

## Casos Clínicos

# Ruptura do Excretor Renal: Um caso atípico – Apresentação de Caso Clínico

Bruno Graça\*, Manuel Ferreira Coelho\*\*, José Eduardo Carrasquinho\*, Miguel Lourenço\*

\*Interno de Urologia

\*\*Assistente Hospitalar de Urologia

Serviço de Urologia – Hospital Fernando Fonseca – Director: Dr. Carrasquinho Gomes - Amadora

## Resumo

A ruptura espontânea do excretor renal é uma complicação pouco frequente da uropatia obstrutiva. A maioria das rupturas está associada a obstrução litíásica ureteral ou da junção pieloureteral, existindo geralmente um quadro clínico prévio de cólica renal ou litíase conhecida.

A ruptura espontânea do excretor renal complicada é suspeitada clinicamente e o diagnóstico obtido por exames auxiliares, especialmente de imagiologia. Apresentamos o caso clínico de uma doente com ruptura espontânea do excretor renal sem antecedentes de litíase urinária.

**Palavras-chave:** Ruptura, excretor, espontânea

## Summary

### *Spontaneous fornix rupture – Case report*

Spontaneous fornix rupture is a rare complication of obstructive uropathy, generally occurring with obstructive lithiasis of ureteral or uretero-pielic junction. Renal colic or known urinary stones usually exists, preceding the rupture.

The observation indicates suspicion and the diagnosis is confirmed with imagiologic exams. We state a case report of a woman with spontaneous fornix rupture without renal colic or known urinary stones.

**Key-words:** spontaneous rupture; upper urinary tract

### Correspondência:

Bruno Graça  
Hospital Fernando  
Fonseca  
IC 19 - Amadora  
E-mail:  
bruno2000@sapo.pt

## Introdução

A ruptura espontânea do excretor renal acompanhada de extravasão de urina no espaço perinéfrico ou retroperitoneu é uma complicação pouco frequente

da uropatia obstrutiva. A maioria das rupturas está associada a obstrução litíásica ureteral ou da junção pieloureteral, existindo geralmente um quadro clínico prévio de cólica renal ou litíase conhecida. Apresentamos um caso de ruptura do excretor renal complicada de abces-

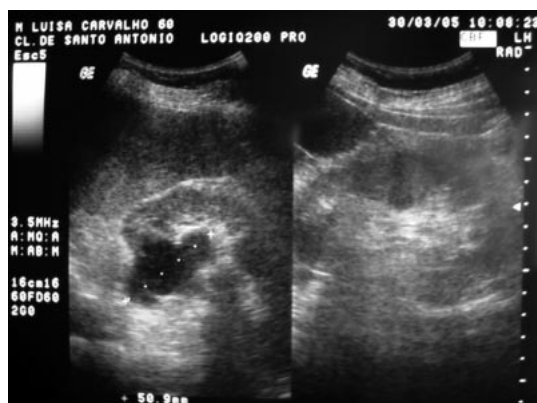


Figura 1

so retroperitoneal numa doente sem antecedentes urológicos.

## Caso clínico

M.C., 61 anos, sexo feminino, que recorre ao Serviço de Urgência por lombalgia esquerda contínua acompanhada de mal estar geral e febre, tendo evolução insidiosa com sensivelmente um mês de duração.

A doente nega antecedentes de litíase e infecção urinárias (incluindo tuberculose genito-urinária), hematuria e traumatismo lombar.

À observação apresentava-se febril (39°C), com abdómen doloroso à palpação profunda dos quadrantes esquerdos, sem sinais de irritação peritoneal. Punho-percussão lombar esquerda dolorosa.

Traz consigo ecografia renal realizada duas semanas antes, que revela microlitíase bilateral, sem evidência de uropatia obstrutiva e a presença de quistos corticais simples no polo superior do rim esquerdo (Fig. 1).

Nos exames complementares efectuados destacam-se:

1. Leucocitose com Neutrofilia (G.B.-12,8 N-74%);
2. Velocidade de Sedimentação elevada (V.S.-108);
3. Alterações parâmetros hepáticos (F.A.-272; TGO-36; TGP-57;  $\gamma$ -GT-161) e
4. TAC Abdomino-pélvico – “Ocupando a loca renal esquerda no seu polo inferior, identificamos colecção que nos parece com características de abscesso, com região hipodensa com captação periférica apresentando-se o contorno lobulado, com espessura variável,...., apresentando plano de clivagem com o psoas homolateral, que se apresenta igualmente heterogéneo e com envolvimento do músculo ilíaco homolateral” (Fig. 2-3)
5. Eco-Doppler Duplex a cores, onde se registou um IR de 0,59 e um IP de 1,0



Figura 2



Figura 3

Optou-se por efectuar a drenagem percutânea da lesão, com saída de abundante conteúdo purulento, que foi enviado para exame bacteriológico. Iniciou antibioterapia de imediato com Cefradina e Metronidazol. O exame bacteriológico foi inconclusivo identificando “Flora Mista”.

Constatou-se a partir do segundo dia saída de urina através do dreno tendo ficado límpida pelo quarto dia.

Clinica e laboratorialmente houve uma evolução favorável da situação, tendo repetido a TAC ao nono dia, não se visualizando qualquer colecção purulenta (Fig. 4-5).

Efectuou uma Pielografia ascendente ao décimo dia, onde foi observada pequena extravasão do contraste ao nível do polo superior do rim esquerdo, tendo-se colocado um “stent” ureteral (Fig. 6) e removido o dreno percutâneo. Teve alta no dia seguinte, assintomática.

Salienta-se o facto de não existir evidência de litíase urinária, obstrutiva ou não, quer nas Tomografias Computorizadas quer na Pielografia Ascendente, bem como não existirem alterações dos índices de resistência arteriais ou de pulsatilidade ao nível das artérias renais interlobares.



Figura 4



Figura 5

Na consulta de seguimento ao 2º mês, realizou TAC com contraste que revelou resolução completa da colecção com “stent” bem colocado, bem como eco-doppler sem alterações nos índices de resistência ou pulsatilidade nas artérias interlobares no rim esquerdo (Fig. 7).

Retirou “stent” ureteral ao 3º mês, tendo alta da consulta ao fim de 6 meses, assintomática e sem alterações laboratoriais.

## Discussão

A ruptura do excretor renal está geralmente associada a obstrução litiásica ureteral ou da junção pieloureteral, existindo geralmente um quadro clínico prévio de

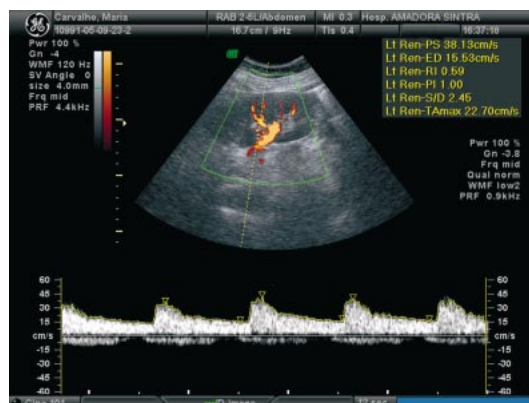


Figura 6



Figura 7

cólica renal ou litíase conhecida, que não se verificou neste caso, dificultando a suspeita diagnóstica. É importante distinguir extravasão por “backflow” da ruptura franca piélica ou ureteral<sup>(1,2)</sup>.

A ruptura espontânea do excretor renal complicada é suspeitada clinicamente e o diagnóstico é obtido com base nos seguintes achados<sup>(3,4)</sup>:

1. Dor e desconforto lombares difusos em crescendo geralmente com sinais de irritação peritoneal;
2. Leucitose e febre em muitos casos;
3. Posição antálgica e perda imagiológica da sombra do Psoas são igualmente frequentes;
4. A extravasão líquida em áreas peri-renais, peri-ureterais ou peri-pélvicas é encontrada na ecografia com ou sem dilatação pielocalicial associada, sendo no entanto um exame pouco específico na distinção entre urina, sangue e pús;
5. A extravasão do contraste na Urografia EV, TAC contrastada ou PA são exames auxiliares de diagnóstico que confirmam a ruptura sendo exames

muitos sensíveis e específicos, contribuindo no entanto para aumentar a colecção líquida;

6. Também pode ser usado o Eco-Doppler Duplex a cores para avaliação da perfusão das artérias renais interlobulares, notando-se uma degradação do índice de resistência (IR) e do índice de pulsatilidade (IP) ao nível das artérias interlobares, por comparação com o rim normal contralateral. Tais valores permitem avaliar de forma indirecta o grau de pressão intrínseca da pélvis renal obstruída, sendo o IR e o IP particularmente elevados na fase obstrutiva, (valores superiores a 0,70 de IR são sugestivos de sofrimento renal) diminuindo progressivamente na normalização da situação clínica.

---

## Conclusão

Pensamos tratar-se de um caso raro de ruptura espontânea do rim de etiologia não esclarecida, complica-

da de volumosa colecção abcedada retroperitoneal, que teve uma resolução com sucesso, através da utilização de técnicas minimamente invasivas, não deixando sequelas à doente.

---

## Bibliografia

1. Petas A, Baruxis G, Kalafatis P. Rupture of the fornix renalis during kidney colic due to ureter calculus. *Hellenic Urology*. 1999; 36: 48-52
2. Marberger M, Hofbauer J, Tuerk Ch, Hobart K, Albrecht W. Management of ureteric stones. *European Urology*. 1994; 25: 265-272
3. Kalafatis P, Zougkas K, Petas A. Primary ureteroscopic treatment for obstructive ureteral stone-causing fornix rupture. *International Journal of Urology*. 2004; 11: 1058-1064.
4. Mitty HA. CT for diagnosis and management of urinary extravasation. *American journal Roentgenology*. 1980; 134: 497-501