

Malformação artério-venosa renal

Caso clínico

Vitor Silva*, Rui Prisco**, Rui Lages***, Fernando Carreira****(1), Caetano Brandão**, Rocha Melo****(2)

*Interno Complementar

**Assistente hospitalar

***Assistente hospitalar graduado

****Director de Serviço

Serviço de Urologia⁽¹⁾, Serviço de Imagiologia⁽²⁾ – Hospital Pedro Hispano ULS Matosinhos.

Correspondência: Vitor Moreira da Silva.Serviço de Urologia – ULS Matosinhos, Hosp. Pedro Hispano. 4450 Matosinhos

Resumo

Os aneurismas dos vasos renais são raros. Os autores apresentam um caso clínico de aneurismas das artérias arciformes, que se manifestou por hematúria e dor no flanco, como é característico desta patologia.

Summary

The Renal Vessels aneurysms are rare conditions. The authors present a case report of aneurysms of the arciform arteries of the Kidney, that was manifested by flank pain and hematuria, as characteristic of this pathology.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 34 anos, antecedentes patológicos irrelevantes.

Recorre ao Serviço de Urgência por dor no flanco esquerdo e hematúria total com coágulos. A ecografia efectuada em fase aguda, revelou rins de dimensões normais, com boa diferenciação parênquimo-sinusal, sem imagens de massas ou litíase; ligeira hidronefrose esquerda; Bexiga em repleção média, com conteúdo líquido heterogêneo, compatível com bexiga de coágulos. Em face deste resultado decidiu-se internar a doente para estudo.

Em regime de internamento, foi feita urografia intravenosa, que revelou discreta hidronefrose esquerda e numerosas imagens de subtração ao longo de todo o aparelho excretor à esquerda (Fig. 1 e 2). Fez Cistoscopia, que confirmou o diagnóstico ecográfico de “bexiga de coágulos”, não havendo contudo, nenhuma lesão vesical visível macroscopicamente. De positivo, a cistoscopia revelou emissão de urina hemática e coágulos de forma tubular pelo meato ureteral esquerdo. No mesmo tempo operatório procedeu-se à Ureterorenoscopia, que mais uma vez, apenas confirmou a suspeita de que as imagens de subtração observadas ao longo do excretor se tratavam



Fig. 1 e 2 – Urografia: discreta hidronefrose esquerda e imagens de subtração dispersas por todo o sistema excretor esquerdo.

apenas de coágulos. Fez-se angiografia digital de subtração, que demonstrou a existência de três fístulas arterio-venosas das artérias arciformes do polo superior do rim esquerdo (Fig. 3), tendo-se procedido de imediato à embolização trans-catéter das mesmas com polivinil-álcool (PVA). A doente teve alta passados dois dias, completamente assintomática e sem hematúria. Fez posteriormente, em regime ambulatorial, cintigrafia renal com DMSA, que não revelou defeitos parenquimatosos relevantes das áreas embolizadas.

Comentário

As fístulas arterio-venosas renais são condições raras^(1, 5). São habitualmente classificadas como congénitas, idiopáticas ou adquiridas⁽⁵⁾. As congénitas manifestam-se mais frequentemente por hematúria, enquanto as adquiridas são mais provavelmente detectadas por alterações hemodinâmicas, tais como hipertensão, cardiomegalia e insuficiência cardíaca congestiva^(1, 2, 4). Com o aumento dos procedimentos renais por via percutânea, é de esperar que a incidência global destas lesões aumente⁽²⁾. A ruptura de uma destas lesões pode causar hematúria, dor no flanco e retenção urinária por coágulos. A arteriografia é o principal procedimento diagnóstico^(1, 2).



Fig. 3 – Angiografia: três fístulas arterio-venosas dos vasos arciformes do polo superior do rim esquerdo.

No que toca a tratamento, a cirurgia, seja a nefrectomia ou a laqueação selectiva do vaso em questão, foi desde há muito o procedimento standard para resolução das malformações ou fístulas arterio-venosas. A perda de parênquima renal normal, a

migração dos agentes oclusivos ou a recanalização dos vasos anômalos, limitou o uso da embolização como método de tratamento no passado. Recentemente, novas técnicas e agentes, tais como a farmacangiografia e o álcool, aumentaram a eficácia da embolização como terapêutica, seja como adjuvante da cirurgia, tratamento definitivo ou palição^(3, 4, 5). Apesar de não termos encontrado estudos comparativos entre o tratamento cirúrgico versus embolização, algumas recomendações podem ser feitas. Devido à reduzida morbilidade e eficácia crescente, a embolização deverá ser tentada na altura da realização da arteriografia diagnóstica, como forma de tratamento da maior parte das malformações artério-venosas e fístulas^(1, 2, 3, 4, 5). Contudo, a escolha de cirurgia, embolização ou combinação destes métodos deverá ser individualizado para cada paciente, tendo em atenção o estado geral de saúde, os sintomas e as manifestações provocadas pela malformação ou fístula.

No caso que relatamos, pensamos que a opção tomada foi a mais correcta e os resultados obtidos confirmam-no.

Bibliografia

1. Urology 1981 Jan;17(1):13-7. Congenital renal arteriovenous malformations.
2. Sem Hop 1981 Jan 18-25;57(3-4):126-32. [Renal arteriovenous fistulae (author's transl)].
3. Urology 1983 Oct;22(4):360-5. Transcatheter embolotherapy for congenital renal arteriovenous malformations. Long-term follow-up.
4. Hinyokika Kyo 1983 Oct;29(10):1295-9. [Two cases of renal arteriovenous fistula].
5. J Urol 1994 Apr;151(4):967-9. Transcatheter embolization of large idiopathic renal arteriovenous fistula.
6. Arch Esp Urol 1994 Jun;47(5):523-5. [Congenital renal arteriovenous fistula treated with embolization].
7. Minerva Cardioangiol 1994 Oct;42(10):469-76. [Renal arteriovenous fistulae].
8. Changgeng Yi Xue Za Zhi 1998 Mar;21(1):119-24. Congenital renal arteriovenous malformations: two cases report.