

Mais da metade (57%) dos pacientes com transplante renal e litíase não apresentaram nenhum tipo de sintomatologia dolorosa, portanto com quadro clínico atípico. A explicação plausível para este fato ocorre por conta da denervação do rim transplantado^{1, 5, 6, 11}. Percentual elevado de pacientes (43%) cursaram com elevação dos níveis de creatinina sérica. Este evento deve ser analisado com cautela pois se associado a outros aspectos clínicos pode gerar confusão com episódio de rejeição aguda do enxerto⁹.

Os casos cujo diagnóstico da litíase foi feito no momento do transplante (20%), aproveitou-se o mesmo ato cirúrgico para resolução dos mesmos. A presença de cálculo não complicado não constitui contra indicação para o prosseguimento do ato cirúrgico, no entanto quando há associação com infecção o transplante deve ser suspenso⁸.

Pelas peculiaridades do hospedeiro (cirurgia recente em fase de cicatrização, imunossupressão elevada, função renal limítrofe) o tratamento do cálculo diagnosticado no perioperatório constitui um verdadeiro desafio clínico, havendo relutância em indicar algum tipo de procedimento. Bhadauria e col.¹⁵, relataram 2 casos tratados com LECO, outros autores descrevem casos de nefrolitotripsia percutânea realizada de 1 a 2 meses após o transplante com mínima morbidade e conservação da função renal^{11, 13}. Outra opção seria a observação cautelosa. No único caso relatado no presente trabalho optou-se pela observação inicial (4 meses) e posterior sessão de LECO, com sucesso. Certamente, os cálculos diagnosticados no período perioperatório são transferidos acidentalmente para o receptor. Existem controvérsias com respeito a realização de exames de imagens para a detecção de litíase no rim doado. Para alguns, a realização de US transabdominal ou mesmo no intraoperatório, é factível, de baixo custo, pode ser feito paralelamente ao transplante sem aumentar o tempo de isquemia, permite o diagnóstico oferecendo a possibilidade da remoção do cálculo no mesmo ato cirúrgico, diminuindo a morbidade e futuros riscos⁸. Para outros, é difícil a avaliação real da relação custo/benefício pelo reduzido número de pacientes¹¹. Nos casos relatados no presente trabalho não foi realizado US ou mesmo RX do doador.

A conduta adotada para os pacientes cujos cálculos foram diagnosticados no pós-operatório tardio (70%), foi semelhante à conduta tomada para os pacientes portadores de litíase da população geral. Escolhendo-se um dos vários métodos terapêuticos disponíveis no arsenal urológico moderno (LECO, nefrolitotripsia percutânea, ureterorenoscopia), com as vantagens e desvantagens inerentes a cada um^{15, 16}. A cirurgia aberta deve ser evitada. Embora tenha sido utilizada em 02 casos foi justificada em um caso por ser a única opção no momento, no outro, o cálculo estava associado a estenose ureteral, havendo a necessidade de realização de uma derivação urinária (pielovesicostomia). Em alguns casos pode-se adotar a conduta da observação. Nesta circunstância o seguimento deve ser rigoroso, visto que uma hidronefrose silenciosa pode ocasionar a queda da função renal e, se ocorrer associação com infecção urinária, o quadro pode ser fatal¹⁷.

CONCLUSÕES

- 1 – A litíase urinária é uma complicação rara no transplante renal.
- 2 – A presença de um cálculo simples no momento da cirurgia, não contraindica o transplante.
- 3 – A conduta terapêutica para a litíase urinária diagnosticada no pós-operatório tardio é semelhante à aquelas adotadas para portadores de litíase da população geral.
- 4 – Na maioria dos pacientes o quadro clínico é atípico, cursando sem sintomatologia dolorosa.

REFERÊNCIAS

1. Benoit G, Blanchet P, Eschwege P. Occurrence and treatment of kidney graft lithiasis in a series of 1500 patients. *Clin Transplant* 1996; 10: 176-80.
2. Doehn C, Fornara P, Tiemer C. Renal transplant lithiasis. *Transplantation Proceedings* 2002; 34: 2222-3.
3. Harper M, Samuel CT, Hallson PC. Risk factors for calculus formation in patients with renal transplants. *Br J Urol* 1994; 74: 147-9.

4. Kim H, Cheigh LS, Ham HW. Urinary stones following renal transplantations. *Korean S Int Med* 2001; 16: 118-22.
5. Lancina-Martin JA, Garcia-Buitron JM, Diaz-Bermudez J. Urinary lithiasis in transplanted kidney. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 141-50.
6. Shoskes DA, Hanbury D, Cranston D. Urological complications in 1000 consecutive renal transplant recipients. *J Urol* 1995; 153: 18-21.
7. Torrecilla-Ortiz C, Gonzalez-Satue C, Riera-Canals L. Incidence and treatment of urinary lithiasis in renal transplantation. *Actas Urol Esp* 2001; 25: 357-63.
8. Klinger HC, Kromer G, Lodde M. Urolithiasis en allograft kidneys. *Urology* 2002; 59: 344-8.
9. Rhee BK, Bretan Jr PN, Stoller ML. Urolithiasis en renal and combined pancreas/renal transplant recipients. *J Urol* 1999; 161: 1458-62.
10. Cho DK, Zackson DA, Cheigh J. Urinary calculi in renal transplant recipients. *Transplantation* 1998; 54: 889, 902.
11. Hsueh-Fu, LU, Shekariz B, Stoller ML. Donor-gifted allograft urolithiasis: early percutaneous management. *Urology* 2002; 59: 25-7.
12. Atala A, Steinbeck GS, Harty JL. Extracorporeal shock wave lithotripsy in transplanted kidney. *Urology* 1993, 41: 60-2.
13. Citterio F, Grasseti F, Nanni G, et al. Accidental transplantation of a kidney with stones a case report. *Transplant Proc* 1991; 23: 2650.
14. Minan-Cifuentes J, Arcia-Tapia E, Arcia de la Pena E. Percutaneous nephrolithotomy in transplanted kidney. *Urology* 1991; 38: 232-3.
15. Bhadauria RP, Ahlawat R, Kumar RV. Donor gifted allograft lithiasis: extracorporeal shock wave lithotripsy with over table module using the Lithostar Plus. *Urol Int* 1995; 55: 51-5.
16. Caldwell TC, Burns JT. Current operative management of urinary calculi after renal transplantation, *J Urol* 1988; 111: 1006-9.
17. Van Gasbeke D, Zaiscman M, Simon S. Lithiasis complication of renal transplantation: the donor graft lithiasis concept. *Urol Radiol* 1985; 7: 157-60.

Cologna AJ, Martins ACP, Suaid HJ, Tucci Jr S, Reis RB, Paschoal RM, Domingos ALA, Silva-Lima LV. Urinary lithiasis in renal allografts. *Acta Cir Bras [serial online]* 2003 vol 18 suppl 5. Available in www.scielo.br/abc

ABSTRACT – Purpose: Urinary lithiasis is an uncommon complication in recipient of kidney allografts. The prevalence varies from 0.02 to 3.4%. The majority of calculi arises de novo in the recipient, however some of them are transferred with the transplanted kidney. The treatment relies on few reports published previously. The aim of the study is to determine the prevalence of lithiasis as well as the treatment in an university hospital. **Methods:** We analyzed 953 recipients of renal transplant undertaken in Hospital das Clínicas – FMRP-USP, from February of 1968 to May of 2003. The mean age of patients bearing lithiasis was 47.2 years (range 35 to 63 years). **Results:** The prevalence of lithiasis was 10/953 (1.0%). Nine patients received kidneys from cadaver donor and 1 from living donor. The diagnosis occurred during the surgery in 2 (20%), within few days after transplantation in 1 (10%) and in the late postoperative period in 7 (70%). Seven patients had no complains, 2 had associated urinary tract infection and 1 a rise in serum creatinine. Of 8 cases with lithiasis in the postoperative period, the stones were localized in the kidney in 6 and in the ureter in 2. Renal calculi were managed as follows: watchful-waiting – 2, extracorporeal lithotripsy – 2, percutaneous nephrolithotripsy – 1 and open pyelolithotomy – 1. One patient with ureteric lithiasis associated ureteral stenosis underwent a pyelo-vesicostomy. The other patient with ureteric lithiasis was treated by retrograde endoscopic ureterolithotripsy. **Conclusion:** Urinary lithiasis is rare in transplanted kidneys and can be managed as to the general population.

KEY WORDS: Renal allograft. Lithiasis.

Endereço para correspondência:

Adauto José Cologna
Departamento de Cirurgia e Anatomia FMRPUSP
Av. Bandeirantes, 3900, 9º Andar
14.048-900 – Ribeirão Preto – SP.
Email: ajcpcpgm@fmrp.sup.br