

ENDOPYELOTOMY IN TRANSPLANTED KIDNEY

DAVI V. S. ABE, M. ZERATI FILHO, CLEVERSON L. R. D'ÁVILA

Institute of Urology and Nephrology, São José do Rio Preto, SP, Brazil

ABSTRACT

Objective: To report a case of ureteropelvic junction stenosis in a transplanted kidney treated with percutaneous endopyelotomy.

Case report: A 28 year-old female with chronic renal failure had a haploidentical kidney transplant. After the transplantation, she had an uneventful postoperative evolution with normal serum creatinine levels after hospital discharge. Four months after transplantation the patient developed recurrent episodes of acute pyelonephritis. Intravenous urogram and radioisotopic studies showed ureteropelvic junction stenosis. The patient was treated with percutaneous endopyelotomy. Six months after treatment there was no recurrence of urinary tract infection. Intravenous urogram and radioisotopic studies were normal.

Comments: The open surgery is the gold standard approach for treatment of ureteropelvic stenosis in transplanted kidneys, nevertheless, it carries significant morbidity. The increased development and interest in minimally invasive techniques led us to perform percutaneous endopyelotomy in this case. The procedure was feasible and safe and presented good results. More studies with additional number of patients and long term follow up are necessary to confirm the safety and the favorable outcome of this procedure in transplanted kidneys.

Key words: kidney; kidney transplantation; percutaneous procedures; endopyelotomy

Braz J Urol, 27: 554-556, 2001

INTRODUÇÃO

As complicações urológicas do transplante renal acometem aproximadamente 7.1% dos casos, sendo as fístulas ureterais as mais freqüentes, apesar de existirem trabalhos relatando as estenoses como mais freqüentes, predominando a estenose do ureter distal (1). A estenose da junção uretero-piélica (JUP) é rara e o tratamento mais empregado é a correção cirúrgica aberta. Relatamos um caso de estenose de JUP tratada por via endoscópica percutânea realizada sem dificuldades e com bom resultado em seguimento de seis meses.

RELATO DO CASO

Portadora de insuficiência renal crônica por glomerulopatia com antecedentes de infecção urinária

de repetição e tuberculose renal, comprovada laboratorialmente e tratada adequadamente, quando necessitou nefrectomia esquerda em outro serviço. Exames de controle e seguimento demonstravam resolução da tuberculose. Realizado transplante renal, doador vivo-relacionado, implantando-se o rim direito em fossa ilíaca direita. Não havia sinais de alteração anatômica da JUP do rim doado pela urografia excretora. Evoluiu com função renal normal, porém, com episódios de pielonefrites agudas a partir do quarto mês pós-operatório, caracterizadas por febre, dor no local do enxerto e urocultura positiva. Submetida a antibioticoprofilaxia contínua com norfloxacina 400 mg ao dia, permaneceu assintomática.

A ultra-sonografia demonstrou enxerto com parênquima preservado e moderada ectasia do sistema pielocalicinal. A cistouretrografia miccional

foi normal. Realizada urografia excretora, que demonstrava grande dilatação pielocalicinal (Figure-1) e cintilografia renal que comprovava a estenose de JUP.

Submetida a endopielotomia percutânea, através de punção no cálice médio com auxílio de fluoroscopia. Dilatado o trajeto até 28F, passada a bainha de Amplatz e o nefroscópio, identificando a JUP, que apresentava estenose. Passado fio-guia até a bexiga, sendo realizada incisão profunda na JUP, com faca de Sachse em direção cranial até a visualização de gordura peripiélica. Foi deixada nefrostomia e cateter ureteral duplo-J, que foram retirados em 4o. e 21o. dias pós-operatórios, respectivamente.

A antibioticoprofilaxia foi mantida por três meses, quando a urografia excretora de controle demonstrou melhora significativa da dilatação

pielocalicinal com a JUP pérvia (Figure-2) e a cintilografia renal, ausência de obstrução. Em seguimento de 6 meses, apresenta-se bem, sem infecções urinárias.

DISCUSSÃO

A estenose de JUP como complicação pós-transplante renal é rara e pode ser atribuída a alguns fatores: isquemia, compressão extrínseca e acotovelamento ureteral entre outros (1).

A correção mais empregada na estenose de JUP em rim transplantado é a cirurgia aberta: ureteropieloplastia e pieloureterostomia com ureter primitivo (1). Entretanto, as complicações destes procedimentos não são insignificantes, destacando-se as infecções de ferida, perda do enxerto e re-estenose, havendo óbito em 8 a 21% dos casos (2).



Figure 1 - Intravenous urogram showing a transplanted kidney with severe hydronephrosis due to ureteropelvic junction obstruction.



Figure 2 - Intravenous urogram 3 months after surgery showing improvement of the pelviocalyceal dilation and with good contrast medium elimination.

Desta maneira, tem crescido o interesse pela abordagem minimamente invasiva, já realizada em outros serviços com resultados promissores e menor índice de complicações (2,3). Nossa experiência com este caso vem reforçar esta tese, porém, casuísticas maiores e seguimento mais prolongado são necessários para confirmar esta idéia.

REFERÊNCIAS

1. Shoskes DA, Hanbury D, Cranston D, Morris PJ: Urological complications in 1000 consecutive renal transplant recipients. J Urol, 153:18-21, 1995.
2. Conrad S, Schneider AW, Tenschert W, Meyer-Moldenhauer W-H, Huland H: Endo-urological cold-knife incision for ureteral stenosis after renal transplantation. J Urol, 152: 906-909, 1994.
3. Williams SG, McVicar JP, Low RK: Endopyelotomy for treatment of ureteropelvic junction obstruction caused by torsion of a renal allograft. J Urol, 161: 1560-1561, 1999.

Received: March 3, 2001

Accepted after revision: September 29, 2001

Correspondence address:

Dr. Miguel Zerati Filho
Rua Voluntários de São Paulo, 3826
São José do Rio Preto, SP, 15015-200, Brazil
Fax: + + (55) (17) 232-2230
E-mail: iunsjrp@zaz.com.br