

TRANSPLANTE PREEMPTIVO EM PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA ASSINTOMÁTICA – RELATO DE CASO

PREEMPTIVE TRANSPLANTATION IN AN ASYMPTOMATIC CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENT - CASE REPORT

Fabiana Salles de Sousa Matos¹, Manuela Pereira Liger¹, Glícia Campanharo Malheiros¹, Patrícia Santiago da Silva², Antônio de Pádua Passos de Freitas³, Marcelo Montebello Lemos³

1: Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos

2: Médica nefrologista da equipe de transplante renal da Clínica de Doenças Renais

3: Docentes da Faculdade de Medicina de Campos

Hospital Escola Álvaro Alvim, Rua Barão da Lagoa Dourada, 409, Centro, Campos dos Goytacazes - RJ

Faculdade de Medicina de Campos, Avenida Alberto Torres, 217, Centro, Campos dos Goytacazes - RJ

Contatos: Glícia Campanharo Malheiros / Avenida Alberto Torres, 144, bloco 01, ap. 1503, Centro, Campos dos Goytacazes - RJ / gliciamalheiros@hotmail.com / (22) 99711-8820

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é bastante prevalente, cursando de forma assintomática, por longos períodos, o que acarreta diagnóstico tardio em grande parte dos casos, quando já não é possível o tratamento conservador. O transplante renal preemptivo é realizado antes do receptor realizar a terapia dialítica e é a opção terapêutica que oferece os melhores resultados. **Objetivos:** Descrever um caso de transplante preemptivo em paciente feminina, jovem, com DRC assintomática. **Métodos:** Estudo descritivo constando de relato de caso e revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram obtidos artigos originais científicos na LILAC, SciELO Brazil, Scopus e PubMed. O limite temporal foi 2010 e os idiomas escolhidos foram português, inglês e espanhol. **Relato do caso:** Paciente feminina, 38 anos, assintomática, ao realizar exames laboratoriais de rotina, quando foi flagrada uma creatinina sérica igual a 5mg/dL. A paciente foi submetida a ampla investigação etiológica (etiologia indeterminada) antes de ser submetida ao transplante renal preemptivo haploidentico com doadora viva (irmã). O procedimento cirúrgico realizado na doadora foi nefrectomia esquerda e o rim foi implantado na fossa ilíaca direita da receptora, sendo bem sucedido, com normalização das escórias nitrogenadas e alta hospitalar após 1 semana. **Conclusão:** A terapia de substituição renal (hemodiálise e diálise peritoneal), além do transplante renal são as opções para o tratamento da DRC avançada. O paciente tende a ter melhor prognóstico quando realizado o transplante renal preemptivo com doador vivo.

Palavras-chave: “transplante renal”, “transplante preemptivo” e “doença renal crônica”.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is highly prevalent and asymptomatic for a long term, determining late diagnosis in most of cases, when there is no chance for conservative management. Preemptive renal transplantation is performed before dialysis and offers the best results. **Objectives:** The aim of the present paper is to describe a preemptive transplantation in a young female patient with asymptomatic CKD. **Methods:** A descriptive study consisting of a case report and review of literature on the Virtual Health Library databases (BVS). Scientific original articles were obtained in LILAC, Brazil SciELO, Scopus and PubMed. The time limit was 2010 and the languages were Portuguese, English and Spanish. **Case report:** Female patient, 38 years old, asymptomatic when performed laboratory tests that evidenced creatinine levels of 5 mg/dL. Undetermined etiology was concluded after an extensive evaluation and the patient was submitted to haploidentical preemptive kidney transplantation with a living donor (sister). The surgical procedure performed in the donor was a left side nephrectomy and the kidney was implanted in the right iliac fossa of the recipient. The transplantation was successful and the patient was discharged one week later. **Conclusion:** Dialysis replacement therapy and kidney transplantation are both options for the treatment of advanced CKD. The patient tends to have better prognosis with preemptive kidney transplant from a living donor, which is, therefore, the therapy of choice.

Keywords: “kidney transplant”, “preemptive transplantation” and “chronic kidney disease”.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é diagnosticada com base nas alterações na taxa de filtração glomerular (TGF) e presença de marcador de dano parenquimatoso mantido por pelo menos três meses. É portador de DRC qualquer indivíduo que apresenta $TGF < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ou e" $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ associado a pelo menos um marcador de dano renal como proteinúria presente por três meses.¹

A DRC surge de forma assintomática e, na maioria das vezes, quando os sintomas surgem a doença já está em fase avançada.² De acordo com a National Kidney Foundation³, alguns sintomas podem ser observados nas fases iniciais da doença, entretanto, são subvalorizados pelo paciente, tais como fadiga, diminuição da concentração, redução do apetite, câimbras noturnas, edema de membros inferiores, pele seca e nictúria.⁴

Diversos fatores influenciam na escolha da terapêutica da DRC, como as características clínicas de cada paciente e preferência do mesmo. O transplante renal é reconhecido como um grande avanço na medicina moderna, por aumentar a sobrevida e a qualidade de vida do transplantado. Nas primeiras descrições deste procedimento, o transplante era uma opção de tratamento experimental com muitos riscos e limitações, sendo atualmente uma prática clínica rotineira em mais de 80 países.⁵

O transplante renal pode ocorrer por meio de doador vivo ou doador cadáver.⁵ Nesta cirurgia, o rim do doador é implantado na fossa ilíaca do paciente receptor; os rins nativos permanecem em posição habitual (não é realizada nefrectomia), a menos que seja documentada infecção recorrente, hipertensão resistente ou rins policísticos de grande volume. Após a cirurgia, caso não ocorra rejeição, o rim implantado passa a exercer as funções de filtração e eliminação de toxinas.⁶

As contraindicações absolutas para realização do transplante renal incluem a presença de neoplasias malignas, doença pulmonar crônica avançada, doenças cardíacas graves sem indicação de tratamento cirúrgico, vasculopatia periférica grave e presença de cirrose hepática. Existem outras contraindicações relativas que devem ser avaliadas pelo nefrologista e cirurgião.⁶

O transplante renal preemptivo é aquele que ocorre antes do receptor realizar a terapia dialítica e é a opção terapêutica que oferece os melhores resultados na sobrevida tanto do paciente quanto do enxerto quando comparado ao transplante com doador cadavérico. Os receptores de rim com doador vivo apresentam menor morbidade devido a menor número de episódios de rejeição aguda, com menor uso de imunossupressão e baixa incidência de retardo da função do enxerto. Outra vantagem do transplante com doador vivo é que pode evitar a permanência de longos períodos do paciente na fila de espera, podendo realizar a cirurgia antes de ingressar em um programa de diálise.⁷

OBJETIVOS

Descrever um caso de transplante preemptivo em paciente feminina jovem com doença renal crônica assintomática.

MÉTODOS

Estudo descritivo constando de relato de caso e revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram obtidos artigos originais científicos na LILAC, SciELO Brazil, Scopus e PubMed, foi utilizada a opção de busca por palavras-chave com os descritores: "transplante renal", "transplante preemptivo" e "doença renal crônica". O limite temporal foi 2010 e os idiomas escolhidos foram português, inglês e espanhol.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 38 anos de idade, acadêmica de medicina, assintomática, ao realizar exames laboratoriais de rotina em maio de 2015 obteve resultado com creatinina sérica de 5 mg/dL . Exames foram realizados e a paciente foi classificada com DRC de etiologia indeterminada.

Tais exames incluíram marcadores de auto-imunidade, frações do complemento, marcadores inflamatórios, marcadores para vasculites sistêmicas, sorologias virais e extensa investigação para hipertensão secundária (vascular e endócrina).

Os resultados foram todos negativos, ao mesmo tempo que os indicadores de cronicidade (PTH, anemia, alterações ultrassonográficas típicas) estavam presentes. Foram tomadas medidas clínicas para tratamento da hipertensão, iniciado calcitriol e eritropoetina com melhora dos parâmetros laboratoriais.

Em setembro de 2015 a doente foi submetida ao transplante renal preemptivo haploidêntico com doadora viva (irmã).

A paciente foi admitida no serviço de transplante no Complexo Hospitalar de Niterói em setembro de 2015, assintomática, com peso de 83 kg e altura de 1,70 m. Não tinha história prévia de transfusão, sorologias para hepatite B e C, HIV e Citomegalovírus (CMV) todas negativas. A paciente doadora de 40 anos foi internada no mesmo dia e possuía HLA idêntico e IgG e IgM negativos para CMV.

Ao exame físico, a receptora apresentava bom estado geral, orientada no tempo e espaço, hipocorada +/4+, hidratada, eupneica, afebril, pressão arterial igual a $150 \times 80 \text{ mmHg}$, exame tóraco-abdominal e membros inferiores sem anormalidades.

Exames laboratoriais admissionais: hemoglobina= $11,4 \text{ g/dL}$; hematócrito= $34,2\%$; leucócitos= $8.860/\text{mm}^3$, 78% segmentados e 13% linfócitos; plaquetas= $177.000/\text{mm}^3$; creatinina= $5,42 \text{ mg/dL}$; potássio= $5,4 \text{ mEq/L}$; hemoglobina glicada= $5,0\%$; Sorologias IgM e IgG Chagas não-reagentes; Malária IgM e IgG não reagentes; EAS normal e urinocultura negativa.

Ultrassonografia de vias urinárias: rins tópicos, reduzidos de volumes, contornos regulares, rim direito medindo $8,22 \times 4,20 \times 3,76 \text{ cm}$ e rim esquerdo $8,84 \times 4,82 \times 4,06 \text{ cm}$;

parênquima renal com espessura preservada e acentuado aumento difuso da ecogenicidade, sem sinal de dilatação dos sistemas coletores em ambos os rins; ausência de imagem de cálculo; bexiga distendida de paredes finas e lisas, de conteúdo límpido, sem defeitos de repleção. Impressão: doença renal parenquimatosa crônica.

O procedimento cirúrgico realizado na doadora foi nefrectomia esquerda e o rim foi implantado na fossa ilíaca direita da receptora (Figura 1).



Figura 1: Implantação do enxerto renal na fossa ilíaca direita.

Descrição do ato cirúrgico na doadora: a paciente doadora do enxerto renal foi submetida à anestesia geral inalatória com isoflurano. A analgesia foi realizada com injeção epidural de bupivacaína 0,5% e morfina. A nefrectomia foi realizada através da incisão transversa subcostal e extraperitoneal, com ressecção de arco costal. Ao preparar os vasos ilíacos do receptor, a artéria e veia renal do doador foram clampeadas. Os vasos sanguíneos do doador foram suturados, realizadas as suturas, e a incisão foi fechada sem necessidade de dreno. Após a ligadura e a secção da artéria e veia renal, o rim foi perfundido com solução se COLLIM II a 4°C, adicionada 2.500 unidades de heparina sódica, e mantidos a 4°C submerso nessa solução até seu implante no receptor.⁸

Descrição do ato cirúrgico no receptor: a paciente foi posicionada em decúbito dorsal, submetida à anestesia geral intravenosa com fentanil e propofol, foi realizada a tricotomia após a indução anestésica, somente na região exposta no campo cirúrgico. Foi realizada a incisão paramediana retal externa direita, a 5 cm da região ilíaca, entendendo-se desde a borda lateral do púbis, obliquamente até 3 a 5 cm abaixo da borda inferior da 2ª costela. Feita a dissecação cuidadosa da fossa ilíaca direita com a identificação e preparo dos vasos ilíacos (Figura 2) para a anastomose e implante do enxerto. A veia renal foi anastomosada na veia ilíaca externa término-lateralmente (Figura 3), com fio prolene 5.0 em sutura contínua. A artéria renal foi anastomosada término-terminal com a artéria ilíaca externa (Figura 4), empregando-se fio de polipropileno 5.0 em pontos separados. Feito a retirada do clampe dos vasos com

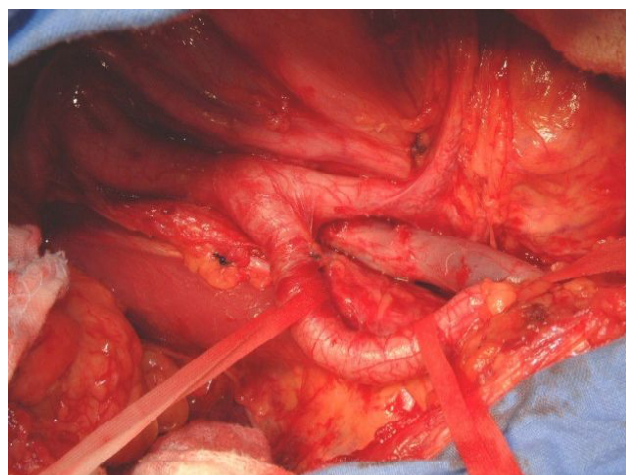


Figura 2: Exposição dos vasos ilíacos.

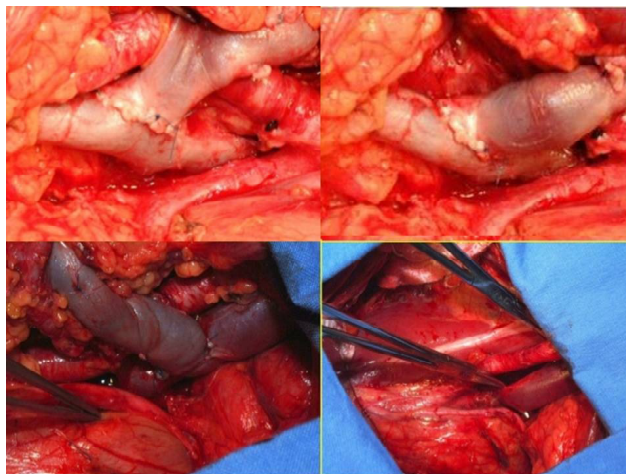


Figura 3: Anastomose venosa.

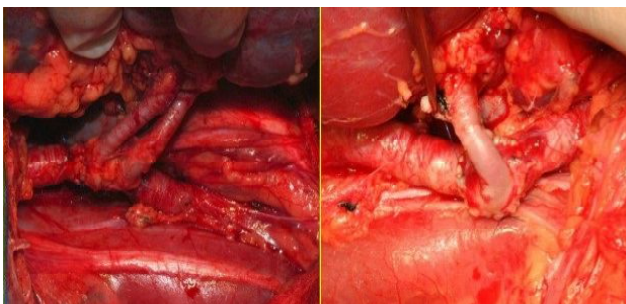


Figura 4: Anastomose arterial.

enchimento imediato do rim que começou a filtrar e excretar urina. O implante ureterovesical usado foi a técnica extra vesical (LICH-GREGOIR). Colocou-se um dreno de Becker saindo por contra abertura, fechamento da parede abdominal por planos e cateter vesical (Foley) número 18, que permaneceu por 7 dias.⁹

Como antibiótico profilático administrou-se cefalotina intravenosa 6/6 horas por 48 horas de pós-operatório e sulfametoxazol com trimetopim em dose única diária por 6 meses.⁸

No período de 24 horas, a receptora apresentou diurese e creatinina reduziu para 1,7 mg/dL; após 72 horas de pós-operatório evoluiu com disfunção aguda do enxerto

renal e dor intensa na cintura escapular bilateral, seguida de aumento da creatinina para 2,7 mg/dL. Foi realizada pulsoterapia com corticóide e relaxante muscular uma vez ao dia por três dias, obteve-se bom resultado com diminuição da creatinina para 1,5mg/dL.

A paciente recebeu alta hospitalar com bom estado geral e mantendo os imunossupressores, tacrolimo 1mg 04 cápsulas (2 vezes ao dia), tacrolimo 5mg 01 cápsula (2 vezes ao dia) e micofenolato de sódio 360mg 01 cápsula (3 vezes ao dia).

DISCUSSÃO

O presente caso ressalta a característica peculiar de algumas doenças renais que podem evoluir de forma subclínica até os estágios mais avançados. A paciente foi diagnosticada com DRC estágio 5 de etiologia indeterminada e foi submetida ao transplante preemptivo com doador vivo - haploidentico. A decisão de utilizar o rim de doador vivo no transplante renal é justificada pelo seu melhor prognóstico, maior sobrevida do enxerto e do receptor.¹⁰

A crescente aceitação de rins de doadores vivos com critérios de doação menos restritivos é atualmente considerada a estratégia mais eficiente para aumentar o número de transplantes em curto prazo, embora possa ter sucesso menor a longo prazo.¹¹ Embora ainda não exista uma definição universalmente aceita sobre quais condições devem ser consideradas limítrofes para a doação, os doadores com idades a cima de 60 anos ou entre 50 e 59 anos que apresentem dois ou três fatores de risco adicionais como óbito causado por acidente vascular cerebral, antecedente de hipertensão arterial sistêmica e creatinina sérica > 1,5mg/dL, têm risco de superior de perda do enxerto em até 70%. Essas condições são atualmente consideradas como critérios

expandidos para doação. A utilização de enxertos renais provenientes de doadores com estes critérios é sempre baseada no julgamento clínico de cada caso individualmente e na experiência da equipe de transplante.¹²

A realização do transplante preemptivo também reduz sobremaneira as potenciais complicações associadas à DRC estágio 5, visto que, além de evitar o desgaste emocional do tratamento dialítico (hemodiálise ou diálise peritoneal), evita a necessidade de acesso vascular (fístula arteriovenosa ou cateter) e suas potenciais complicações tais como sangramento, trombose e infecção.¹³ Todavia, é necessário que exista estabilidade clínica e laboratorial que permita a realização do procedimento sem aumento do risco cirúrgico. A nossa paciente encontrava-se clinicamente estável, anemia, fósforo corrigidos com medidas medicamentosas específicas, bem como a pressão controlada com otimização de drogas hipotensoras.

Apesar do quadro de rejeição aguda (revertida com terapia imunossupressora) não houve complicações cirúrgicas e a paciente encontra-se em ótimas condições clínicas após 6 meses de transplante, com retorno às suas atividades habituais.

CONCLUSÃO

A terapia dialítica e o transplante renal são opções para o tratamento da DRC avançada. O transplante renal tem melhor prognóstico, particularmente quando é preemptivo e com doador vivo. Isso evita as complicações associadas à diálise, o longo tempo de espera na fila do transplante e o paciente pode ser reabilitado para realização das atividades diárias em menor tempo e com melhor qualidade de vida. Neste relato de caso, as pacientes receptora e doadora evoluíram bem e tiveram alta hospitalar com 10 dias.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Kirsztajn, GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora dos desfechos em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2011; 33(1):93-108.
2. Roso CC, *et al*. O cuidado de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3):739-45.
3. Insuficiência renal crônica: guia para parentes e familiares [site na internet]. National Kidney Foundation. [acesso em 2015, janeiro 14]. Disponível em: <http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/>.
4. Terra FS, *et al*. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2010; 8(3):87-92.
5. Rasche J, Bosco SMD. Doença renal crônica: estudo de caso. *Revista Destaques Acadêmicos*. 2015; 7(3):26-30.
6. Tratamento e doenças. Sociedade Brasileira de Nefrologia [site na internet]. [acesso em 2016, janeiro 16]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publicocontra.indicaçãoaabsolutatransplanterenal>.
7. Silva JM, *et al*. Perfil epidemiológico dos pacientes transplantados renais em hospital universitário e o conhecimento sobre uso de drogas imunossupressoras. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. 2011; 14(1):1456-9.
8. Townsend MC, *et al*. Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 19ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2015.
9. Ajzen H, Schor N. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM/Nefrologia. 3ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2010.
10. Transplante renal [site na internet]. Sociedade Brasileira de Nefrologia [acesso em 2016, maio 16]. Disponível em: <http://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal>.
11. Garcia GG, Harden P, Chapman J. O papel global do transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2012; 34(1):1-7.
12. Port F, *et al*. Donor characteristics associated with reduced graft survival: an approach to expanding the pool of kidney donors. *Transplantation*. 2002; 74(9):1281-6.
13. Ferreira EDM. O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. [Tese de Mestrado]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.