



P-169 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

Mendoza Moreno, Fernando; Blázquez Martín, Alma; Aguado López, Héctor; Díez Gago, María del Rocío; Sánchez Gollarte, Ana; Furtado Lobo, Isabel; Gutiérrez Calvo, Alberto

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: Everolimus y tacrolimus son fármacos inmunosupresores empleados tras trasplante de órganos, cuyo mecanismo de acción celular es la inhibición de las células T dependiente de IL-2, actuando en una fase temprana del proceso de activación de los linfocitos T. En ocasiones, la dosis necesaria para evitar el rechazo del injerto requiere la combinación de ambos, lo que puede predisponer a un porcentaje mayor de complicaciones gastrointestinales.

Objetivos: Describir el caso de un paciente intervenido por perforación esofágica secundaria a tratamiento crónico inmunosupresor (everolimus y tacrolimus).

Caso clínico: Paciente de 80 años con antecedentes médicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiperuricemia, obesidad y trasplantado renal por cuadro de insuficiencia renal crónica en tratamiento con everolimus y tacrolimus que acude a Urgencias por cuadro de vómitos con restos hemáticos, náuseas y dolor abdominal de horas de evolución. A la exploración física presenta taquipnea, taquicardia y enfisema subcutáneo cervical bilateral. Se realiza de manera urgente TAC cervico-toraco-abdominal que muestra neumomediastino, y neumoperitoneo por lo que ante estos hallazgos y el mal estado general del paciente es intervenido quirúrgicamente con carácter urgente. En la cirugía se evidencia una peritonitis purulenta secundaria a perforación en cara posterolateral derecha de esófago abdominal asociada a necrosis de fundus gástrico. Se decide realización de una gastrectomía total con reconstrucción en Y Roux con anastomosis esófago yeyunal tras apertura de hiato previa maniobra de Pinotti. El resultado histopatológico de la pieza de esofagogastrectomía mostró signos de necrosis y disrupción de la pared gástrica, concordante con perforación así como una mucosa erosionada, extravasación hemática, congestión, dilatación vascular y áreas de necrosis hemorrágica transmural. No se observaron signos histológicos sugestivos de malignidad a ningún nivel. Tras un postoperatorio prolongado el paciente falleció ante un cuadro de insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento médico.

Discusión: Aproximadamente más del 53% de los pacientes trasplantados renales en tratamiento inmunosupresor desarrollan una complicación gastrointestinal. Incluso un 24% pueden llegar a fallecer a consecuencia de una perforación intestinal o una complicación derivada del postoperatorio. En nuestro paciente la toma de ambos agentes inmunosupresores respondía a una pauta (everolimus 1 g/12 horas y tacrolimus 0,5 mg/12 horas) con la que presentaba buen control

sobre rechazo del injerto junto con una competente función renal. Los lugares más frecuentes de perforación en estos pacientes son, el intestino grueso (44%), intestino delgado (31%), duodeno (12,7%) y estómago (8,5%). Es importante hacer hincapié que la mitad de las complicaciones gastrointestinales ocurren en el primer año de la toma del tratamiento inmunosupresor. En nuestro paciente no se demostró en la pieza quirúrgica resecada, ninguno de estos microorganismos así como tampoco la presencia de lesión ulcerosa previa. Presentamos el caso de un paciente en tratamiento con everolimus y tacrolimus que desarrolló una perforación de esófago distal que precisó tratamiento quirúrgico. La perforación intestinal secundaria a tratamiento inmunosupresor es una complicación descrita en la literatura. Sin embargo, la perforación esofágica en paciente inmunosuprimido tras trasplante renal es una entidad poco frecuente, cuyo tratamiento es fundamentalmente quirúrgico.