mejor calidad de vida. Los objetivos del tratamiento inmunosupresor utilizados en la actualidad en el TR son: prevenir el rechazo del injerto, reducir la nefrotoxicidad por Ciclosporina A y evitar la morbilidad infecciosa y neoplásica relacionada con la sobreinmunosupresión. Al inicio del TR se precisa una inmunosupresión enérgica capaz de controlar el alorreconocimiento directo. Conforme las células presentadoras de antígeno del injerto desaparecen, la intensidad de esta vía directa se atenúa, y por tanto, la cantidad de inmunosupresión disminuye.¹

A partir de 1963, la introducción en la práctica clínica de drogas inmunosupresoras (6 mercaptopurinas, Azatioprina, corticoides), permitía el control del rechazo del 40 a 50 % de los trasplantes con riñones de cadáver y en el 75 % de los realizados entre

vivos. La introducción de la Ciclosporina ha ejercido una influencia beneficiosa importante en el TR, así como de otros órganos en cuanto a mejoría en la morbilidad y mortalidad de los trasplantes ha mejorado claramente los resultados del TR. ¹

Tanto un individuo sano, como un paciente que ha sido beneficiado con un TR, en el decursar de la vida puede enfrentar problemas de salud por diversas causas, la paciente que se presenta fue sometida a TR y posteriormente presentó alteraciones anatómicas y problemas psicológicos por desarrollar hipertrofia mamaria bilateral.

Las mamas hipertrofiadas en pacientes jóvenes no responden a ninguna terapéutica conservadora y constituyen una indicación para la cirugía correctiva que se realiza precozmente con el fin de evitar que haya cambios funcionales que se vuelvan irreversibles. Las pacientes de edad avanzada portadoras de hipertrofia mamaria obtendrán grandes beneficios con la reducción; sin embargo, estos beneficios, aunque en menor proporción, en pacientes jóvenes son todavía más gratificantes a una mejor postura, una inspiración y aireación mucho más eficiente y también desde el punto de vista psicológico. ²

Por ser la primera paciente con TR que se le practicó una mamoplastia en la provincia de Camagüey con buenos resultados, se presenta el caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años de edad, blanca, con antecedentes de IRC provocada por una enfermedad glomerular primaria, que hace once años recibió un TR donante vivo, con tratamiento inmunosupresor desde entonces, conserva función del injerto, hipertensión arterial ligera, antígeno de superficie de la hepatitis B positivo. A los nueve años de trasplantada se le practicó exéresis de un carcinoma epidermoide del labio mayor de la vulva con evolución satisfactoria. Dos años más tardes acudió a consulta para solicitar la reducción de sus gigantes mamas, refirió que después de recibir el TR y la terapia inmunosupresora (Ciclosporina, Azatioprina y Prednisona), comenzó con un agrandamiento progresivo de sus mamas. Inicialmente soportaba las molestias, pero con el decursar del tiempo, al alcanzar sus mamas gran volumen, las molestias físicas

y los dolores de la espalda se intensificaron, la aparición frecuente de lesiones de intertrigo y candidiasis a nivel de los surcos submamaros y el marcado complejo de inferioridad que presentaba, la obligaron a realizar dicha solicitud ya que esta situación le interfería el desempeño adecuado de las actividades cotidianas.

Teniendo en cuenta que es una paciente con alto riesgo a desarrollar complicaciones quirúrgicas por estar inmunosuprimida, se discutió el caso y los nefrólogos y cirujanos plásticos llegaron al consenso de realizar la mamoplastia reductora previo chequeo médico y declararla apta para la cirugía por tratarse de una indicación médica, no estética.

Al momento del acto quirúrgico presentaba hemoglobina en 122 g/l, leucograma normal, creatinina en 132 mmol/l, glicerina en 4, 6 mmol/l, eritrosedimentación 25 mm/h, ácido úrico 320 mmol/l, TGP 6 UI, AgsHB positivo, anticuerpos de la hepatitis C no reactivo, serología no reactiva, conteo de addis de 2 h y proteinuria 24 h que niega proteínas, leucocitos, hematíes y cilindros, minicultivo negativo, electrocardiograma, ultrasonografía abdominal, rayos X de senos perinasales y de tórax sin alteraciones, tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 70/min, fístula arteriovenosa en miembro superior izquierdo con buen thrill, tacto vaginal normal, tacto rectal con condilomas acuminados internos y externos bajo tratamiento con Aciclovir (tabletas), fondo de ojo con ligera estrechez arteriolar periférica, exudado vaginal normal, citología orgánica negativa.

Se realizó mamoplastia bilateral con excéresis de la masa axilar. En el posoperatorio inmediato, complementarios normales. Al segundo día presentó fiebre de 38.2 °C, discreto aumento de volumen y dolor inframamario derecho con salida de escasas secreciones serohemáticas, que al realizarle cultivo de secreciones creció un citrobacter diverso, hemocultivos I, II sin crecimiento bacteriano, minicultivo y rayos X de tórax normales, se diagnosticó un pequeño hematoma de la mama derecha.

La terapia antimicrobiana se comenzó de forma profiláctica antes del acto quirúrgico y se mantuvo por 21 d, por cultivo de la secreción de la mama positivo. La paciente presentó evolución satisfactoria egresando a los 23 d de realizada la reducción mamaria y sin presentar alteraciones en la funcionabilidad del injerto renal.

Tratamiento

- Medidas generales
- Hipotensores
- Inmunosupresores: Azatioprina, Prednisona
- Antimicrobianos: ceftriaxona y ciprofloxacino

DISCUSIÓN

Los inmunosupresores actuales carecen de especificidad, es decir, suprimen tanto la respuesta inmune frente a los aloantígenos del injerto como a otros antígenos. Por ende, dicha inmunosupresión inespecífica aumenta el riesgo de infección y neoplasia.^{1, 3, 4} La paciente presentó un carcinoma epidermoide de labio mayor de la vulva que se le realizó excéresis total, en la actual cirugía un hematoma infestado de la mama derecha que recibió cura local diaria y terapia antimicrobiana de amplio espectro; dentro de los efectos adversos de los esteroides y la Azatioprina se cita el aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

Pocas drogas en la historia de la medicina han causado un mayor impacto terapéutico como la Ciclosporina. Ha mejorado los resultados del TR y permitido el desarrollo y consolidación de los programas de trasplante cardíaco y hepático. Constituye la base de la inmunosupresión en los trasplantes de órganos sólidos y médula ósea. Es una droga notable, su principal ventaja sobre su predecesor, la Azatioprina, es que resulta en una inmunosupresión más eficaz, al mismo tiempo es menos tóxica para las células hematopoyéticas. Es la droga inmunosupresora más eficaz de todas las actualmente disponibles; sin embargo, existe un balance delicado entre su eficacia y toxicidad.⁵

Dentro de sus efectos adversos más comunes se citan los renales, neurológicos, digestivos, metabólicos, dermatológicos y neoplásicos; el principal efecto adverso es la nefrotoxicidad y generalmente son dosis dependientes. Los efectos secundarios estéticos de la Ciclosporina tienden a ser relegados debido a los efectos secundarios más serios de la droga (hipertriosis, piel tostada y cejas engrosadas), pero su importancia no debe ser subestimada, pues origina gran preocupación e incluso hace que el paciente no siga el tratamiento, sobre todo si es del sexo femenino. La

Ciclosporina altera el metabolismo de la Prednisolona y disminuye su aclaramiento total, hecho que se expresa como un aumento de los efectos cushingoides que acompaña a los esteroides y posiblemente aumenta el peligro de otros efectos secundarios de los esteroides. ⁵⁻⁸

En la literatura en el año 1995 se describe una mujer de 28 años con enfermedad renal en estadio terminal secundaria a una diabetes mellitus e hipertensión arterial que recibió TR donante cadáver en abril de 1992, después de la cirugía desarrolló agrandamiento bilateral de las mamas, mientras ingería Ciclosporina como terapia inmunosupresora y Felodipino, un bloqueador del canal del calcio para el control de la tensión arterial. Se le realizó la mamoplastia en junio de 1995, caso que coincide con el aquí presentado, lo que hace inferir que la Ciclosporina, dentro de sus efectos adversos estéticos, provoca agrandamiento de las mamas en la mujer, pues la paciente de este estudio, en ningún momento recibió tratamiento con Felodipino. A través de mecanismos conocidos de forma parcial, los bloqueadores del canal del calcio y la Ciclosporina, aumentan el nivel de prolactina sérica y produce ginecomastia en los hombres. No hay informe en la literatura actual para sustentar un fenómeno similar en las mujeres. ⁹ Esta paciente actualmente utiliza esquema duple de inmunosupresión por severa y repetida toxicidad a la Ciclosporina.

El volumen mamario es un factor de gran importancia que finalmente determina la belleza y armonía de la glándula sobre la pared del tórax.

Las quejas principales de las pacientes en la mayoría de los casos es el dolor de espalda que está directamente relacionado al peso de las mamas hipertróficas. La alteración funcional más frecuente causada por las mamas hipertróficas se encuentra en la columna vertebral. El peso de las mamas grandes, ejercido en la pared anterior del tórax produce un aumento de la cifosis dorsal que equilibra la distribución del peso. En cambio, en la postura causa un desequilibrio de los cuerpos vertebrales, responsable de la aparición precoz de la artrosis de la columna, común en los individuos de más edad. ¹⁰ A esto se añade la influencia del tratamiento inmunosupresor y de los esteroides sobre el esqueleto lo que facilita la osteoporosis. ⁵

Se observa muchas veces edema residual, turgencia y dolores torácicos causados por distensión de la piel, exacerbados en los períodos premenstruales. Para contener el

gran volumen y peso de las mamas, es necesario el uso de un sujetador cuyos tirantes dejan marcas en los hombros. El intertrigo y la candidiasis localizados en el surco submamario también constituyen un problema común y la paciente aquejaba estas afecciones. Las mamas grandes y pesadas aumentan considerablemente el esfuerzo de la inspiración con la consiguiente alteración de la expansión torácica. Esta alteración en la dinámica puede producir con el tiempo enfisema pulmonar y simultáneamente consecuencias en el sistema cardiovascular, ² problemas que no presentaba la paciente.

Cerca de la tercera parte de las pacientes presentan conflictos psicológicos relativos a su deformidad mamaria. El hecho de no tener un cuerpo normal muchas veces desarrolla complejo de inferioridad. No se trata de una cuestión de vanidad, sino un serio problema. El estado eufórico de estas pacientes en el posoperatorio puede muchas veces ser exagerado, como si hubiera recuperado su yo después de una dolencia orgánica. Basado en esto se puede afirmar que un estado psicopatológico no puede ser indiscriminadamente considerado como una contraindicación para la cirugía. La edad ideal para esta cirugía se encuentra entre los 16 y los 20 años, cuando la mama está desarrollada y todavía se puede alcanzar una regresión total de la enfermedad funcional, sin interferir en la función fisiológica. La paciente difería de estas edades, pero tuvo resultados satisfactorios.

El procedimiento quirúrgico en un solo tiempo es actualmente corriente y actualmente los pacientes tienen menor riesgo de infección, hematoma, pérdida del pezón y necrosis de la piel, deshicencia de cicatriz infrareolar, queloides. Los resultados a largo plazo son la satisfacción de las pacientes y la recuperación anatomofuncional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llach F, Valdelrrabano F. Insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal. 2 ed. Madrid: Norma; 1997.
2. Coiffman F. Texto de cirugía plástica y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986.

3. Oppenheimer F. Inmunosupresión en el trasplante renal. En: Lorenzo V, editor. Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 873-93.
4. Danovitch G. Immunosuppressant induced metabolic toxicities. Transplant Rev. 2000;14-65.
5. Llach F, Valdelrrabano F. Insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal. 2 ed. Madrid: Norma; 1997.
6. Opelz G. Influence of treatment with cyclosporine, azathioprine and steroids on chronic allograft failure: the collaborative transplant study. Kidney Int. 1995(Supl 52);589-92.
7. Johnson E, Canafax D, Gillinghan K. Effect of early cyclosporine levels on kidney allograft rejection. Clin Transplant. 1997;11:552.
8. Danovitch G. Immunosuppressive medications and protocols for kidney transplantation: handbook of kidney transplantation. Boston: Little Brown; 1956.
9. Pan Y, Grindstaff A, Cassada D, Goldman M, Taylor J. Bilateral reduction mammoplasty in a patient treated with calcium channel blocker and cyclosporine after renal transplant: a case report. Transplantation. 1997;15:63(7):1032-33.
10. Dufourmentel C, Movly R. Reduction mammoplasty by the lateral approach. En: Goldwin RM, editor. Plastic and reconstructive surgery of the breast. Boston: Little Brown; 1976. p. 233-49.

Recibido: 19 de noviembre de 2003.

Aceptado: 4 de marzo de 2004.

Dra. María Mercedes Pérez Escobar. Especialista de I Grado en Nefrología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.