

Cisto Renal Solitário Infectado Tratamento Através de Drenagem Percutânea e Escleroterapia

SOLITARY RENAL INFECTIOUS CYST PERCUTANEOUS DRAINAGE AND SCLEROTHERAPY

Autores: Roberto Vaz Juliano, Marcos Tobias-Machado,
Ana Paula Rodrigues, Milton Borrelli, Eric Roger Wroclawski

RESUMO

Os cistos renais solitários infectados extremamente incomuns, sendo descritos cerca de trinta casos até o final da década passada.

Visto a raridade desta patologia e as várias modalidades terapêuticas, relatamos o caso de uma paciente jovem, com história sugestiva de pielonefrite aguda cujo diagnóstico por ultrassonografia revelou cisto renal com conteúdo espesso. Foi submetida a tratamento minimamente invasivo através de drenagem percutânea e esclerose utilizando álcool absoluto, com ótimo resultado.

Além disso, realizamos uma revisão dos principais métodos terapêuticos, agentes esclerosantes, taxas de sucesso e índices de complicações.

Palavras chaves: Cisto renal, escleroterapia percutânea, agentes esclerosantes.

SUMMARY

The solitary renal infectious cysts are rare, and are described thirty cases until the past decade. Considering the rarity of this pathology and the many kinds of treatment used, we take a case of a young woman presented as acute pielonephitis, submitted to sclerotherapy percutaneous do to infected cyst showing great results. Moreover, we perform a review of principal therapeutic methods, sclerosing agents, disease-free status and complications.

Key words: Renal cyst, percutaneous sclerotherapy, sclerosing agents.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, branca, 22 anos, referindo há vinte dias quadro de dor em peso em região lombar direita, com irradiação para flanco direito de moderada intensidade intermitente, acompanhada de febre, astenia, anorexia e queda do estado geral. Ao exame físico apresentava palpação e percussão dolorosa da região dorsal direita.

Para investigação diagnóstica foram solicitados exames complementares que mostraram leucocitose ao hemograma, função renal e urianálise normais. Os exames radiológicos (USG e TC) mostraram uma extensa formação cística de conteúdo heterogêneo com compressão extrínseca de via excretora. (figuras 1 e 2).

Através do diagnóstico presuntivo de cisto renal infectado foi realizada punção percutânea guiada por ultrassonografia, a qual resultou na saída de 200 ml de líquido purulento. Após o esvaziamento aparente do conteúdo do cisto, foi locado dreno tubular multifrenestrado. A partir do primeiro pós-operatório (PO) foi realizada lavagem exaustiva da loja cística com solução iodada e injeção diária de álcool absoluto (volume correspondente a 10% do volume drenado) até o décimo PO. Não foram observados sinais clínicos de intoxicação etílica ou qualquer outra morbidade associada ao procedimento.

*Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC - Disciplina de Urologia - FUABC - SP - Brasil.

No 14PO a paciente recebeu alta hospitalar com melhora do quadro clínico inicial. Encontra-se atualmente no 24º mês de PO, em acompanhamento ambulatorial, assintomática, sem sinais de recidiva clínica e radiológica (figura 3).

DISCUSSÃO:

O cisto simples do rim geralmente é unilateral e único, mas pode ser múltiplo, multilocular e mais raramente bilateral, envolvendo na maioria dos casos o polo inferior do rim. A grande maioria dos cistos renais é assintomática, sem indicação de tratamento complementar. O tamanho é variável, sendo os sintomáticos geralmente maiores de 10 cm de diâmetro. Não é conhecida a sua real origem etiopatogênica (congenita ou adquirida).

Em seu crescimento pode comprimir o parênquima renal e causar um certo grau de destruição tissular, embora a função renal na sua maioria seja preservada. Pode levar também a hidronefrose por compressão ureteral e quadros infecciosos associados.

Os exames de imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada geralmente fazem o diagnóstico. O principal diagnóstico diferencial é o carcinoma renal em casos de cistos complexos.

As formas para o tratamento cirúrgico do cisto renal simples, quando indicado, incluem a cirurgia aberta clássica através da exérese do cisto, marsupialização ou, em alguns casos, a nefrectomia parcial ou total; a aboração por técnica videolaparoscópica, através de acesso transperitoneal ou retroperitoneal, com fulguração e decorticação (1,2,3,4). A laparoscopia é menos invasiva que a cirurgia aberta para o tratamento de cistos renais simples e múltiplos com resultados superponíveis a cirurgia convencional (1,2,3,4). Permite um pós-operatório mais confortável do ponto de vista algíco e mais rápida recuperação para atividades habituais. Nos casos de rins policísticos, podem ser necessárias outras intervenções laparoscópicas para o controle da sintomatologia. Alguns autores defendem a punção percutânea para estudo citológico, afastando chances de neoplasias antes da laparoscopia (2).

A punção percutânea e injeção de agente esclerosante vem sendo utilizada atualmente como opção no tratamento dos cistos renais (tabela 1) (5,6,7,8,9,10,11).

A esclerose percutânea guiada por ultrassom ou tomografia é um método terapêutico pouco invasivo, seguro para o paciente de alto

risco cirúrgico pois pode ser realizada através de anestesia local, permitindo também um menor tempo de permanência e custo hospitalar.

Existe um maior interesse atual na utilização de tratamentos menos agressivos, de baixo custo operacional e que possam ser realizados ambulatorialmente. Em nosso serviço realizamos de maneira rotineira o tratamento de hidrocele, em pacientes com prole constituída, através de drenagem e injeção de álcool absoluto com ótimos resultados (12).

Várias tem sido as substâncias empregadas na literatura como o Polidocanol à 3% (5), Álcool a 95% (6,7,12), Etanolamina a 5% (8), Hidroclorito de minociclina (11,13), Etanol 96% (10,14) e a Tetraciclina.

O número de sessões depende do diâmetro cístico, da presença ou não de infecção, da resposta à escleroterapia (controle ultrassonográfico).

Hanna e cols. (7), propõe duas sessões de esclerose com o intervalo de 48h, pois, de acordo com seus estudos o agente esclerosante após três minutos fixa-se ao epitélio e penetra até a cápsula entre 4 e 12 horas. Em seu grupo controle com uma sessão a taxa de sucesso variou de 70-85% e no grupo com duas sessões esta variou entre 78 e 97%.

A taxa de sucesso varia de acordo com os diversos autores, com os agentes esclerosantes utilizados e o diâmetro do cisto (tabela 1). Levando em conta estas variáveis, observamos que esta permanece entre 65-98%. Os critérios utilizados para determinar os resultados terapêuticos foram a melhora dos sintomas, a diminuição parcial ou total do cisto através de exames de imagem e a não necessidade de complementação terapêutica.

As principais complicações associadas a escleroterapia foram febre, hematúria microscópica e infecção, observadas em até 5% dos pacientes. Geralmente são quadros auto-limitados que apresentaram melhora após tratamento clínico (5).

Não encontramos relatos de cisto renal infectado tratado através de drenagem percutânea e escleroterapia concomitantes.

Aplicando os conceitos atuais de tratamentos minimamente invasivos, que permitam um pós-operatório com baixa morbidade, mais rápida recuperação e resultados terapêuticos semelhantes a cirurgia convencional, acreditamos que a drenagem percutânea com escleroterapia dos cistos renais seja o tratamento de eleição nos casos onde existe indicação cirúrgica, podendo ser também empregado em casos de cisto infectado com bons resultados.

Principais séries que reportam os resultados da escleroterapia de cistos renais.

AUTOR	AGENTE ESCLEROSANTE	Nº PACIENTES	ESQUEMA	% SUCESSO
Hanna e cols(7)	Etanol 95%	23 (Grupo 1)	2 sessões (24/48h)	87%
		23 (Grupo 2)	1 sessão	78%
Ohta e cols(5)	Polidocanol 3%	15	1 sessão	80%
Ohkawa (9)	Minociclina	154	1 sessão	87%
Forster (10)	Etanol 96%	28	1 sessão	89%
Hobarth (14)	Etanol 96%	23	1 sessão	83%



Fig. 01 Ultrassonografia mostrando cisto renal direito de grandes dimensões.

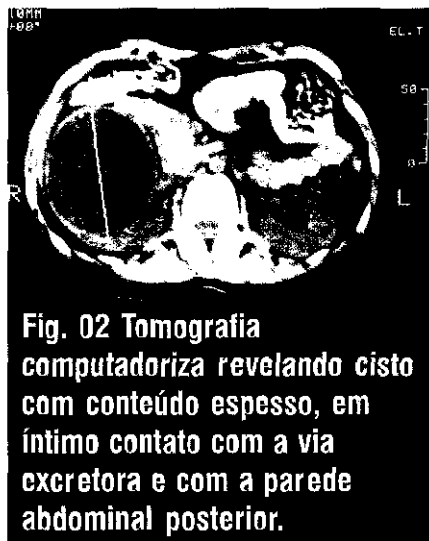


Fig. 02 Tomografia computadoriza revelando cisto com conteúdo espesso, em íntimo contato com a via excretora e com a parede abdominal posterior.

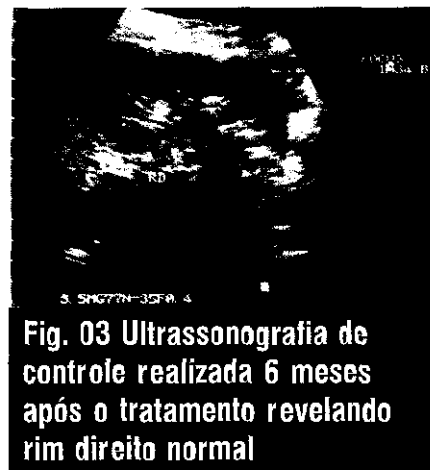


Fig. 03 Ultrassonografia de controle realizada 6 meses após o tratamento revelando rim direito normal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Antonini, C; Sogari, P.R; Ros, C.T; Canali, C; Teloken, C; Souto, C.A.V. Tratamento percutâneo do cisto renal simples. *J. Bras. Urol.*; 19 (4):281-4, 1993.
- 2- Hoening, D.M; Leveille R.J; Amaral, J.F; Stein, B.S. Laparoscopic unroofing of symptomatic renal cysts : three distinct surgical approaches. *J. Endourol*; 9 (1): 55-8, 1995.
- 3- Lifson, B.J; Teichman, J.M; Hulbert, J.C. Role and long-term results of laparoscopic decortication in solitary cystic and autosomal dominant polycystic kidney disease. *J.Urol*;159 (3):702-5, 1998.
- 4- Pisani, E; Trincerri, A; Zanetti, G; Montanari, E. Laparoscopy of kidney and the adrenal gland. *Ann Urol*; 29 (2):56-60, 1995.
- 5- Ohta, S; Fujishiro, Y; Fuse, H. Polidocanol sclerotherapy for simple renal cysts. *Urol Int*;58 (3): 145-7, 1997.
- 6- Kabaalio, A; Apaydin, A; Ozkaynak, C; Meliko, M; Sindel, T; Luleci, E. Percutaneous sclerotherapy of a symptomatic renal cyst. in a child: observation of membrane detachment sign. *Eur Radiol*;6(6): 872-4, 1996.
- 7- Hanna, R.M; Dahniya, M.H. Aspiration and sclerotherapy of symptomatic simple renal cysts: value of two injections of a sclerosing agent. *AJR*;167 (3): 781-3, 1996.
- 8- Brown, B; Sharifi, R; Lee, M. Ethanolamine sclerotherapy of a renal cyst. *J. Urol*;153 (2):385-6, 1995.
- 9- Okhawa, M; Tokunaga, S; Orito, M; Shimamura, M; Hirano, S; Okasho, A; Kosaka, S. Percutaneous injection sclerotherapy with minocycline. *Int Urol Nephrol*;25(1):37-43, 1993.
- 10- Förtser, P; Wieland, W; Rössler, W. Perkutane Nierenzystensklerosierung. *Fortschr Med*; 110(19) : 354-8, 1992.
- 11- Uemasu, J; Fujihara, M; Munemura, C; Nakamura, E; Kawasaki, H. Cyst sclerotherapy with minocycline hydrochloride in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 11(5) :843-6, 1996.
- 12- Juliano, R.V ; Nascimento, F.J ; Lopes Neto, A.C ; Borrelli, M ; Wroclawski, E.R. Tratamento não cirúrgico da hidrocele e cisto de cordão por escleroterapia com álcool absoluto. *J Bras. Urol*.24(4): 254-257, 1998.
- 13- Uemasu, J; Munemura, C; Fujihara, M; Kawasaki, H. Regression of large hepatic cysts by minocycline hydrochloride in polycystic kidney disease. *Nephrol*.69(3) :365-6, 1995.
- 14- Höbarth, K; Kratzik, C. Percutaneous sclerosing of kidney cysts with alcohol. *Urologe A*.30(3):189-90, 1991.