

Abcessos renais em criança de dez anos: caso clínico

Renal abscesses in a ten year-old child: case report

Autores:

Joana Rodrigues¹, Teresa Torres¹, Conceição Costa¹, Cristina Costa², Graça Ferreira²

Instituições:

¹ Interna de formação específica de Pediatria, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

² Assistente hospitalar graduada, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Correspondência:

Joana Rodrigues – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Unidade 2 – Rua Dr. Francisco Sá Carneiro – 4400 VILA NOVA DE GAIA – Portugal – E-mail: jolrodrigues@gmail.com

Data de Submissão: 22 de abril de 2013 | Data de Aceitação: 12 de novembro de 2013

Resumo

Os abcessos renais são uma patologia grave mas incomum, especialmente em idade pediátrica. Ocorrem no contexto de bacteriemia, pielonefrite aguda ou outra infeção peri-renal, em doentes com factores de risco como imunossupressão, diabetes mellitus e patologia urológica. O diagnóstico é sobretudo imagiológico, sendo a suspeita clínica muitas vezes difícil dados os sintomas pouco específicos. O tratamento de eleição é a antibioterapia endovenosa de largo espectro, associada ou não à drenagem dos abcessos.

Os autores apresentam o caso de uma criança de dez anos, sem factores de risco, com pielonefrite aguda complicada com abcessos renais, tratada com sucesso apenas com antibioterapia de largo espectro durante 6 semanas.

Palavras-Chave: Abcesso, renal, pielonefrite, criança.

Abstract

Renal abscesses are a serious but uncommon disease, especially in pediatric age. They occur in the context of a bacteremia, acute pyelonephritis or other peri-renal infection, in patients with risk factors such as immunosuppression, diabetes mellitus and urologic disease. The diagnosis is mostly imagiological, being the clinical suspicion many times difficult because of the nonspecific symptoms. The election treatment is the large-spectrum parenteral antibiotherapy, associated or not to the abscesses drainage.

The authors present the case of a ten-year-old child, with no risk factors, with an acute pyelonephritis complicated by renal abscesses and treated suc-

cessfully with 6-week long large-spectrum antibiotherapy alone.

Keywords: Abscess, renal, pyelonephritis, child.

Introdução

Abcesso renal define-se como uma coleção de material purulento decorrente da destruição e liquefação de uma porção bem delimitada de parênquima renal. Trata-se de uma forma grave de infeção renal, incomum em idade pediátrica^{1,2}.

Crianças imunodeprimidas, com diabetes mellitus ou com patologia urológica como litíase renal ou refluxo vesico-ureteral têm maior risco de desenvolver um abcesso renal³.

Os agentes responsáveis por este tipo de infeção variam conforme o mecanismo fisiopatológico implicado. Os abcessos originados por via hematogénea têm como agente mais frequente o *Staphylococcus aureus*, enquanto aqueles que se desenvolvem por via ascendente, habitualmente como complicação de pielonefrite aguda, são provocados por bacilos gram-negativos e *Enterococcus*³. Os abcessos renais podem ainda desenvolver-se por contiguidade, sempre que exista uma região próxima do rim infetada ou após contaminação cirúrgica⁴.

A clínica é inespecífica, podendo consistir em febre, náuseas, vômitos, dor abdominal, no flanco ou lombar, massa abdominal palpável (se abcesso volumoso), mau estado geral, o que motiva muitas vezes ao atraso no diagnóstico^{1,2,3,4,5}. O estudo analítico revela habitualmente leucocitose e aumento da velocidade de sedimentação e proteína C reativa (PCR), a tira-teste urinária apresenta leucocitúria e nitritúria e as culturas de sangue e urina podem ser ou não positivas^{1,3}.



Figura 1) Ecografia renal (4º dia internamento) - Rim direito tumefacto; abaulamento da cápsula renal.



Figura 2) Ecografia renal (4º dia internamento) - Áreas de parênquima nodulares sem vascularização sugestivas de focos de abcedação.

O diagnóstico é confirmado por exames de imagem. A ecografia renal deteta a presença de um rim tumefacto com uma ou mais coleções hipoeecogénicas no seu parênquima, enquanto a tomografia computadorizada (TC) confirma o diagnóstico e permite caracterizar mais pormenorizadamente a ou as lesões^{3,4}.

O tratamento dos abscessos renais consiste na administração de antibióticos de largo espetro por via endovenosa (ev), durante nunca menos de três a quatro semanas, associada ou não a drenagem percutânea ou cirúrgica, conforme o tamanho e a evolução clínica. Alguns autores defendem a drenagem em todos os casos⁴, enquanto outros consideram que abscessos pequenos (menores do que 3 a 5 cm) e com boa resposta terapêutica podem ser tratados unicamente com antibioterapia^{2,3,6,7,8}. A nefrectomia deve ser a última alternativa terapêutica, quando as outras medidas não resultam e a sobrevivência do próprio doente é colocada em risco³.

Os autores apresentam um caso de abscessos renais unilaterais numa criança de dez anos tratados com sucesso apenas com antibioterapia.

Caso Clínico

Criança com dez anos de idade, do sexo masculino, obeso, que recorreu ao serviço de urgência por febre, vómitos, anorexia e dor localizada à fossa ilíaca, flanco e região lombar direita, contínua e de agravamento progressivo, com dois dias de evolução. Na avaliação inicial apresentava-se queixoso, ligeiramente desidratado e com temperatura axilar de 38,6°C. O abdómen era tenso e doloroso à palpação sobretudo na fossa ilíaca direita, com dor à descompressão dessa região e Murphy renal positivo à direita.

Analicamente apresentava leucocitose de 18.8×10^9 células/L com neutrofilia (91,3%). O valor da PCR foi de 200,4 mg/L. Na tira-teste urinária foi detetada leucocitúria, proteinúria, hematúria e cetonúria. Na ecografia abdominal e renal o apêndice não foi identificado e o rim direito encontrava-se tumefacto, aspeto sugestivo de pielonefrite aguda, tendo iniciado antibioterapia ev com cefuroxima.

No quarto dia de internamento, por manutenção da sintomatologia, foi realizado novo estudo analítico, que revelou ausência de leucocitose e diminuição da PCR (114,5 mg/L). Na ecografia renal (figuras 1 e 2) foi observado rim direito tumefacto, com áreas de parênquima nodulares avascularizadas com cerca de 2 cm de maior diâmetro, sugestivas de focos de abcedação, confirmados por TC (figura 3), e associados a infiltração inflamatória da fásia perirrenal direita. Foi isolada *E. coli* no exame bacteriológico de urina, sensível a todos os antibióticos testados exceto à ampicilina.

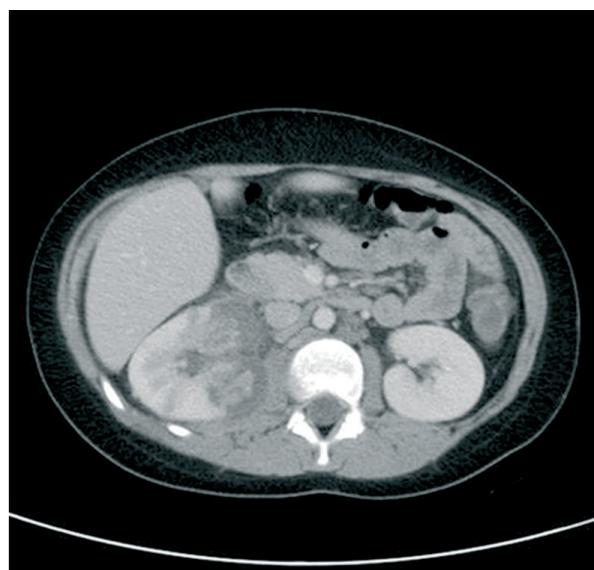


Figura 3) TC renal (4º dia de internamento) - Globosidade do rim direito, com áreas de hipocaptção de contraste, abrangendo o terço médio e inferior da vertente interna do rim. Densificação da gordura perirrenal e espessamento da fásia pararenal direita.

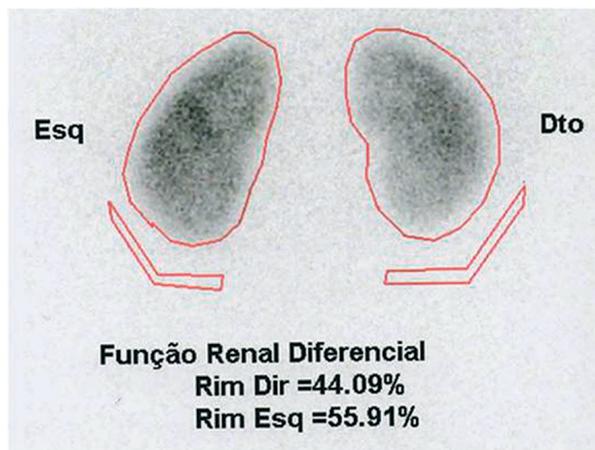


Figura 4) DMSA (6 meses depois) – sem cicatrizes renais visíveis.

Perante o diagnóstico de pielonefrite aguda multifocal por *E. coli* complicada com focos de abcedação, foi alterada a antibioterapia para cefotaxima e gentamicina ev, com melhoria progressiva da sintomatologia e apirexia ao fim de quatro dias.

No 22º dia de internamento o doente reiniciou febre. Nessa altura foi realizado novo estudo analítico, no qual não apresentava leucocitose e a PCR era de 43,5 mg/L. Foi efetuada nova TC que descreveu vários abscessos intraparenquimatosos, dois deles com dimensões entre 2,5 e 3 cm, com extensão da inflamação para o músculo psoas direito e densificação da gordura perirrenal direita. Foi tentada drenagem percutânea dos abscessos sem sucesso e alterada a antibioterapia para meropenem tendo em conta a possibilidade de presença de anaeróbios, com melhoria clínica e ecográfica a partir daí. O doente teve alta após seis semanas de antibioterapia ev, encontrando-se ao 20º dia pós-internamento assintomático e apresentando uma pequena imagem nodular hiperecogénica renal (0,5 cm) na ecografia de controlo. Após a alta manteve seguimento em consulta de Nefrologia Pediátrica, apresentando 6 meses depois cintigrafia renal com DMSA (figura 4), com função diferencial do rim direito no limite inferior da normalidade (44%), sem evidência de cicatrizes, e 12 meses depois ecografia renal sem alterações. Realizou ainda estudo de imunidade que excluiu imunossupressão.

Discussão

Os abscessos renais são raros, especialmente em idade pediátrica, podendo ocorrer como complicação de uma pielonefrite aguda, especialmente em crianças mais velhas. No entanto, comorbilidades como diabetes mellitus, imunossupressão ou alterações urológicas estão habitualmente presentes³. O caso apresentado foi um desafio diagnóstico logo

no momento da observação, devido ao quadro clínico equívoco, que levou à suspeita de apendicite aguda *versus* pielonefrite aguda. Após a exclusão da primeira hipótese, com achados ecográficos sugestivos de pielonefrite aguda, foi iniciada terapêutica antibiótica. A criança não apresentava nenhum fator de risco que fizesse prever a possibilidade da sua pielonefrite aguda complicar com abscessos renais. A ausência de resposta clínica após quatro dias de antibioterapia levou à necessidade de repensar o diagnóstico.

Os achados da tira-teste urinária e da urocultura (apresentando um bacilo Gram-negativo, *E. coli*) confirmaram a infeção ascendente que terá ocorrido nesta situação. Só através da repetição da ecografia renal e confirmação por TC se chegou ao diagnóstico final de pielonefrite aguda multifocal complicada com abscessos renais.

A antibioterapia ev de largo espectro é a primeira atitude terapêutica a ser tomada perante o diagnóstico de abscesso renal.

A decisão de fazer a drenagem dos abscessos, seja percutânea ou cirúrgica, é uma opção terapêutica ainda não consensual entre autores. Siegel et al⁸, em 1996, elaboraram um algoritmo de abordagem dos abscessos renais, baseado num estudo exaustivo de 52 doentes adultos, onde preconizam apenas antibioterapia para os abscessos menores que 5 cm, desde que não se trate de um doente imunocomprometido e haja boa evolução clínica. Abscessos maiores, em imunodeprimidos ou com evolução desfavorável devem ser tratados associadamente com drenagem percutânea ou cirúrgica. Já Ángel et al⁴, em 2002, analisaram seis casos de abscessos renais em crianças, tendo concluído que a drenagem deve ser sempre realizada em associação com a antibioterapia.

No presente caso clínico, optou-se inicialmente por alargar o espectro antibiótico, mas sem cobertura de anaeróbios, dado o resultado já conhecido da urocultura e do teste de sensibilidade aos antibióticos. No entanto, a recorrência da febre após alguns dias de apirexia e melhoria clínica e a extensão do processo inflamatório perirrenal obrigaram a repensar a abordagem terapêutica, tendo sido tentado drenagem percutânea sem sucesso. Colocada a hipótese de infeção secundária por anaeróbios, alterou-se novamente o antibiótico a administrar e obteve-se assim melhoria progressiva do quadro com resolução quase completa dos abscessos ao fim de 20 dias depois da alta.

De acordo com outros autores, confirmamos que a antibioterapia ev durante quatro a seis semanas é eficaz no tratamento de abscessos renais e deve ser por isso a primeira escolha. A drenagem deve ser reservada apenas para os casos em que a evolução clínica com tratamento médico é desfavorável.

Agradecimentos

Ao Dr. António Vilarinho, pela sua colaboração na redação deste artigo.

Bibliografia

1. Laufer J, Grisaru-Soen G, Portnoy O, Mor Y. Bilateral renal abscesses in a healthy child. *Isr Med Assoc J* 2002; 4: 1150-1.
2. Cheng CH, Tsai MH, Su LH, et al. Renal abscess in children: a 10-year clinical and radiologic experience in a tertiary medical center. *Pediatr Infect Dis J*. 2008 Nov; 27(11): 1025-7.
3. Gonzales ET, Kaplan SL. Renal Abscess. In: Feijin R, Cherry J, Demler-Harrison G, Kaplan S. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 555-9.
4. Angel C, Shu T, Green J, Orihuela E, Rodriguez G, Hendrick E. Renal and peri-renal abscesses in children: proposed physio-pathologic mechanisms and treatment algorithm. *Pediatr Surg Int* 2003; 19: 35-9.
5. Chaudhry S, Bolt R. Bilateral renal abscess in a previously healthy 11-year-old girl. *Eur J Pediatr* 2010; 169: 1423-5.
6. Fernandes R, Duarte P. Perinephric and renal abscesses in children: a study of three cases. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2002 Nov-Dez; 44(6): 341-4.
7. Lee SH, Jung HJ, Mah SY, Chung BH. Renal Abscesses Measuring 5 cm ou Less: Outcome of Medical Treatment without Therapeutic Drainage. *Yonsei Med J* 2010; 51(4): 569-73.
8. Siegel JF, Smith A, Moldwin R. Minimally Invasive Treatment of Renal Abscess. *J Urol* 1996; 155: 52-5.