



RELATO DE CASO

Nefrolitíase coraliforme

AUTOR PRINCIPAL:

Luiza Foschiera

E-MAIL:

luzinha_fo@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Lizandra Dalla Barba Costa
Carolina Vargas Kives
Giordano Rafael Tronco Alves

ORIENTADOR:

Mario Franciosi

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.02.09-2

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo - UPF

INTRODUÇÃO:

Os cálculos renais coraliformes representam uma pequena parcela na entidade de litíase renal (1,2). São formações calcúlosas, que preenchem toda ou parte da pelve renal e/ou ureteral, ramificando-se em um ou mais cálices, em aspecto de coral. A doença é tradicionalmente descrita em associação a infecções urinárias (1), sobretudo naquelas em que bactérias urease-positivas estão presentes, o que justifica a composição destes cálculos e as alterações na bioquímica urinária concomitantes.

Se não tratadas corretamente, tais formações podem potencialmente comprometer a função renal, podendo causar insuficiência renal crônica e até falência orgânica. Portanto, esta forma de nefrolitíase demanda maior cuidado em relação às outras, justificando este relato.

Apresenta-se a seguir um caso de litíase coraliforme, com especial enfoque aos exames complementares de imagem, que auxiliam nas decisões terapêuticas.

RELATO DO CASO:

Homem de 57 anos, com história prévia de acidente vascular cerebral isquêmico (isquemia em ramo proximal da artéria cerebral média - ACM) há nove anos, que apresentava comprometimento neurológico autônomo, requerendo o uso de sonda vesical de demora, foi trazido em cadeira de rodas por familiares ao serviço de emergência da instituição; segundo a informante, foi constatada mudança de cor e odor da urina, associada à febre moderada, indisposição e anorexia a cerca de dez dias.

O exame físico evidenciou atrofia muscular em membros inferiores, e comprometimento de funções neurológicas, como discurso e inteligência, com relação provável ao AVC prévio. Nenhum achado patológico foi detectado nos exames dos aparelhos cardiovascular, respiratório e abdominal.

O paciente apresentava-se febril no momento da consulta (38,2° C), refratário ao uso regular de antitérmicos nos últimos dias. Foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, creatinina sérica e exame qualitativo da urina).

A única anormalidade demonstrada no hemograma foi a de anemia discreta (hemoglobina: 10,1 g/dL). A urinalise, entretanto, revelou a presença de bacteriúria, leucocitúria (> 30 p/c) e pH urinário marcadamente alcalino - 7,1. Não havia indícios de lesão glomerular (como dismorfismo eritrocitário) ou de envolvimento tubular associado, nem de retenção azotêmica crônica (creatinina: 1,2 g/dL). Diante da suspeita laboratorial de infecção urinária por flora urease-positiva, e da possibilidade da presença simultânea de cálculos e/ou acometimento do parênquima renal (haja vista a febre persistente), lançou-se mão de complemento imagiológico.

A ultrassonografia de rins e vias urinárias revelou imagem hiperecótica na projeção do sistema calicinal esquerdo e pelve renal adjacente, com sombra acústica posterior, compatível com formação calculosa. Não se observou sinais de uronefrose, nem alterações no turgor do parênquima dos rins. No entanto, a presença de grande quantidade de gás em alças intestinais,

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

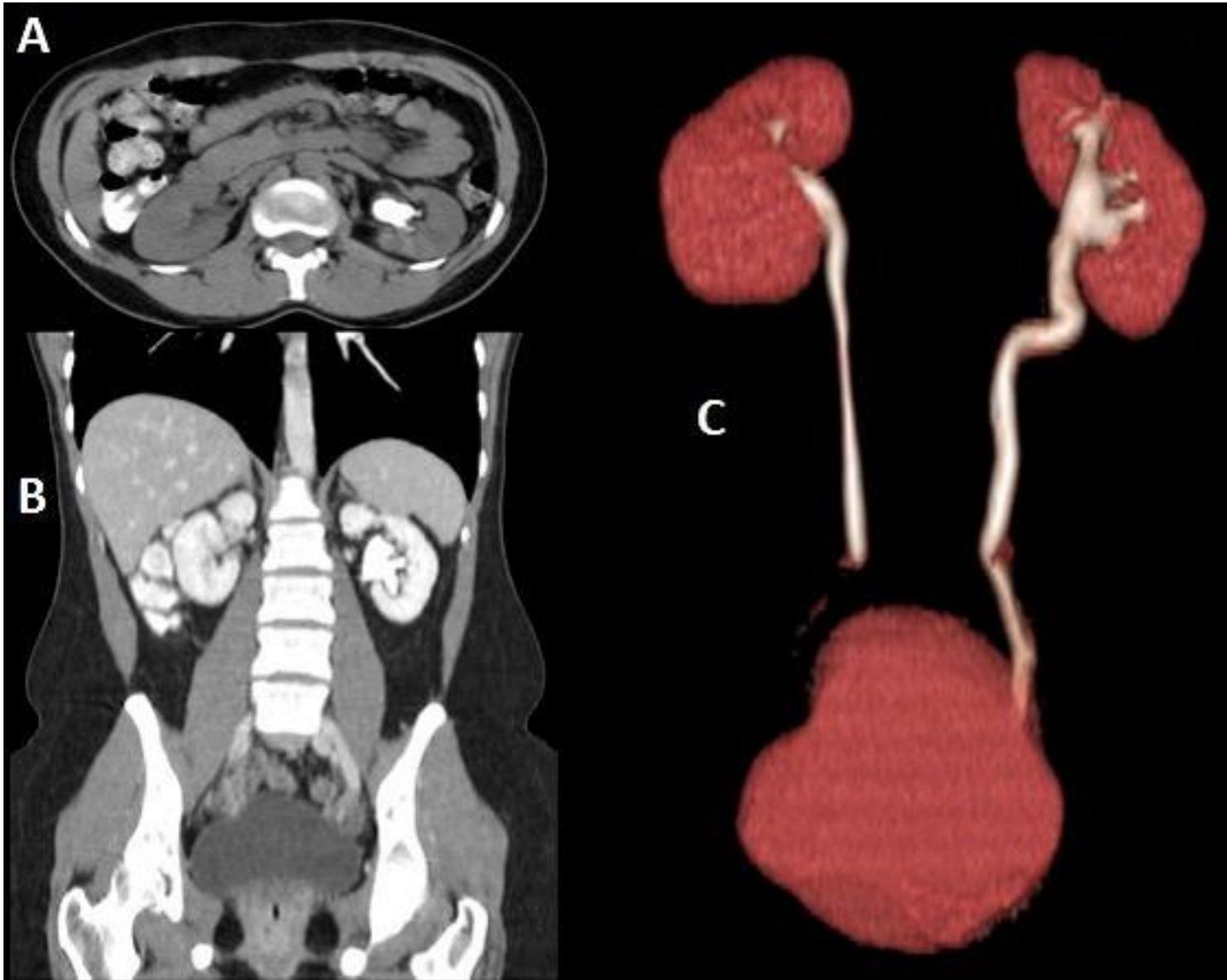
configurando o artefato de reverberação, impossibilitou a individualização dos ureteres bilateralmente, bem como seus respectivos trajetos da pelve renal até os óstios ureterovesicais. Foi realizada tomografia computadorizada do abdome, com aquisição de imagens antes e após a injeção do meio de contraste. Os cortes tomográficos confirmaram os achados descritos na ultrassonografia (imagem hiperdensa na projeção dos cálices renais, estendendo-se até o bacinete e ureter proximal ipsilaterais). Além disso, demonstrou-se leve assimetria no calibre ureteral esquerdo quando comparado ao direito, possivelmente secundária à formação litíase descrita naquele rim. Para maior detalhamento dos achados observados no plano axial, foram realizadas reformatações coronais tridimensionais. Após três dias, o paciente foi submetido à nefrolitotomia percutânea, apresentando boa evolução pós-operatória. Igualmente, medidas como troca periódica da sonda e antibioticoprofilaxia foram instituídas desde então.

CONCLUSÃO:

O tratamento de escolha dos cálculos maiores que 2cm é nefrolitotomia percutânea, incluindo quase 100% dos cálculos renais coraliformes(3). A morbidade associada à litíase coraliforme consiste na possível formação de abscesso, evento raro(2). No restante, a gravidade atribuível ao paciente depende do comprometimento da função renal, que é variável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.Saussine C, Lechevallier E, Traxer O. Staghorn or complex calculi: medical considerations. Prog Urol. 2008;18(12):963-5.
- 2.Miano R, Germani S, Vespasiani G. Stones and urinary tract infections. Urol Int. 2007;79(1):32-6.
- 3.Kuzgunbay B, Turunc T, Yacyoglu O, Kayis AA, Gul U, Egilmez T, et al. Percutaneous nephrolithotomy for staghorn kidney stones in elderly patients. Int Urol Nephrol. 2011;43(3):639-43.



Assinatura do aluno

Assinatura do orientador