

TRANSPLANTE RENAL: COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

Autoria: Sociedade Brasileira de Nefrologia e Urologia

Participantes: Irene L. Noronha, Agenor Spallini Ferraz, Álvaro Pacheco Silva Filho, David Saitovich, Deise de Boni Monteiro Carvalho, Flávio Jota de Paula, Henry Campos, Luiz Estevam Ianhez, Valter Duro Garcia, João Carlos Campagnari.

Descrição do método de coleta de evidência: O presente texto, que faz parte das diretrizes para condutas em transplante renal, é o resultado de extenso trabalho de consenso formado por representantes do Departamento de Transplante da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). As recomendações apresentadas são baseadas em estudos publicados em revistas conceituadas e especializadas, assim como na vasta experiência clínica dos envolvidos no preparo deste manual. Cada capítulo foi analisado por todos os integrantes desta diretriz, sendo que os pontos discordantes foram discutidos até se chegar a um consenso final que está sendo apresentado neste material.

Graus de recomendação e força de evidência:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS PÓS-TRANSPLANTE

Complicações Vasculares

Trombose de artéria renal: prevalência: pouco freqüente, em torno de 1% (C). Etiologia: tem como principal causa o erro técnico, mais comumente nas anastomoses de vasos de pequeno diâmetro²(C), seguindo-se das causas imunológicas, como nos episódios de rejeição hiperaguda ou aguda acelerada, sugerindo dano endotelial mediado por anticorpo³(C). Doses elevadas de ciclosporina podem estar associadas com uma incidência de 7% de trombose arterial⁴(D). Quadro clínico: anúria súbita e ausência de fluxo arterial renal ao ecodoppler são dados para o diagnóstico. A anúria pode ser mascarada na presença de função residual dos rins nativos. Diagnóstico: a confirmação pode ser feita com ecodoppler, cintigrafia renal com radioisótopos (⁹⁹Tc-DTPA), angioressonância com gadolínio ou com arteriografia renal clássica. Há também grande aumento da DHL sérica (acima de 1.500 U)⁵⁻⁷(B). Diagnóstico diferencial: rejeição humoral. Tratamento: a reoperação deve ser imediata. Em raríssimos casos, quando o diagnóstico e a intervenção cirúrgicas são precoces, é possível salvar o enxerto. Em geral, a remoção do enxerto é a regra, não devendo ser adiada, pois se acompanhada de sepse a mortalidade é alta⁸(C). Profilaxia: escolha adequada do leito vascular onde será feita a anastomose arterial. Atenção para os casos com hematócrito acima de 37%. Em pacientes com história anterior de trombose arterial ou trombose venosa pós-

transplantes ou em fístula AV, investigar a presença de anticorpo anticardiolipina e iniciar anticoagulação pós-transplante imediata⁹(D).

Trombose de veia renal: prevalência: entre 0,3% e 6%^{10,11}(C), atingindo 10% nas crianças de dois a cinco anos de idade¹²(B). Etiologia: em geral, deve-se a fatores técnicos como torção, dobradura ou estenose da anastomose, compressão por hematoma ou linfocele. Quadro clínico: ocorre, em geral, entre três a nove dias após o transplante. A clínica varia desde a ausência de função primária do enxerto a anúria súbita, hematúria, dor local, aumento do enxerto e ruptura renal com hemorragia grave. Diagnóstico: o ecodoppler apresenta pico arterial sistólico agudo com ausência ou inversão da onda diastólica. Ausência de fluxo venoso. Em caso de dúvida, a angioressonância confirma o diagnóstico¹²(C). Diagnóstico diferencial: rejeição humoral, rejeição vascular e NTA grave. Tratamento: a cirurgia deve ser imediata. A precocidade do diagnóstico e da intervenção cirúrgica é fundamental, pois o tempo limítrofe para salvar o enxerto é de 1 hora após o evento trombótico¹³(C). Profilaxia: consiste em aprimorar a técnica de anastomose vascular. Evitar hipotensão no intra e no pós-operatório imediato. Escolha adequada do leito vascular onde será feita a anastomose. Em pacientes com história anterior de trombose arterial ou trombose venosa pós-transplante ou em fístula AV, deve ser discutida a possibilidade de anticoagulação e/ou uso de antiagregantes plaquetários⁹(D).

Linfocele: prevalência: complicação relativamente comum com incidência em torno de 10% (0,6% a 18%). Quadro clínico: a maioria das coleções é pequena (< 3 cm de diâmetro) e assintomática, resolvendo-se espontaneamente com o tempo. Linfoceles maiores manifestam-se clinicamente entre 15 e 180 dias após o transplante devido à compressão de estruturas adjacentes como ureter, bexiga e vasos ilíacos, podendo ocorrer disfunção do enxerto, massa palpável, hidronefrose e edema do membro inferior do lado do transplante¹⁴(D). Diagnóstico: a presença de linfocele é confirmada por ultra-sonografia, com os achados característicos de coleção líquida com ou sem hidronefrose¹⁵(C). A aspiração com agulha por técnica estéril confirma o diagnóstico¹⁶(D). Diagnóstico diferencial: deve ser feito com coleção de urina na loja renal. É feito através da punção e análise bioquímica da coleção. Os níveis de sódio, potássio, creatinina e uréia na linfa são semelhantes aos do plasma¹⁷(D). Tratamento: na linfocele não-infectada é feita a drenagem cirúrgica (marsupialização) por via laparoscópica ou cirurgia aberta. É importante que a janela peritoneal criada seja grande o suficiente (> 2,5 x 5,0 cm) para evitar recidiva. Nos casos de linfocele infectada, deve ser feita a drenagem externa e a aplicação de substâncias esclerosantes, por exemplo, iodopovidona^{18,19}(C). Profilaxia: ligadura minuciosa dos vasos linfáticos durante a dissecação dos vasos ilíacos do receptor ou do pedículo do enxerto renal. A linfocele pode ter como etiologia a rejeição aguda⁹(D)²⁰(C).

Estenose da artéria renal: prevalência: ocorre em 2% a 10% (média 3,7%)²¹(B). Quadro clínico: hipertensão arterial grave pós-transplante com disfunção renal e/ou presença de insuficiência renal aguda com NTA prolongada. Com um pico de aparecimento aos seis meses¹(C), pode manifestar-se tão cedo como dois dias e tão tarde como dois anos após o transplante. Diagnóstico: a arteriografia permanece ainda como o padrão-ouro para o diagnóstico de estenose de artéria renal²²(D). O grau de estenose é considerado significativo se comprometer mais que 50% da luz arterial. Recentemente, a angiressonância com gadolínio tem permitido uma avaliação não invasiva e com eficácia comparável à da arteriografia renal convencional²³(C)²⁴(B). O ecodoppler é útil como *screening*, podendo mostrar aumento da velocidade do fluxo sanguíneo >6 kHz¹²(C). O teste com captopril, com dosagem da renina pode ser um método auxiliar no diagnóstico da estenose da artéria renal do rim transplantado²⁵(B)²⁶(C). Tratamento: a conduta terapêutica depende da localização e do grau de estenose. O tratamento conservador pode ser utilizado nos casos de estenose leve em que a pressão arterial é controlável com medicação e o nível de creatinina no soro se mantém estável e <3 mg/dl. A dilatação intraluminal com balão com colocação de "stent" é a terapia de escolha na maioria dos pacientes, especialmente recomendada nos casos de estenose localizada e distando > 1 cm da anastomose. A cirurgia é reservada para as lesões envolvendo a anastomose, ou nas proximidades desta, e nos casos de estenose precoce de artéria renal²²(D)²⁶(C).

Complicações urológicas

As complicações urológicas mais frequentes após o transplante renal envolvem a anastomose ureterovesical (fístula, estenose e refluxo), com uma frequência que varia de 5% a 10% nas diferentes séries²⁷(D). Embora raramente fatais, são causas importantes de morbidade, associando-se, ocasionalmente, à disfunção crônica ou mesmo à perda do enxerto.

Fístula urinária: pode ocorrer ao nível da bexiga, ureter ou cálices renais. O vazamento urinário pode coletar em volta do enxerto ou ocorrer para o retroperitônio. A fístula urinária pode exteriorizar para a pele através da incisão cirúrgica. Prevalência: 5,7%. Quadro clínico: abaulamento da loja, podendo ocorrer extensão para o períneo ou escroto, diminuição da diurese com manutenção da função renal. A fístula urinária pode exteriorizar para a pele através da incisão cirúrgica. Diagnóstico: Ultra-sonografia, urografia excretora, ureterocistografia miccional e uro-ressonância são métodos utilizados para o diagnóstico e caracterização da fístula urinária²⁸(D)²⁹(C). Diagnóstico diferencial: Linfocele. A análise bioquímica do líquido (fístula urinária) caracteriza-se por apresentar níveis elevados de uréia, creatinina e potássio¹⁷(D). Profilaxia: baseia-se nos cuidados técnicos por ocasião da nefrectomia do doador, com preservação da vascularização do ureter e da cirurgia de reimplante ureteral. A colocação de duplo jota está indicada sempre que as condições ureterais e/ou vesicais forem consideradas insatisfatórias no intra-operatório³⁰(B). Tratamento: o tratamento depende do tipo de fístula urinária³¹(D)^{29,32}(C).

Fístula urinária por problema na implantação ureterovesical: a manifestação é geralmente precoce, na primeira semana pós-transplante. Tratamento: cirúrgico: deve ser feito o reimplante ureteral sempre associado com derivação urinária (duplo jota)³²(C).

Fístula urinária por necrose de ureter: causada por isquemia, costuma ocorrer na segunda ou terceira semana pós-transplante. Tratamento: a melhor conduta cirúrgica é a ureteropieloanastomose utilizando-se o ureter do receptor, sempre com derivação urinária (duplo jota)³²(C), entretanto o reimplante ureteral pode ser realizado, desde que se tenha certeza da viabilidade ureteral.

Fístula vesical: a fístula vesical manifesta-se, em geral, nas primeiras duas semanas, devendo ser suspeitada nos casos em que o reimplante de ureter não tenha sido feito via extravescical (Politano Leadbetter). Nestes casos, a ureterocistografia miccional tem valor diagnóstico. A maioria dos casos pode ser controlada somente com a manutenção de sonda vesical de demora, no entanto, lacerações maiores necessitam de exploração cirúrgica imediata com reparo primário e descompressão vesical durante duas a seis semanas²⁹(C)³³(D).

Obstrução urinária: Prevalência: 8,5%. Quadro clínico: perda de função renal com anúria ou diminuição abrupta da diurese. Pode manifestar-se cedo ou tardiamente no pós-transplante, associada ou não com infecção urinária. Diagnóstico: ultra-sonografia que revela hidronefrose. Uro-ressonância pode dar o nível da obstrução²⁹(C). Tratamento: nefrostomia por punção, além de servir para tratamento da insuficiência renal aguda, permite a realização de pielografia que dará informações mais precisas do nível de obstrução; reconstrução da via excretora através de cirurgia aberta de anastomose pieloureteral, utilizando ureter do receptor ou reimplante do ureter²⁹(C)³¹(D).

Outros

Hematoma de loja renal: o hematoma de loja costuma ocorrer quase sempre nas primeiras horas do pós-operatório e não é de diagnóstico difícil. Quadro clínico: abaulamento da inérsa pode ocorrer anúria ou oligúria, dor local, sinais periféricos de sangramento. Diagnóstico: queda do hematócrito. A ultra-sonografia confirma o diagnóstico³⁴(C). Diagnóstico diferencial: com ruptura renal ou ruptura parcial da anastomose arterial³⁴⁻³⁵(C). Tratamento: o hematoma deve ser imediatamente drenado, pois pode trazer conseqüências importantes: compressão de veia renal ou ureter, insuficiência renal aguda e infecção da loja renal. Hematomas pequenos não precisam ser drenados, principalmente se não houver compressão de estruturas importantes ou infecção. A profilaxia do hematoma deve ser feita no ato cirúrgico, através de ligadura cuidadosa dos vasos e revisão cuidadosa e sistemática da hemostasia no final do procedimento.

Ruptura renal: manifesta-se como hematoma de loja, só que surge mais tardiamente, após a primeira semana; costuma estar associada com rejeição grave, necrose tubular aguda grave, trombose

venosa ou obstrução urinária³⁵⁻³⁶(C). Quadro clínico: abaulamento súbito na loja renal, com dor local, hipotensão e queda de hematócrito. Diagnóstico: a ultra-sonografia revela um hematoma na loja renal. A confirmação diagnóstica é sempre cirúrgica³⁴(C). Tratamento: intervenção cirúrgica imediata, limpeza da loja e sutura da lesão. Nefrectomia nos casos extremos³⁶(C). Profilaxia: critério mais rigoroso de indicação de biópsia em casos que já apresentem sinais ultra-sonográficos de edema renal. Evitar dopamina no intra e pós-operatório imediato(C).

Ruptura da anastomose arterial: complicação extremamente grave ocorre por infecção na zona da anastomose arterial conseqüente à fístula urinária, hematoma infectado ou, menos freqüentemente, por localização na zona da sutura arterial de agente infeccioso proveniente da corrente sangüínea. Pode ainda ser decorrente de falha técnica cirúrgica. Quadro clínico: semelhante à ruptura, porém, com maior gravidade. O quadro clínico é dramático: sinais de choque hemorrágico, associados a aumento da loja renal ou sangramento pela incisão cirúrgica. Diagnóstico: sempre cirúrgico. Tratamento: cirurgia imediata. Em casos de suspeita de origem infecciosa, a remoção do enxerto é mandatória.

O texto completo da diretriz "Transplante renal: complicações cirúrgicas" está disponível nos sites: www.projetodiretrizes.org.br www.amb.org.br.

Referências

1. Lacombe M. Arterial stenosis complicating renal allotransplantation in man: a study of 38 cases. *Ann Surg.* 1975;181:283-8.
2. Nerstrom B, Ladefoged J, Lund F. Vascular complications in 155 consecutive kidney transplantations. *Scand J Urol Nephrol.* 1972;6:65-74.
3. Harmer AW, Haskard D, Koffman CG, Welsh KI. Novel antibodies associated with unexplained loss of renal allografts. *Transpl Int.* 1990;3:66-9.
4. Kahan BD, Ponticelli C. Surgical complications. In: Dunitz M, editor. Principles and practice of renal transplantation. London: Blackwell; 2000. p.219-50.
5. Garin E, Devillers A, Rivalan J, Girault S, Moisan A, Le Cloirec J, et al. Contribution of 99Tcm-DMSA scintigraphy to aetiological diagnosis in renal transplant recipients with impaired renal function. *Nucl Med Commun.* 2000;21:77-81.
6. Huber A, Heuck A, Scheidler J, Holzknicht N, Baur A, Stangl M, et al. Contrast-enhanced MR angiography in patients after kidney transplantation. *Eur Radiol.* 2001;11:2488-95.
7. Nicolini A, Ferrareso M, Lovaria A, Raiteri M, Merzaglia D, Berardinelli L. Carbon dioxide subtraction angiography for management of kidney transplant vascular complications. *Transplant Proc.* 2001;33:3388-9.
8. Louridas G, Botha JR, Meyers AM, Myburgh JA. Vascular complication of renal transplantation: the Johannesburg experience. *Clin Transplant.* 1987;1:240-5.
9. Gray DWR. Vascular and lymphatic complications after renal transplantation. In: Morris PJ, editor. *Kidney transplantation: principles and practice.* 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p.314-29.
10. Duckett T, Bretan PN Jr, Cochran ST, Rajfer J, Rosenthal JT. Noninvasive radiological diagnosis of renal vein thrombosis in renal transplantation. *J Urol.* 1991;146:403-6.
11. Singh A, Stablein D, Tejani A. Risk factors for vascular thrombosis in pediatric renal transplantation: a special report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Transplantation.* 1997; 63:1263-7.
12. Buturovic-Ponikvar J, Zupunski A, Urbancic A, Kandus A, Malovrh M, Gucek A, et al. Long-term follow up of renal transplant artery stenosis by doppler. *Transplant Proc.* 2001;33:3390-1.
13. Emiroglu R, Karakayali H, Sevmis S, Arslan G, Haberal M. Vascular complications in renal transplantation. *Transplant Proc.* 2001;33:2685-6.
14. Teruel JL, Escobar EM, Quereda C, Mayayo T, Ortuno J. A simple and safe method of for management of lymphoceles after renal transplantation. *J Urol.* 1983;130:1058-9.
15. Kittredge RD, Brensilver J, Pierce JC. Computed tomography in renal transplant problems. *Radiology.* 1978;127:165-9.
16. Glass LL, Cockett AT. Lymphoceles: diagnosis and management in urologic patients. *Urology.* 1998;51:135-40.
17. Lin E, Heyman S. Diagnostic dilemma: lymphocele with features of a urinary leak. *Clin Nucl Med.* 1997;22:726-9.
18. Duepre HJ, Fornara P, Lewejohann JC, Hoyer J, Bruch HP, Schiedeck TH. Laparoscopic treatment of lymphoceles in patients after renal transplantation. *Clin Transplant.* 2001;15:375-9.
19. Gonzalez Martin M, Duarte Novo JE, Gomez Veiga F, Chantada Abal V, Alvarez Castelo L. Marsupialization via minilaparotomy in the kidney transplant. *Arch Esp Urol.* 1999;52:41-6.
20. Lipay MA, Noronha Ide L, Vidonho Junior A, Romão Junior JE, Campagnari JC, Srougi M. Lymphocele: a possible relationship with acute cellular rejection in kidney transplantation. *São Paulo Med J.* 1999;117:238-42.
21. Benoit G, Moukarzel M, Hiesse C, Verdelli G, Charpentier B, Fries D. Transplant renal artery stenosis: experience and comparative results between surgery and angioplasty. *Transplant Int.* 1990; 3:137-40.
22. Kahan BD. Cyclosporine. *N Engl J Med.* 1989;321:1725-38.
23. Luk SH, Chan JH, Kwan TH, Tsui WC, Cheung YK, Yuen MK. Breath-hold 3D gadolinium-enhanced subtraction MRA in the detection of transplant renal artery stenosis. *Clin Radiol.* 1999;54:651-4.
24. Thornton MJ, Thornton F, O'Callaghan J, Varghese JC, O'Brien E, Walshe J, et al. Evaluation of dynamic gadolinium-enhanced breath-hold MR angiography in the diagnosis of renal artery stenosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1999;173:1279-83.
25. Glicklich D, Tellis VA, Quinn T, Mallis M, Greenstein SM, Schechner R, et al. Comparison of captopril scan and Doppler ultrasonography as screening tests for transplant renal artery stenosis. *Transplantation.* 1990;49:217-8.
26. Rengel M, Gomes da Silva G, Inchaustefgul L, Lampreave JL, Robledo R, Echenagusia A, et al. Renal artery stenosis after kidney transplantation: diagnostic and therapeutic approach. *Kidney Int Suppl.* 1998;54:S99-106.
27. Cranston D, Little D. Urological complications after renal transplantation. In: Morris PJ, ed. *Kidney transplantation: principles and practice.* 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001. p.435-44.
28. Martinez-Lazaro R, Cortes-Blanco A, Ascaso A. Early detection of an ureterovesical urinary leakage in a patient with normal renal function following kidney transplantation. *Transpl Int.* 2000;13:381.
29. Oosterhof GO, Hoitsma AJ, Witjes JA, Debruyne FM. Diagnosis and treatment of urological complications in kidney transplantation. *Urol Int.* 1992;49:99-103.
30. Benoit G, Blanchet P, Eschwege P, Alexandre L, Bensadoun H, Charpentier B. Insertion of a double pigtail ureteral stent for the prevention of urological complications in renal transplantation: a prospective randomized study. *J Urol.* 1996; 156:881-4.
31. Coulange C. Surgical treatment of urinary collections and obstructions in renal transplantation. *J Radiol.* 1994;75:45-7.
32. Salomon L, Saporta F, Amsellem D, Hozneck A, Colombel M, Patard JJ, et al. Results of pyeloureterostomy after ureterovesical anastomosis complications in renal transplantation. *Urology.* 1999;53:908-12.
33. Rabinovici R, Rivkind A, Lebensart PD, Berlatzky Y. Ultrasonographic diagnosis of vesical leakage in a renal transplant recipient. *Urol Radiol.* 1986;8:112-3.
34. Soler R, Perez - Fontan FJ, Lago M, Moncalian J, Perez-Fontan M. Renal I allograft rupture: diagnostic role of ultrasound. *Nephrol Dial Transplant* 1992;7:871-4.
35. Yap R, Madrazo B, Oh HK, Dienst SG. Perirenal fluid collection after renal transplant. *Am Surg.* 1981;47:287-90.
36. Pinsach Elias L, Areal Calama J, Bayona Arenas S, Bucar Terrades S, Ibarz Serbio L, Benages Pamies J, et al. The therapeutic management of the rupture of a kidney graft. *Arch Esp Urol.* 1993;46:783-91.