

Insufficienza renale acuta da linfocele gigante in paziente portatore di trapianto renale

A. Pisani, R. Gallo, S. Federico, M. Sabbatini

Cattedra di Nefrologia Medica, Università Federico II, Napoli

A clinical case of a giant lymphocele (LC) in a patient with a recent renal transplant is described

Background. The lymphocele (LC) described was associated with a sharp increase in plasma creatinine values, in the absence of any clinical symptoms. A open laparotomy procedure determined the resolution of the LC and the slow recovery of renal function. The huge dimensions of the LC (volume >3000 cc) and its pelvic localization, which dislocated both the bladder and the transplanted kidney, make this case unique, since the LC mimicked a particularly dilated bladder.

Conclusions. We discuss how therapies, rejection episodes, follow-up modalities, and surgical procedures may influence the onset of this frequent complication of renal transplantation. (*G Ital Nefrol* 2003; 20: 302-5)

KEY WORDS: Lymphocele, Acute renal insufficiency, Renal transplant

PAROLE CHIAVE: Linfocele, Insufficienza renale acuta, Trapianto renale

Introduzione

Il linfocele (LC) è una raccolta di linfa priva di parete epiteliale che rappresenta una complicanza comune della chirurgia addominale, pelvica e ginecologica, raramente associata a sintomatologia clinica. La sua prevalenza negli interventi di trapianto di rene è riportata in un range compreso addirittura tra lo 0% e il 18%; questa grande variazione dipende dalle differenti tecniche chirurgiche utilizzate nel trapianto, dalle diverse modalità di follow up (numero di valutazioni ecografiche nel post-trapianto), dal numero dei trapianti ricevuti dal paziente e dall'incidenza di episodi di rigetto (1-3).

La linfa responsabile della formazione del LC del post-trapianto ha in genere origine dalla rottura accidentale dei vasi linfatici iliaci del ricevente o di quelli ilari del rene trapiantato o dalla superficie decapsulata del rene trapiantato (3). La ridotta prevalenza di LC osservata negli ultimi anni è essenzialmente secondaria al miglioramento delle tecniche chirurgiche (minor uso della diatermia, più accurata legatura dei linfatici perivascolari) rispetto alla persistenza degli altri fattori predisponenti, come l'uso di diuretici e steroidi o la presenza di episodi

di rigetto. Proprio questi ultimi fattori rendono conto della più alta prevalenza di LC nei primi mesi del post-trapianto.

Riportiamo di seguito il singolare caso di un LC gigante responsabile dell'insorgenza di insufficienza renale acuta (IRA) (3) in un paziente portatore di trapianto renale in assenza di altra sintomatologia o complicanze sistemiche.

Caso Clinico

Un uomo di 54 anni riceveva un trapianto renale da cadavere dopo 10 anni di emodialisi secondaria a reni policistici. Il decorso nell'immediato post-trapianto fu particolarmente favorevole, con immediata ripresa della diuresi ed assenza di segni clinici e laboratoristici di rigetto o di complicanze infettive. Il paziente fu dimesso con una funzione renale nella norma (Creat.: 1.2 mg/dL) con una duplice terapia immunosoppressiva (steroidi+ciclosporina). Dopo 3 mesi, un'ecografia addominale eseguita di routine evidenziava un modesto LC perirenale che era aspirato per via percutanea. Durante lo

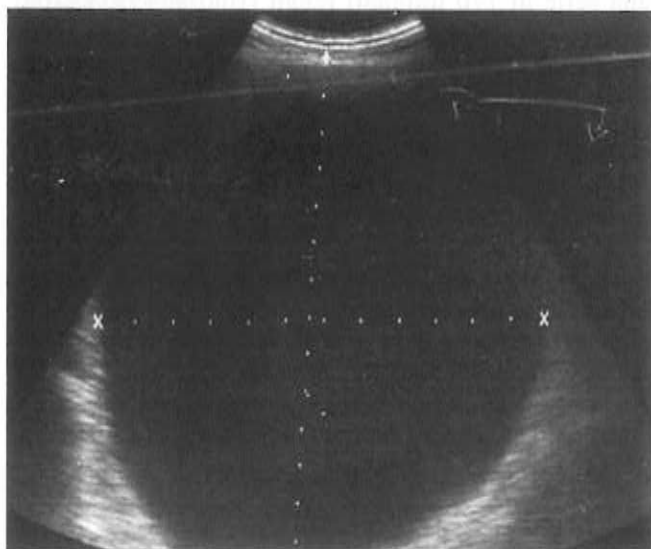


Fig. 1 - Ecografia addominale che mostra un'enorme massa anecoica, definita come "vescica".

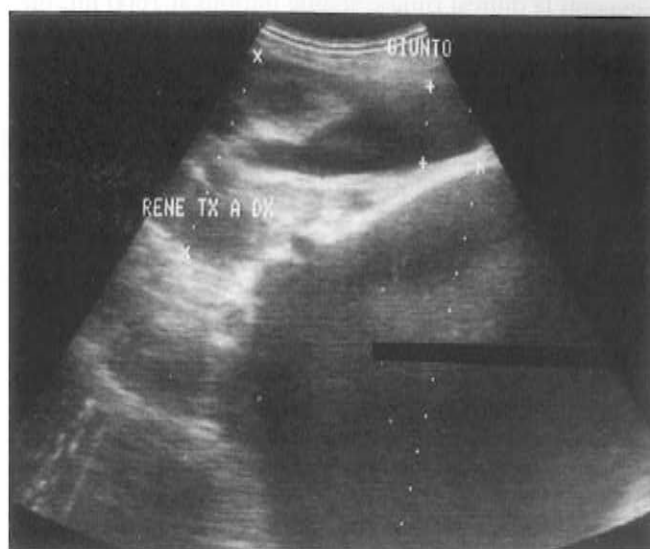


Fig. 2 - Ecografia pelvica che mostra la dislocazione del rene trapiantato e dell'uretere.

stesso mese fu anche diagnosticata un'infezione da CMV, trattata con successo con glanciclovir. Sei mesi dopo (IX mese di Tx), durante un controllo di routine presso l'unità di trapianto di provenienza, si evidenziò un incremento dei valori di creatinemia (2.7 mg/dL), confermati da un ulteriore controllo dopo tre giorni (2.9 mg/dL); fu allora che il paziente giunse per la prima volta alla nostra osservazione. L'esame clinico risultava nella norma: la modesta svasatura addominale fu ritenuta secondaria alla presenza dei reni policistici, anche se sia i reni nativi che il rene trapiantato non si palpavano. Il paziente negava la presenza di febbre o modificazioni della diuresi, riferita nella norma. I parametri ematochimici confermavano la presenza di IRA con un ulteriore incremento dei valori di creatinina (3.7 mg/dL) associato ad elevati livelli di azotemia (162 mg/dL), di PCR (6.0 mg/dL, V.N: 0.0-0.5) e una lieve iponatremia (130 mEq/L). Tutti gli altri parametri risultavano nella norma. L'esame delle urine mostrava la presenza di eritrociti e leucociti al sedimento e di proteinuria al dipstik (+). L'escrezione urinaria di Na⁺ ad una raccolta estemporanea di urine era 56 mEq/L. Fu quindi richiesta un'ecografia urgente dell'addome per valutare le condizioni del rene ed escludere la presenza di un ostacolo all'escrezione dell'urina. Il radiologo descriveva una vescica enormemente dilatata (Fig. 1) con la quasi completa dislocazione del rene trapiantato in alto a destra dell'addome e la presenza di un mega-uretere (Fig. 2). Il consulente urologo consultato decideva di inserire un catetere vescicale per oltrepassare il possibile ostacolo; questa manovra, difficoltosa, non risultò nella attesa diuresi massiva. Fu pertanto richiesta una TC urgente. Questo ultimo esame evidenziò come la sospetta enorme vescica, al

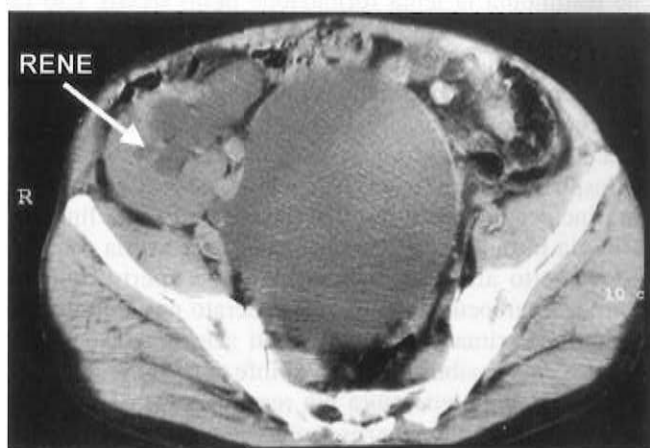


Fig. 3 - TC che mostra il linfocele ed il rene idronefrotico.

contrario, fosse una raccolta fluida anecoica di incerta natura, che dislocava la vescica nella porzione inferiore dell'addome mentre spingeva in alto il rene trapiantato comprimendo anche l'uretere (Fig. 3). Dopo due giorni nei quali la funzione renale rimaneva stabile, il paziente fu sottoposto, in anestesia generale, ad una laparotomia addominale che evidenziava un'enorme raccolta pelvica retroperitoneale protudente nella cavità addominale di ~ 3000 cc di liquido citrino che si rivelò linfa alle successive indagini biochimiche. La "cisti" fu quindi marsupializzata lasciando una finestra aperta per consentirne il drenaggio interno.

Il decorso clinico fu caratterizzato da un cospicuo aumento della diuresi solo nel primo giorno postoperatorio (3600 mL), cui seguì adeguata reinfusione; nei giorni

seguenti la diuresi rimase stabile intorno ai 1600 mL/die. I livelli di creatinina plasmatica cominciarono a diminuire lentamente raggiungendo il nadir in VII giornata (1.7 mg/dL), analogamente all'azotemia (da 162 a 72 mg/dL) e il paziente fu dimesso. Periodici controlli fino a 18 mesi hanno evidenziato l'assenza di recidive del LC ed il perfetto recupero della funzione renale (Creat.: 1.2 mg/dL).

Discussione

L'interesse del nostro caso clinico risiede soprattutto nelle dimensioni del LC e nella documentazione iconografica mostrata, molto significativa. La corretta diagnosi di LC, infatti richiese solo l'esecuzione di una TAC dopo la nostra sorpresa nel vedere che la cateterizzazione vescicale del paziente non determinava la attesa poliuria, soprattutto dopo che il radiologo ecografista aveva descritto "un enorme vescica distesa". Un ulteriore elemento interessante era l'assenza di qualunque sintomo clinico del paziente (nonostante l'enorme peso del LC) che testimonia la lenta formazione dello stesso. Ciò fa sospettare che la patogenesi dell'enorme raccolta sia stata secondaria alla recidiva del piccolo LC aspirato per via percutanea cinque mesi prima, ma del quale venimmo a conoscenza solo dopo che la diagnosi era già stata fatta.

L'aspirazione percutanea del LC si associa ad un elevata incidenza di recidive (2), presentando una limitata efficacia in molti casi; ciononostante, per la sua semplicità rispetto all'intervento ad addome aperto, questo approccio terapeutico è stato considerato per anni il trattamento di prima scelta in pazienti selezionati, anche a dispetto del possibile sviluppo di infezioni (17%) (2).

L'analisi della letteratura più recente suggerisce che il drenaggio durante laparoscopia (introdotto nel 1991) rappresenta probabilmente l'opzione terapeutica preferibile grazie ad un'alta percentuale di successi (62-90%), una bassa incidenza di recidive, minori costi globali e l'assenza di ileo postoperatorio che permette la terapia orale dei farmaci immunosoppressivi (4, 5); questi indubbi vantaggi controbilanciano certamente la più alta incidenza di lesioni iatrogene, tre volte maggiore rispetto all'intervento chirurgico classico (7% vs 1.6%). Un ulteriore miglioramento tecnico è rappresentato dall'utilizzo dell'ecografia laparoscopica che permette la visualizzazione delle strutture anatomiche e riduce il rischio di danno iatrogeno. La scelta dell'intervento chirurgico laparotomico, tuttavia, è raccomandata quando il LC è posteriore o inferiore rispetto al rene (per i rapporti col peduncolo vascolare e l'uretere), e quando le sue dimensioni sono importanti, come nel nostro paziente.

Infine, non va dimenticata la possibile associazione tra presenza di LC e rigetto acuto del rene trapiantato: in

una serie di 170 trapianti renali (fino al 1997) Lipay descrive 19 casi di LC, dei quali addirittura l'84% erano associati con un episodio di rigetto (7); simili risultati sono stati descritti da Bischof in una serie di 919 trapianti renali; 45 dei 63 pazienti nei quali si riscontrava un LC sintomatico presentavano evidenza istologica di rigetto (73%). Nel nostro paziente, la lenta formazione del LC, il recupero della funzionalità renale dopo intervento chirurgico, l'assenza di qualunque altro segno clinico di rigetto ci indussero a scartare subito tale ipotesi.

In conclusione, questo caso conferma che il frequente monitoraggio ecografico è necessario nel primo periodo del post-trapianto, quando la presenza di un LC potrebbe essere associata ad un rigetto altrimenti asintomatico, e quando un LC è stato già trattato per valutarne una eventuale recidiva.

Riassunto

Viene descritto un singolare caso di linfocele (LC) gigante in un paziente portatore di trapianto renale da 9 mesi, manifestatosi con un marcato rialzo dei valori di creatininemia in assenza di particolari segni clinici e brillantemente risolto con un intervento laparotomico. La peculiarità del caso è nelle dimensioni del LC (volume >3000 cc) e nella sua localizzazione pelvica, dove spazzava completamente rene tx e vescica, mimando una vescica particolarmente dilatata. La rimozione del LC determinò la lenta ripresa funzionale renale. L'anamnesi del pz. rivelava un precedente LC già drenato 6 mesi prima per via percutanea. Viene discusso come terapie ed episodi di rigetto, modalità di follow-up e l'intervento chirurgico possono condizionare l'insorgenza o la recidiva di questa frequente complicanza del trapianto.

Indirizzo degli Autori:
Dr. Massimo Sabbatini
Cattedra di Nefrologia Medica
Università Federico II
Via Manzoni, 50
80123 Napoli
e-mail: sabbatin@unina.it

Bibliografia

1. Burleson RL, Marbarger PD. Prevention of lymphocele formation following renal allo-transplantation. *Urology* 1982; 127: 118-9.
2. Bischof G, Rockenshaub S, Berlakovich G, et al. Management of lymphoceles after kidney transplantation. *Transpl Int* 1998; 11: 277-80.
3. Mayo RR, Lipschutz D. An interesting case of failed renal transplant complicated by a lymphocele infected with *Pasteurella multocida* and a review of the literature. *Am J Nephrol* 1996; 16: 361-6.
4. Gruessner RWG, Fasola C, Benedetti E, et al. Laparoscopic drainage of lymphoceles after kidney transplantation: Indications and limitations. *Surgery* 1995; 117: 288-95.
5. Cadrobbi R, Zaninotto G, Rigotti P, et al. Laparoscopic treatment of lymphocele after kidney transplantation. *Surg Endosc* 1999; 13: 985-90.
6. Risaliti A, Corno V, Donini A, et al. Laparoscopic treatment of symptomatic lymphoceles after kidney transplantation. *Surg Endosc* 2000; 14: 293-5.
7. Lipay MA, Noronha I, Vidonho JA, et al. Lymphocele: a possible relationship with acute cellular rejection in kidney transplantation. *Sao Paulo Med J* 1999; 117: 238-42.

Giunto in Redazione il 22.5.2003
Accettato il 2.7.2003