



Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Departamento de Medicina

Gabriel Miranda Ahouagi Cunha

Transplante renal com
implante em veia cava
inferior e acesso pelo lado
esquerdo em paciente com
falência de acesso e
transplante renal prévio –
relato de um caso desafiador

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM TRANSPLANTE RENAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Rio de Janeiro, Março de 2021

Gabriel Miranda Ahouagi Cunha

Transplante renal com implante em veia cava inferior e acesso pelo lado esquerdo em paciente com falência de acesso e transplante renal prévio – relato de um caso desafiador

Relato de um caso desafiador

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Transplante Renal do Departamento de Medicina da PUC-Rio como requisito para obtenção do Certificado de Conclusão de Curso.

Professor Orientador: Ricardo Ribas de Almeida Leite

[Data]

Rio de Janeiro, Março de 2021

Agradecimentos

Aos meus mestres e amigos Ricardo Ribas de Almeida Leite, Rivaldo José Melo Tavares, Leandro Tavares Barbosa de Matos, obrigado pelo incentivo, exemplo e pelos ensinamentos à beira do leito e no centro cirúrgico, tornando a minha formação médica mais completa.

Aos amigos Raphaela Gazzoli, Nerio Garcia Ferraz e Ana Ventorini, por me apoiarem nos deveres e obrigações, tornando o período da Pós-Graduação menos árduo e mais factível.

À minha família pelo apoio incondicional.

À minha noiva Marina, pelo amor e paciência infindáveis.

Sumário

1	Resumo	4
2	Introdução	5
3	Caso Clínico	6
4	Discussão	7-8
5	Conclusão	9
6	Referências Bibliográficas	10

Resumo

O transplante renal em pacientes com falência de acesso sempre foi um desafio para cirurgiões transplantadores. Esses pacientes apresentam anatomia vascular desfavorável, sendo o procedimento muito arriscado e com grande morbimortalidade associada. Um importante fator que contribui para o sucesso do transplante renal nestes casos é a escolha de uma abordagem que seja, ao mesmo tempo, efetiva e segura, do ponto de vista cirúrgico. Neste caso é relatado o implante renal de rim direito à esquerda em paciente com falência de acesso e transplante renal prévio à direita. Foi realizado o implante com anastomose vascular em veia cava inferior e artéria ilíaca comum. O paciente evoluiu bem no pós operatório imediato e tardio, recebendo alta com níveis normalizados de creatinina sérica e com débito urinário satisfatório. Tal relato demonstra que pacientes com falência de acesso vascular e transplante prévio podem se beneficiar de um transplante novo, desde que tal procedimento seja planejado cuidadosamente e que sejam tomadas medidas, do ponto de vista técnico, que minimizem sua morbimortalidade.

Introdução

O transplante Renal é a modalidade de tratamento padrão-ouro para a insuficiência renal crônica em estágio final. Em 2017, o Brasil foi o segundo país com maior número absoluto de transplantes de rim de doador falecido realizados (ABTO 2018). Estudos multicêntricos compararam o transplante renal com a hemodiálise (peritoneal ou hemodiálise), mostrando melhora na qualidade de vida, diminuição da mortalidade, assim como eventos cardiovasculares. Em pacientes com falência de acesso vascular, no entanto, a cirurgia pode se tornar um desafio, visto que muitos desses pacientes possuem uma anatomia vascular venosa e arterial desfavorável, aumentando o risco de trombose e sangramento, com consequente perda do enxerto.

Caso Clínico

Paciente C.A.S., pardo, com história de Insuficiência Renal Crônica Grau V com necessidade de terapia de substituição renal desde 2001 aos 27 anos de idade, sendo a doença renal crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica. Mantinha acompanhamento ambulatorial nefrológico, sendo submetido a transplante renal de doador falecido em 27/10/2005 no Hospital Federal de Bonsucesso. Teve boa evolução até o ano de 2013, quando , devido a má aderência ao tratamento imunossupressor, evoluiu com falência do enxerto, sendo necessário reiniciar a terapia dialítica. Apresentou nos anos subsequentes, dificuldade de acesso venoso central para hemodiálise, sendo então classificado como paciente com falência de acesso vascular. USG com doppler realizado no Hospital e angiotomografia realizados durante suas internações revelaram estenose de veias ilíacas comuns bilateralmente.

Foi então incluído na fila do transplante renal com prioridade, sendo submetido novamente a transplante renal de doador falecido em 18/10/17, sendo o implante realizado à esquerda com anastomose venosa em veia cava inferior e anastomose arterial em artéria ilíaca comum esquerda.

Evoluiu bem clinicamente após a cirurgia, recebendo alta cerca de 10 dias após a cirurgia com débito urinário de 2L e creatinina sérica de 1,5.

Discussão

O transplante Renal é a modalidade de tratamento padrão-ouro para a insuficiência renal crônica em estágio final. Em pacientes com falência de acesso vascular, a cirurgia pode se tornar um desafio, visto que muitos desses pacientes possuem uma anatomia vascular venosa e arterial desfavorável.

Segundo o estudo de De Rosa, Santangelo e Scala et al., em um caso relatado por seu grupo de transplante renal com implante do enxerto em veia cava inferior com acesso pelo lado esquerdo, o paciente apresentou trombose de veia íliaca comum no pós-operatório. Esse estudo foi publicado na Revista “ Transplantation Proceedings – 2006 pela equipe transplantadora da Universidade de Nápoles. Um relato de caso publicado no Indian Journal of Transplantation por Debayan Banerjee et. al, em 2019 de uma paciente com história de uso de múltiplos cateteres em veia femoral bilateralmente e FAVs confeccionadas ao longo de vários anos. USG com doppler revelou diminuição do fluxo da veia íliaca externa esquerda. Angio TC revelou diminuição do fluxo da veia íliaca comum direita e íliaca externa esquerda. A ausência de edema de membros inferiores sugeriam que havia extensa rede venosa colateral.

A veia renal foi anastomosada (término-lateral) no segmento inferior da veia cava infra-renal e o coto da artéria renal foi então anastomosada à artéria íliaca comum direita, término-terminal.

A paciente apresentou melhora importante dos níveis séricos de creatinina, recebendo alta no décimo dia de pós-operatório com valor sérico de creatinina de 1,76mg/dl. Apesar de se tratar de um caso com implante do enxerto à direita, sem transplante renal prévio, esse caso demonstra a importância de utilizar a rede venosa proximal para possibilitar uma anastomose efetiva, levando a uma sobrevida de enxerto aumentada e um pós-operatório com menores chances de complicações vasculares.

Recentemente houve relatos de implante renal com anastomose venosa em veia mesentérica superior, ovariana direita e colaterais venosas pré-sacrais, com bons resultados no pós-operatório.

Conclusão

O transplante renal com rim de doador falecido com anastomose venosa em veia cava inferior é uma alternativa quando o paciente receptor tiver veias ilíacas trombosadas ou estenosadas bilateralmente, assim como naqueles casos em que há estenose de vasos ilíacos bilateralmente, mesmo que não haja história de transplante renal prévio. A técnica com acesso à VCI pelo lado esquerdo, claramente pode ser mais trabalhosa, levando a uma dificuldade técnica maior. Contudo, ambas as abordagens aumentam o tempo cirúrgico e requerem um nível de expertise avançado de técnica cirúrgica vascular.

Referências Bibliográficas

- 1- Banerjee D. et. al, Renal transplantation in bilateral iliac vein thrombosis: A difficult case scenario – Indian Journal of Transplantation (2019), Volume 13 ; Issue 3; p.:216-218
- 2- .Szymczak M, et al., Kidney Transplantation in Children with Thrombosed Inferior Caval Vein – Atypical Vascular Anastomoses – Annals of Transplantation, 2019; 24:25-29
- 3- Lonze, B. E., Dagher, N. N., Alachkar, N., Jackson, A. M., & Montgomery, R. A. (2017). Nontraditional sites for vascular anastomoses to enable kidney transplantation in patients with major systemic venous thromboses. *Clinical Transplantation*, 31(12), e13127. doi:10.1111/ctr.13127
- 4- De Rosa P., et. al - Difficult vascular conditions in kidney transplantation – *Transplant Proced.* 2006 May;38(4):1040-3. Doi: 10.1016/j.transproceed.2006.03.073