

ANÁLISE DE TRANSPLANTES RENAIIS EM UM SERVIÇO QUE REALIZA TRANSPLANTES DE OUTROS ÓRGÃOS ABDOMINAIS

Kidney transplantation analysis in a service performing other abdominal organs transplantation

Andreia Midori Matuoka Kataiama, Luiz Estevan Ianhez, Marcelo Perosa, Leonardo Toledo Mota, Juan Rafael Branez, Rodrigo Azevedo, Huda Maria Noujain, Marcio Moreno, Tercio Genzini, Marcos Castro

RESUMO

Objetivo: Analisar a experiência com transplante renal em um serviço de transplante de órgãos abdominais conduzido por equipe multidisciplinar de transplante renal, pancreático e hepático. **Métodos:** De dezembro/2010 a dezembro/2012, foram realizados 72 transplantes renais no Hospital Bandeirantes, pela equipe de Hepato, e analisados em junho/2013. **Resultados:** Quanto aos dados demográficos, a idade média foi de 40 anos (19 – 69 anos), sendo que 50% dos pacientes eram portadores de diabetes mellitus, 6,94% eram transplantados renais pós-transplante hepático, e os demais eram portadores de nefrosclerose, glomerulonefrites, doença renal policística, causas idiopáticas, entre outras. A imunossupressão utilizada foi o tacrolimo, micofenolato sódico, prednisona e thymoglobulina (essa última, usada apenas em dois casos) de doadores vivos em 85% dos casos. As complicações cirúrgicas foram baixas: um caso de fístula urinária, um de hematoma, cinco de linfocele e um de deiscência de incisão; nenhum enxerto foi perdido por complicação cirúrgica. As complicações clínicas mais comuns foram: infecção urinária e CMV com 13,9% cada, rejeição celular aguda em 11,1%, diabetes pós-transplante em 8,3% e poliomavírus em 4,2%. Houve perda de dois enxertos: um por rejeição crônica e um por óbito por AVC. A creatinina sérica média ao final da avaliação foi 1,2 MG/dl. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstrados neste trabalho apresentaram como comorbidades, pacientes de alto risco como diabéticos pré e pós-transplante pancreático, e pacientes TOSNR (transplante de órgãos sólidos não renais).

Descritores: Transplante Renal, Complicações Cirúrgicas, Complicações Clínicas

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de técnicas de suturas vasculares ocorrido no início do século XX permitiu o desenvolvimento das técnicas de transplantes de órgãos, pioneiramente iniciados pelos transplantes renais. Os primeiros transplantes que obtiveram sucesso foram realizados na década de 50 em Boston, em indivíduos geneticamente idênticos,¹ e esse é considerado hoje, o melhor tratamento para a maioria dos pacientes com insuficiência renal crônica, superando as sessões de diálise e apresentando menor custo com melhor resultado. O receptor de um transplante renal é particularmente mais suscetível a complicações cirúrgicas, se comparado a uma cirurgia convencional.¹⁻³

O transplante renal (TR) alcançou resultados de excelência nas últimas décadas e pode atualmente ser indicado em pacientes de maior risco. Apesar da melhora dos resultados dos TR no mundo, a sobrevida após esse procedimento em diabéticos e transplantados de órgãos sólidos não-renais (TOSNR) é sabidamente inferior.⁴

Instituição:

Grupo Hepato – Hospital Bandeirantes - São Paulo /SP

Correspondência:

Andreia Midori Matuoka Kataiama

Rua Maestro Cardim, 547 - CEP 01323-001- São Paulo /SP.

Tel.: (11) 96110-9927

E-mail: deia_kataiama@yahoo.com.br

Recebido em: 06/09/2013

Aceito em: 30/09/2013

As complicações cirúrgicas imediatas, tais como as vasculares, urológicas, linfocelares e outras são frequentes, e sua incidência depende de múltiplos fatores. Essas complicações aumentam o número de reoperações e prolongam o tempo de hospitalização, podendo levar o paciente a óbito.^{5,6}

OBJETIVO

Analisar a experiência com TR em um Serviço de Transplantes de Órgãos Abdominais conduzido por equipe multidisciplinar de transplante renal, pancreático e hepático.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo executado no Hospital Bandeirantes, em junho/2013, analisando 72 casos de transplantes renais realizados entre dezembro/2010 e dezembro/2012, através da análise dos prontuários eletrônicos de cada paciente.

RESULTADOS

Na Tabela 1, resumimos os dados demográficos da nossa casuística; foram analisados 72 pacientes que receberam transplante renal, sendo 36 do sexo feminino e 36 do masculino, com idade média de 40 anos (19-69 anos).

Tabela 1 – Dados Demográficos

N	Sexo	Idade média
72	F: 36 M: 36	40 (19 - 69)

Na Tabela 2, nota-se grande número de pacientes portadores de doença de base como diabetes mellitus – nefropatia diabética (50% dos casos) e em 6,94% dos casos, eram pacientes submetidos a transplante renal pós-transplante de fígado.

Tabela 2 - Causas do Transplante Renal

N	Nefropatia DM	Nefrosclerose	Glomerulonefrite	Pós Tx Fígado	Doença Renal Policística	Desconhecida	Outras
72	36	7	6	5	4	9	5
	50%	9,72%	8,33%	6,94%	5,56%	14,75%	6,94%

A imunossupressão inicial foi composta de tacrolimo (FK), micofenolato sódico (MMS) e prednisona (pred), em todos os pacientes. Em dois pacientes houve a necessidade de utilizar Thymoglobulina, cuja dose total foi de 6 mg/kg.

Dos pacientes transplantados analisados, 61 (85%) haviam recebido rim de doador vivo e 11, de doador falecido.

A antibioticoterapia profilática foi administrada no pré-cirúrgico, após iniciada a anestesia geral, porém, antes da incisão da pele, tendo permanecido por 48 horas.

Houve preocupação em manter nível sanguíneo da dosagem de tacrolimo (FK) entre 6–8 mg/ml após o primeiro mês do transplante renal e micofenolato sódio de 720 a 1440 mg/dia, dependendo do peso e da tolerância. Todos os pacientes receberam metilprednisona nas doses 500, 250 e 125 MG (pós-transplante no primeiro, segundo e terceiro dia); posteriormente, foi mantida dosagem de prednisona em 0,5 mg/kg, sendo a dose de manutenção, 5 mg/d.

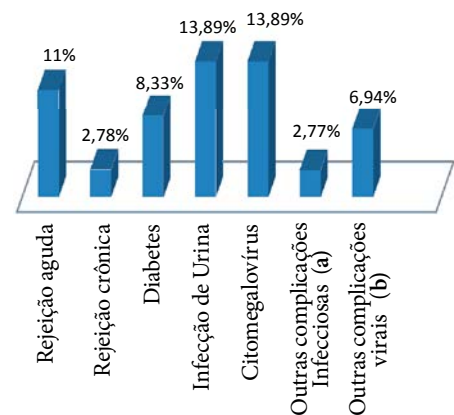
Na Tabela 3, resumimos as complicações cirúrgicas observadas. Nota-se baixa incidência dessas complicações: 1,39% de complicação urológica (uma fístula urinária), um caso de hematoma e 6,94% de incidência de linfocele, resolvidas com punção guiada por ultrassom.

Tabela 3 – Complicações cirúrgicas

Vascular	Urológica	Hematoma	Linfocela	Deiscência de incisão	Perda técnica
0-(0%)	1-(1,39%)	1-(1,39%)	5-(6,94%)	1-(1,39%)	0-(0%)

As principais complicações clínicas e infecciosas estão resumidas na Figura 1. A incidência de rejeição aguda foi baixa (11,1%) e a rejeição crônica foi observada em 3% dos casos. Observamos baixa incidência de infecção por citomegalovírus e de complicações por outros vírus.

Figura 1 – Complicações clínicas



a Outras complicações infecciosas: pneumonia: um caso e celulite: um caso.
b Outras complicações virais: poliomavírus: dois casos parvovírus: um caso, herpes zoster: dois casos.

Na Tabela 4 (dados atuais - junho/2013), 23,61% dos pacientes foram submetidos a transplante de pâncreas após transplante renal; houve duas perdas (2,78%) do enxerto renal por rejeição crônica, sendo uma devido à sensibilização do receptor e outra por não-aderência, que posteriormente evoluiu a óbito por acidente vascular encefálico isquêmico. O nível de creatinina foi em média de 1,22 MG/dl (0,8 – 2,7MG/dl) e todos os pacientes, com exceção de dois, estão recebendo o esquema de tacrolimo, micofenolato sódico e prednisona, como segue na Tabela 4.

Tabela 4 - Dados atuais

N	Tx Pâncreas	Perda Enxerto c	Óbito d	Cr	ISS
	17	2	1	1,22	Pred / FK MMS 70
72	23,61%	2,78%	1,39%	(0,8-2,7)	Pred / FK Aza 1 Pred / FK everolimus 1

c,d: rejeição crônica por não aderência (1 paciente) + AVC (1 paciente) / Tx pâncreas: transplante de pâncreas / ISS: imunossupressão / Pred + FK + MMS: prednisona + prograf + myfortic / Pred + FK + Aza: prednisona + prograf + azatioprina / pred + fk + everolimus: prednisona + prograf + everolimus.

DISCUSSÃO

Segundo Allen,^{7,8} estima-se que a incidência de complicações pós-transplante renal é de 6% por complicação vascular, 30–60% por hematoma, 2–50% por linfocele e 1–23% por estenose da artéria renal.⁹ Mazzuchi et al² mostram a incidência de 3,1% por complicação vascular, 3,1% por linfocele, e Fernandez³ cita complicação vascular de 2–10%, linfocele 0,6–18% e estenose de artéria renal de 1,6–12%.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the experience with renal transplantation in an abdominal organ transplantation service performed by a multidisciplinary team of kidney, pancreatic and liver transplantation. **Methods:** Between December/2010 to December/2012, 72 kidney transplants were performed by the Hepato staff from Hospital Bandeirantes, analyzed in June/2013. **Results:** As to the demographics, mean age was 40 years (19-69 years), and 50% of patients presented diabetes mellitus, 6.94% were kidney transplant recipients after liver transplantation, and the remaining patients had nephrosclerosis, glomerulonephritis, polycystic kidney disease, idiopathic causes, among others. As to the immunosuppressant, it was used tacrolimus, mycophenolate sodium, and prednisone thymoglobulina (the latter used in only two cases) from living donors in 85% of cases. Surgical complications were low: a case of urinary fistula, a hematoma, five lymphocele and an incision dehiscence; no graft was lost by surgical complication. The most common clinical complications were urinary tract infection and CMV with 13.9% each, acute cellular rejection in 11.1%, post-transplant diabetes in 8.3%, and 4.2% polyomavirus. There was loss of two grafts: one by chronic rejection and death from stroke. The mean serum creatinine in the final assessment was 1.2 mg / dL. **Conclusion:** Results demonstrated in this work presented a high-risk for comorbidities in patients such as diabetic and pre and post TOSNR pancreas transplant patients (non-renal solid organ transplantations).

Keywords: Liver transplantation, Biopsy; Pediatrics

Ianhez et al⁴ relatam que 20,2% dos pacientes transplantados de rim evoluem com perda do enxerto por causa técnica, embora em sua casuística a proporção de doador falecido foi maior do que na nossa.

Quanto à presença de fístula urinária, Shoskes et al⁶ estimam essa incidência em 1–15%, Mazzuchi et al² relatam na sua casuística, experiência de 2,7% e 4,6%, em recente publicação da França.⁵

A baixa incidência de rejeição aguda¹⁰ observada foi consequente ao uso de novas drogas imunossupressoras (Tacrolimo e Micofenolato) e ao grande número de pacientes com doador vivo. A taxa de incidência em rejeição crônica foi devido a paciente não sensibilizado e segmento inferior a dois anos. A incidência baixa de infecção pós-CMV, decorreu do não-uso de Thymoglobulina na indução.

Os resultados finais foram duas perdas de enxerto por rejeição crônica, uma paciente sensibilizada com doador falecido, fato bem conhecido como perda de enxerto e outra por não aderência, fato também conhecido, sendo esse paciente portador de transplante hepático prévio, vindo a falecer por acidente vascular encefálico isquêmico.

A média do nível de creatinina foi de 1,22 mg/dl (0,8–2,7 mg/dl); houve três pacientes com creatinina acima de 2mg/dl, que tiveram como causa poliomavírus (um caso) e rejeição crônica (dois casos).

CONCLUSÃO

Apesar de haver alguns pacientes com múltiplas comorbidades, os resultados obtidos no grupo devem-se ao fato de que esses pacientes foram conduzidos por equipe multidisciplinar de transplantes de órgãos abdominais, com reuniões semanais multidisciplinares envolvendo nefrologistas, cirurgiões, urologistas, hepatologistas e outros profissionais de saúde, o que muito contribuiu para o resultado alcançado.

REFERÊNCIAS

1. Manfro RC, Carvalho GF. Simpósio sobre Transplante – Transplante Renal. Revista AMRIGS, 2003 (jan.mar);1:14-19;
2. Mazzuchi E, Souza AA, Nahas WC ET al. Surgical complications after renal transplantation in grafts with multiple arteries. Int Braz J Urol. 2005;31:125-30;
3. Nardoza Junior A. Urologia Fundamental. In Fernandes RC, editor. Transplante Renal. São Paulo : Planmark; 2010;11:107-18;
4. Ianhez LE, Paula FJ, Nahas WC et al. Análise das causas de perda do enxerto e do óbito de 881 transplantes renais 1983 – 1990 na Universidade de São Paulo. Brasil. Nefrol. Latino am. 1995;2:244-50;
5. Tisserand B, Dore B et AL. Long – term outcome of renal transplantation: impact of surgical complications on graft survival, Prog Urol. 2013;23:113-20;
6. Morris PJ, Kenechtle SJ. Kidney Transplantation – Principles and Practice. In Shoskes D, Cramstom D, editors. Urologic Complication after Kidney Transplantation. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008;27:462-8.
7. Allen, RDM. Vascular Complications after Kidney Transplantation im Morris PJ, Kenechtle SJ – Kidney Transplantation – Principles and Practice – Ed Saunders Elsevier. Philadelphia, PA 6ªEd. 2008 Cap 26 pp 439 – 61;
8. Morris PJ, Kenechtle SJ. Kidney Transplantation – Principles and Practice. In Allen RDM, editor. Vascular Complications after Kidney Transplantation. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008;26:439-61;
9. Lopes JAM, Almeida CJR, Machul M, Srougi M. Frequência de estenose de artéria renal em 676 transplantes renais. Rev. Ass. Med. Brasil, 1998;44(3):210-3;
10. Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbio Hidroeletrolítico. In Campos HH, Adud FM. Infecções em Transplante Renal. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010;61:1133-50.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os membros da equipe Hepato pela oportunidade, e especialmente, ao Dr. Luiz Estevan Ianhez pela dedicação e paciência diária, além de ter nos orientado durante essa publicação.
