

INTRODUÇÃO

O abdome agudo obstrutivo é uma entidade comum no dia a dia do cirurgião geral. As principais causas incluem bridas e aderências, hérnia estrangulada, íleo paraliótico, fecaloma, tumores da cavidade, volvos, estenoses, divertículo, intussuscepção, corpos estranhos, entre outros. Duas das quais, o paciente em questão possuía fatores de risco para desenvolver, a cirurgia prévia de úlcera gástrica e a hérnia umbilical. Os tumores da região retroperitoneal são de baixa incidência, sendo as entidades mais comuns linfangioma, cistadenoma mucinoso, teratoma, mesotelioma, cisto mülleriano, cisto epidermoide, hamartoma retrorrenal, cisto broncogênico, outros tumores de componente duplo, pseudomixoma retroperitoneal e carcinoma mucinoso, entre outros. Processos benignos geralmente envolvem pseudocistos (tipicamente pancreáticos), linfocele, urinomas e hematomas. Uma vez realizado o exame de imagem, provou-se a causa incomum, com evolução de poucos dias e de tamanha importância, em um homem de certa idade e sem antecedentes para pensar se em tal.

RELATO DE CASO

Paciente JGP, masculino, 60 anos, com história de dor abdominal à esquerda por 3 dias, obstipado. Portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidêmico e com crises de gota, além de uma doença renal crônica não classificada. Apenas em uso de anti-hipertensivos continuamente. Com histórico de cirurgia por úlcera gástrica há 10 anos e surgimento de hérnia umbilical posteriormente. Refere alguns familiares com HAS e pai com câncer de próstata.

Na chegada, estava estável hemodinamicamente, sem febre e outros sinais sistêmicos, com abdome distendido, porém não rígido, e massa palpável em flanco esquerdo. Laboratorial com hemograma de 10.570/mm³ leucócitos e 5% de bastonetes, plaquetas de 128.700/mm³ e eritrograma sem alterações. A dosagem de proteína C reativa (PCR) resultou em 53,8 mg/dL. Perfil metabólico venoso com sódio no limite inferior, potássio de 5,7 mmol/L e cálcio ionizado de 4,40 mg/dL. Ureia de 93 mg/dL e creatinina de 2,5 mg/dL. Gasometria arterial com leve acidose metabólica (pH 7,311 e bicarbonato de 18,0 mmol/L). A tomografia computadorizada (TC) sem contraste da admissão (Imagem 1) provou volumosa área cística em loja renal esquerda, sugestiva de hidronefrose com perda cortical renal total e estreitamento de ureter distal, além de cálculo de 3mm na altura dos cruzamento dos vasos ilíacos, sem demais alterações. Foi prescrito analgesia, antieméticos e anticolinérgicos. Na tentativa de passagem de sonda retal de sonda retal de Fouchet não houve progressão. Em seguida, iniciou-se ceftriaxona e metronidazol, o coagulograma resultou em RNI de 1,450 e tempo de atividade de tromboplastina (KPTT) de 45,1 segundos. Desta maneira, decidiu-se por laparotomia. No procedimento, foi puncionado cerca de 4 litros de líquido (com cultura negativa posteriormente) e feito a exérese de formações císticas em topografia de zona II. Na zona I, visualizou-se segunda aglomeração cística em proximidade ao ureter esquerdo e veia cava inferior, a qual não foi retirada. Foi alocado *gelfoam* no campo de diérese e alocado dreno *portovac* 4.8, com exteriorização para flanco esquerdo.

No segundo dia pós operatório, o paciente evoluiu satisfatoriamente para alta. O anatomopatológico da amostra evidenciou pielonefrite e uretrite crônica e aguda acentuada, com áreas de fibrose adjacentes. Em retorno após três meses, o paciente não intercorrências. A creatinina havia baixado para 1,00 mg/dL e ureia para 37 mg/dL. Os eletrólitos haviam estabilizado, com potássio de 4,7 mmol/L e cálcio iônico de 5,04 mg/dL. A TC de controle contrastada (Imagem 2) visualizou um rim esquerdo não caracterizado, com área de densificação sequelar cirúrgica e sem coleções líquidas. Não havia linfonodomegalias retroperitoneais, pélvicas ou inguinais.



Imagem 1. Corte axial. Sem contraste.



Imagem 2. Corte axial. Com contraste – fase tardia.

DISCUSSÃO

Uma volumosa área cística por hidronefrose somente do rim esquerdo comprimiu extrinsecamente as alças intestinais, resultando em dor abdominal e obstrução do trânsito do bolo fecal. Um homem de 60 anos procurou atendimento em pronto socorro por queixa de dor predominantemente na região esquerda do abdome há três dias. No exame físico, uma massa foi palpada em região de flanco e lombar esquerda. O paciente também relatou ausência de evacuações no período. Por histórico de cirurgia prévia de úlcera gástrica, além de uma hérnia umbilical, pensou-se em obstrução por brida. Entretanto, a tomografia no serviço demonstrou a causa das queixas. Na tentativa de passagem de sonda retal, não houve progressão. Optou-se por ressecção das formações císticas em laparotomia. O paciente foi liberado em poucos dias, com melhora da função renal.

A raridade de uma apresentação de uma enfermidade comum, porém unilateral e nesta faixa etária, com apresentação aguda, tornam este caso único. As hipóteses iniciais pela história clínica provaram-se incorretas. A dificuldade diagnóstica bastou uma simples TC. A terapêutica final necessitou de basicamente uma nefrectomia de urgência de um rim já não funcionante. Com certeza, o processo degenerativo do órgão, o qual ainda permanece sem explicação, já estava ocorrendo há algum tempo, porém não houve queixas para tal investigação. A lição primária deste relato deve ser a excentricidade da causa e os motivos pelos quais o enfermo procurou atendimento. Por fim, o acompanhamento com o paciente ratificou uma boa evolução, com melhora da função renal do tecido remanescente.

REFERÊNCIAS

1. Yang, DM et al. Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review. *Radiographics: a review* publication of the Radiological Society of North America. 2004; 24: 1353-1365.
2. Merran S, Karila-Cohen P., Vieillefond A. Tumeurs rétroperitonéales primitives de l'adulte. *Journal of Radiology*. 2004; 85: 252-264.
3. Dorosh J, Lin JC. Retroperitoneal bleeding. *Treasure Island (FL): StatPearls*. 2022.
4. Joseph M, Darlington D. Acute presentation of giant hydronephrosis in an adult. *Cureus*. 2020; 12: 53; 1225-1240.
5. Gore, RM et al. Bowel obstruction. *Radiologic clinics of North America*. 2015; 53: 1225-1240.
6. Patel K, Batura D. An overview of hydronephrosis in adults. *British Journal of hospital medicine*. 2020; 81: 1-8.

Buranello, B. C. G.¹; Knaut, E. F.¹; Shehadeh, I.¹; Pedro, S. B.¹; Condi, G. A.¹. ¹Instituição Universitária Estadual de Maringá (UEM), Maringá – PR.

E-mail para contato: bcgburanello@gmail.com