

Hematoma perirrenal espontâneo em paciente lúpica submetida a tratamento hemodialítico e portadora de cistos renais adquiridos

Spontaneous perirenal hematoma in a lupic patient on haemodialysis treatment and with renal cysts

Autores

Juliana Lins Loureiro¹
 Katiene Goes Mendonça¹
 Georgia de Araújo Pacheco¹
 Maria Fernanda Lucena Soutinho¹
 Gustavo Álvares Presídio¹
 André Felipe dos Santos Ferreira¹
 Agenor Antônio Barros da Silva²
 Fernando Melro Silva da Ressurreição³
 Ebeveraldo Amorim Gouveia⁴
 Carlos Alexandre Ferreira de Oliveira²
 Marcio Fernando Costa Medeiros⁵
 Rogério César Correia Bernardo⁶

¹ Acadêmico(a) de Medicina.

² Nefrologista.

³ USP-Ribeirão Preto.

⁴ Escola Paulista de Medicina.

⁵ Radiologista Intervencionista.

⁶ Urologista.

Data de submissão: 25/11/2011.

Data de aprovação: 16/02/2013.

Correspondência para:

Katiene Goes Mendonça.
 UNIRIM.
 Rua Comendador Antônio Ferreira, nº 29, Gruta de Lourdes, Maceió, AL, Brasil.
 CEP: 57052-640.
 E-mail: katiene@msn.com

DOI: 10.5935/0101-2800.20130025

RESUMO

A hemorragia perirrenal espontânea apresenta-se mais comumente como dor súbita no flanco ipsilateral, sem história de trauma. A doença renal cística adquirida é um achado frequente em pacientes sob tratamento hemodialítico crônico. Entretanto, a hemorragia espontânea proveniente da ruptura dos cistos é uma entidade clínica rara. Descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino, 45 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica controlada há 8 anos, de insuficiência renal crônica por 15 anos e de nefrite lúpica há 2 anos, em tratamento hemodialítico três vezes por semana desde 2006, e que apresentava concomitantemente doença renal cística adquirida. Foi admitida no setor de emergência queixando-se de aparecimento súbito de dor em região toracoabdominal esquerda. Diagnosticou-se hematoma perirrenal por meio de ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdômen. A paciente foi submetida à embolização da artéria renal esquerda, com boa evolução.

Palavras-chave: diálise renal; doenças renais císticas; hemorragia; insuficiência renal crônica.

ABSTRACT

The spontaneous perirenal hemorrhage usually presents as sudden pain in the side ipsilateral, no history of trauma. Acquired cystic kidney disease is a common finding in chronic hemodialysis patients. However, spontaneous bleeding from the rupture of the cyst is a rare clinical entity. We describe the case of a female patient, 45 years old, with controlled hypertension for 8 years, chronic renal failure for 15 years and lupus nephritis 2 years ago, undergoing hemodialysis three times a week since 2006, and who presented concurrently acquired cystic kidney disease. She was admitted to the emergency department complaining of sudden onset of pain in the thoraco-abdominal left. Perirenal hematoma was diagnosed by ultrasound and computed tomography of the abdomen. The patient underwent embolization of left renal artery, with good evolution.

Keywords: hemorrhage; kidney diseases; kidney diseases, cystic; renal dialysis; renal insufficiency, chronic.

INTRODUÇÃO

O hematoma perirrenal espontâneo (HPE), primeiramente descrito por Wunderlich, em 1856¹, é um evento pouco comum que pode manifestar-se como franco choque hipovolêmico.¹⁻⁴

Sua patogênese ainda não está bem esclarecida. Um aumento súbito na pressão da veia renal foi proposto por Polkey & Vynalek como justificativa para a ruptura do parênquima.⁵ Outra hipótese é o crescimento rápido do tumor promover obstrução das tributárias da veia renal. Desse modo, quando a oclusão é completa, aumenta a congestão local e o parênquima

rompe-se.⁶ É possível, ainda, que a necrose promovida pelo crescimento tumoral leve à ruptura e hemorragia subsequente. Nos angiomiolipomas, há neoformação vascular, com vasos de paredes finas e tortuosos, geralmente sem tecido elástico, sendo propícios ao sangramento.⁷

Dentre as etiologias não traumáticas, a mais comum é o carcinoma de células renais, seguida do angiomiolipoma renal. Outras condições possíveis incluem distúrbios vasculares, como a poliarterite nodosa, discrasias sanguíneas e infecções. Apesar da elevada prevalência dos cistos renais, sua ruptura promovendo HPE maçica é extremamente rara.^{1,3,8,9}

A abordagem inicial desses pacientes baseia-se no encontro da hemorragia e na determinação etiológica. Desse modo, o diagnóstico radiológico tem papel fundamental nesse processo.¹⁰

O advento e os avanços tecnológicos da tomografia computadorizada e radiologia intervencionista tornaram possível o tratamento conservador desta morbidade por meio de embolização arterial e transfusões sanguíneas.^{1,11}

RELATO DE CASO

IDENTIFICAÇÃO

Sexo feminino, 45 anos, casada, aposentada, católica.

QUEIXA PRINCIPAL

Aparecimento súbito de dor em região toracoabdominal esquerda.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

A paciente foi admitida na emergência de um hospital privado de Maceió, AL, devido ao aparecimento súbito de dor, em repouso, em região toracoabdominal esquerda, associada a náuseas e vômitos, evoluindo para localização em fossa ilíaca esquerda. Não apresentava história de trauma recente.

ANTECEDENTES PESSOAIS

A paciente é portadora de hipertensão arterial sistêmica controlada há 8 anos, de insuficiência renal crônica há 15 anos e de nefrite lúpica há 2 anos. Sem hepatopatia. Em uso Losartana 100 mg, Atenolol 25 mg, Metildopa 500 mg, Besilato de anlodipino 20 mg, Fusoremidia 40 mg, Complexo B, Renagel, Meticorten, Eritropoetina. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroideais. Encontra-se em programa regular de hemodiálise três vezes por semana desde 2006, com heparina não fracionada 50 UI/kg de peso e Ktv de 1,4. Apresenta sorologias negativas para vírus de hepatite B, C, HIV.

EXAME CLÍNICO

Ansiosa, hidratada, afebril, com mucosas conjuntivais hipocoradas, hemodinamicamente estável, pressão arterial na admissão 150 x 90 mmHg, abdome doloroso difusamente, com intensificação da dor à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou-se a rotina radiológica de abdômen agudo, que não apresentou alterações. A ultrassonografia abdominal demonstrou rim esquerdo atrófico com

presença de cistos e perda da relação córtico-subcortical, rim esquerdo aumentado de volume com perda da relação córtico-medular, além de líquido livre na cavidade abdomino-pélvica, e indicou tomografia computadorizada (TC) para complementação diagnóstica. A TC de abdômen demonstrou hematoma perirrenal volumoso (Figura 1). Evoluiu com queda do hematócrito, de 31% para 25,6% em dois dias e da hemoglobina, de 9,4 g/dL para 8,6 g/dL em três dias; sem a presença de atividade lúpica. Devido ao alto risco cirúrgico da paciente, optou-se pela realização de arteriografia e embolização da artéria renal esquerda (Figura 2), sem intercorrências. Permaneceu quatro dias na unidade de terapia intensiva, onde apresentou episódios dolorosos, cujo controle permitiu encaminhamento à enfermaria. Manteve-se em hemodiálise sem heparina por 1 mês. Após 10 dias, recebeu alta hospitalar.

Figura 1. Imagem de tomografia computadorizada, evidenciando hematoma perirrenal volumoso.

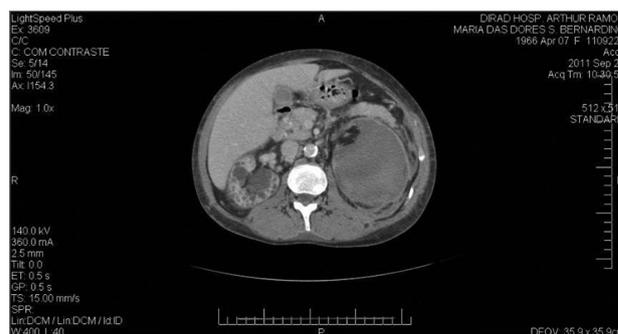


Figura 2. Imagem da embolização da artéria renal esquerda.



DISCUSSÃO

Na revisão de literatura mais recente sobre hematoma perirrenal espontâneo, realizada em 2002, Zhang *et al.* analisaram 165 relatos de caso entre 1985 e 1999, encontrando, como etiologia do sangramento,

neoplasias em 61% dos casos, sendo 31,5% benignas e 29,7% malignas, alterações vasculares em 17%.¹¹

A síndrome de Wunderlich é um evento raro e se caracteriza pelo início agudo de hemorragia renal espontânea, que se apresenta pela tríade de Lenk: dor lombar intensa, massa retroperitoneal e sinais de hemorragia interna.^{12,13} A associação com hemodiálise crônica, doença renal cística adquirida e a LES torna o caso ainda mais infrequente.¹²

Existe apenas um caso de síndrome de Wunderlich relatado na literatura brasileira, também associado a uma condição reumatológica, a poliarterite nodosa.¹⁴

A ultrassonografia é bastante útil por ser um exame de fácil acesso e pela possibilidade de rápida identificação de doença renal. Entretanto, é pouco preciso para a identificação do hematoma perirrenal, podendo o mesmo ser interpretado erroneamente como um tumor ou abscesso. O melhor método diagnóstico é a TC de abdômen com contraste. Ela nos permite estabelecer o local, o tamanho e, muitas vezes, a causa subjacente do sangramento.^{15,16} Quando a TC estiver indisponível, pode-se optar por ressonância magnética. A angiografia tem sua utilidade na detecção de doenças vasculares associadas, como um aneurisma de artéria visceral, principalmente quando se faz necessária uma embolização de emergência.^{15,16}

Caso a TC não identifique alguma alteração renal, adrenal ou vascular, o paciente deverá ser abordado conservadoramente, e far-se-á necessário repetir TC em três meses, para pesquisar lesões ocultas pelo hematoma.¹⁷⁻¹⁹

A nefrectomia é proposta por vários autores para os pacientes em que a etiologia do sangramento não era identificada e o rim contralateral não apresentava alterações, objetivando tratar uma possível neoplasia maligna em estágio subclínico. Esta abordagem é controversa, pois, nos estudos de Zhang *et al.*, a maioria dos pacientes submetidos à nefrectomia total (57%) não apresentava alterações sugestivas de malignidade.^{11,15}

Nos casos em que haja instabilidade hemodinâmica após o tratamento conservador, ou mesmo embolização arterial, a nefrectomia total é a opção terapêutica de escolha, mesmo quando a doença subjacente seja benigna. Não se justifica a realização de nefrectomia profilática.^{15,17-19}

No nosso caso, a história de uremia, hemodiálise com administração de heparina e doença renal cística adquirida são fatores de risco para sangramento. O diagnóstico foi realizado pela ultrassonografia e TC, mas as imagens não revelaram tumor renal. A paciente beneficiou-se do tratamento endovascular intervencionista, com realização de embolização arterial,

apresentando boa evolução. Faz-se necessária observação seriada com CT para que se possa detectar precocemente uma possível neoplasia.

REFERÊNCIAS

1. Lin YY, Chen JD, How CK, Yen DH. Spontaneous perinephric hemorrhage from a hemorrhagic renal cyst. *Intern Med* 2010;49:2189-90. <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.49.4021> PMID:20930454
2. Wunderlich CRA. *Handbuch der Pathologie und Therapie*, 2nd ed. Stuttgart: Ebner & Seubert; 1856.
3. Daskalopoulos G, Karyotis I, Heretis I, Anezinis P, Mavromanolakis E, Delakas D. Spontaneous perirenal hemorrhage: a 10-year experience at our institution. *Int Urol Nephrol* 2004;36:15-9. <http://dx.doi.org/10.1023/B:UROL.0000032680.65742.9a> PMID:15338665
4. Beaumont-Caminos C, Jean-Louis C, Belzunegui-Otano T, Fernández-Esain B, Martínez-Jarauta J, García-Sanchotena JL. Wunderlich syndrome: an unusual cause of flank pain. *Am J Emerg Med* 2011;29:474.e1-3.
5. Polkey HJ, Vynalek WJ. Spontaneous nontraumatic perirenal and renal hematomas. An experimental and clinical study. *Arch Surg* 1933;26:196-202. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1933.01170020030002>
6. Nativ O, Lindner A, Goldwasser B, Many M. Spontaneous rupture of renal angiomyolipoma. Report of three cases. *Eur Urol* 1984;10:345-6. PMID:6519138
7. Lemaitre L, Claudon M, Dubrulle F, Mazeman E. Imaging of angiomyolipomas. *Semin Ultrasound CT MR* 1997;18:100-14. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-2171\(97\)90054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-2171(97)90054-8)
8. Somani BK, Nabi G, Thorpe P, Swami S. Spontaneous life-threatening perirenal haemorrhage: an uncommon urological emergency. *Emerg Radiol* 2005;12:55-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s10140-005-0439-7> PMID:16333610
9. Ku JH, Kim JK, Ha S, Lee JW. Bilateral spontaneous perirenal haemorrhage in a patient on haemodialysis. *NDT Plus* 2009;2:412-4. <http://dx.doi.org/10.1093/ndtplus/sfp091>
10. Sebastião MC, Pérez-Molina MO, Alvarez-Castells A, Quiroga S, Pallisa E. CT evaluation of underlying cause in spontaneous subcapsular and perirenal hemorrhage. *Eur Radiol* 1997;7:686-90. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02742926> PMID:9166566
11. Zhang JQ, Fielding JR, Zou KH. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis. *J Urol* 2002;167:1593-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)65160-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(05)65160-9)
12. Albi G, del Campo L, Tagarro D. Wunderlich's syndrome: causes, diagnosis and radiological management. *Clin Radiol* 2002;57:840-5. PMID:12384111
13. Reiter WJ, Haitel A, Heinz-Peer G, Pycha A, Marberger M. Spontaneous nontraumatic rupture of a contracted kidney with subcapsular and perirenal hematoma in a patient receiving chronic hemodialysis. *Urology* 1997;50:781-3. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00394-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00394-4)
14. Schade L, Akish DT, Aragão SC, Frandolo GA, Paiva ES. Hematoma perirrenal e envolvimento da artéria temporal em paciente com poliarterite nodosa (PAN). *Rev Bras Reumatol* 2009;49:456-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000400011>
15. Chang TH, Wu WJ, Hsiao HL, Yeh HC, Huang CH, Lee YC. Spontaneous perirenal hematoma: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2005;21:578-81. [http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70211-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70211-6)
16. Oon SF, Murphy M, Connolly SS. Wunderlich syndrome as the first manifestation of renal cell carcinoma. *Urol J* 2010;7:129-32. PMID:20535702
17. Belville JS, Morgentaler A, Loughlin KR, Tumeh SS. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT, US, and angiography. *Radiology* 1989;172:733-8. PMID:2672096
18. Bosniak MA. Spontaneous subcapsular and perirenal hematomas. *Radiology* 1989;172:601-2. PMID:2772165
19. Brkovic D, Moehring K, Doersam J, Pomer S, Kaelble T, Riedasch G, et al. Aetiology, diagnosis and management of spontaneous perirenal haematomas. *Eur Urol* 1996;29:302-7. PMID:8740036