

# Abdómen Multiquístico

## *Multicystic Belly*

### Autores:

Bruno Jorge Pereira<sup>1</sup>, Rui Martins<sup>2</sup>, Álvaro Brandão<sup>3</sup>, Ricardo Borges<sup>1</sup>,  
Ricardo Leão<sup>1</sup>, Vânia Grenha<sup>1</sup>, Hugo Coelho<sup>1</sup>, Paulo Temido<sup>3</sup>, Fernando Sobral<sup>4</sup>

### Instituições:

<sup>1</sup>Interno Complementar do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra  
<sup>2</sup>Assistente Hospitalar do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Coimbra  
<sup>3</sup>Assistente Graduado do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra  
<sup>4</sup>Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra

### Correspondência:

Bruno Jorge Pereira  
Quinta da Portela, Rua Maria Victoria Bourbon Bobone Lote 22.2 Apartamento 231  
3030-481 Coimbra  
E-mail: brunoalexperreira@gmail.com

Data de Submissão: 05 de Agosto de 2011 | Data de Aceitação: 14 de Novembro de 2011

## Abdómen Multiquístico

Doente do sexo masculino, 25 anos, anteriormente saudável, enviado ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra onde foi observado pela Cirurgia Geral por queixas de dor abdominal persistente (duração superior a 2 meses) localizada à fossa ilíaca direita, sem posição de alívio, associada a obstipação crónica. Negava outras queixas, nomeadamente do foro urinário. Já há vários anos que notava um abaulamento dos quadrantes abdominais direitos associado a desconforto a nível da região lombar homolateral. Por volta dos 10-12 anos, na sequência de um desconforto epigástrico com agravamento pós-prandial, efectuou uma ecografia abdominal que terá detectado “uma espécie de tripa de galinha” (sic). Foi recomendado controlo aos 6 meses que acabou por não cumprir. Aos 19 anos teve, supostamente, uma infecção urinária diagnosticada com base numa sumária de urina tipo II e que resolveu após antibioterapia. Doente com biótipo atlético, praticante regular de desporto (hóquei e futebol) desde os 14 anos.

De acordo com os sintomas apresentados, o seu médico assistente solicitou-lhe uma ecografia abdominal (25.Janeiro.2006) que descrevia: “Distensão abdominal devido ao facto do abdómen estar praticamente todo ocupado por formações quísticas volumosas, não permitindo uma adequada avaliação dos órgãos intra-abdominais”. Com o objectivo de definir melhor estas estruturas efectuou 1 mês depois uma TC Abdominal: “Volumosa estrutura quística, multiloculada, com septos finos, que condiciona compressão dos órgãos e restantes estruturas abdominais. Esta formação está na dependência

provável do mesentério e é compatível com a hipótese de linfangioma. Sinais de ureterohidronefrose a nível do rim direito, muito provavelmente por fenómenos compressivos. Sem alterações significativas dos restantes órgãos abdominais, designadamente do fígado, vias biliares, pâncreas, baço e rim esquerdo”.

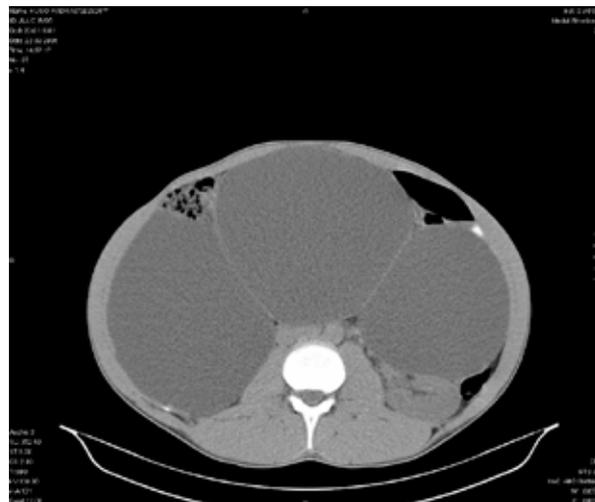


Figura 1) TC Abdomino-Pélvica que mostra uma volumosa estrutura quística, multiloculada, com septos finos, que condiciona compressão dos órgãos e restantes estruturas abdominais.

1. Para além de linfangioma do mesentério que outras hipóteses diagnósticas podem ser consideradas?
2. Estará esta formação quística relacionada com o aparelho urinário?
3. Existe algum exame que possa definir melhor a origem desta volumosa estrutura quística?
4. Que tratamento propor ao doente?

Perante o diagnóstico clínico e imagiológico, foi internado no Serviço de Cirurgia Geral para excisão programada da lesão a 3 de Março de 2006. Intraoperatoriamente, após laparotomia mediana, constatou-se que a referida formação quística correspondia a um megaureter direito em relação com rim hidronefrótico com marcada atrofia cortical. Foi contactado o urologista de serviço que efetuou uma

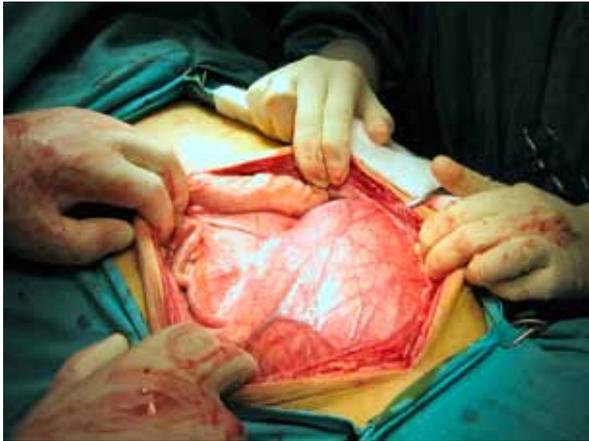


Figura 2) Laparotomia mediana evidenciando a volumosa massa quística.



Figura 3) Excisão do megaureter direito.



Figura 4) Megaureter.

nefroureterectomia direita. No pós-operatório desenvolveu um hematoma da loca renal que resolveu com tratamento conservador.

Após 5 anos de follow-up, o doente encontra-se clinicamente bem e com função renal normal.

## Multicystic Belly

*A previously healthy 25 years old male patient, was sent to the Emergency Department of the Centro Hospitalar de Coimbra where he was observed by general surgery colleagues because of a persistent abdominal pain (for more than 2 months) located to the right iliac fossa, with no relief position and associated with chronic constipation. He denied other complaints, including urinary tract symptoms. For several years he was noticing a bulging right abdominal discomfort associated with the ipsilateral lumbar region. When he was 10-12 years, an abdominal ultrasound was performed after a worsening epigastric postprandial discomfort and revealed, according to the patient, “a kind of chicken guts”. He was recommended to control six months after which turned out not to do. At 19 he was supposed to have a urinary tract infection diagnosed by urinalysis that resolved after antibiotic treatment.*

*Patient with an athletic biotype and a regular practitioner of sports (hockey and football) for almost 14 years. According to his symptoms, his assistant doctor asked him an abdominal ultrasound (January 25, 2006) describing: “Abdominal distention due to bulky cystic formations, not allowing a proper assessment of intra-abdominal organs”. In order to better define these structures he was submitted to an abdominal CT 1 month later: “bulbous and multiloculated cystic structure, with thin septa, which affects compression of abdominal organs and other structures. This formation is likely dependent on the mesentery and is compatible with the hypothesis of lymphangioma. Ureterohydronephrosis signs at the right kidney, probably due to compressive phenomena. No significant changes of other abdominal organs, including liver, biliary tract, pancreas, spleen and left kidney”.*

1. In addition to lymphangioma of the mesentery which other possible diagnoses can be considered?
2. Is this cystic formation related to the urinary tract?
3. Is there any exam that can better define the origin of such bulky cystic structure?
4. How to manage this patient?

With such presumed clinical and imagiological diagnosis, the patient was hospitalized at the General Surgery Department and scheduled for surgical excision of the lesion (March 3, 2006). Intraoperatively it was found that the cystic structures corresponded to a right megaureter in relation to hydronephrotic kidney with marked cortical atrophy. The urologist was called and performed a right nephroureterectomy. Postoperatively, the patient developed a hematoma localized to the renal loci that resolved with conservative management. After 5 years of follow-up, the patient is clinically well and has a normal renal function.

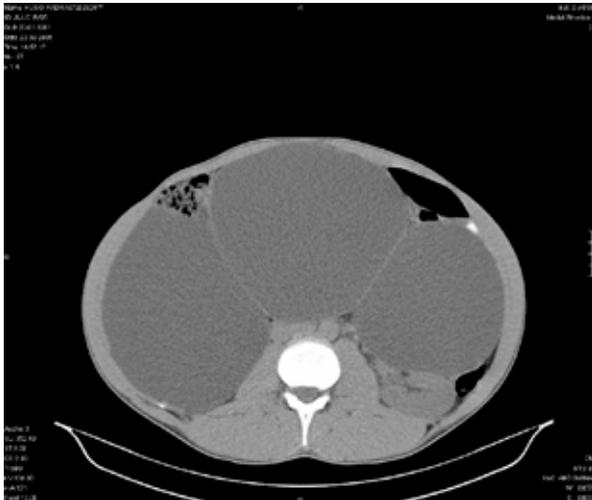


Figure 1) Abdomino-pelvic CT showing a bulky and multiloculated cystic structure, with thin septa, which compresses abdominal organs and other structures.

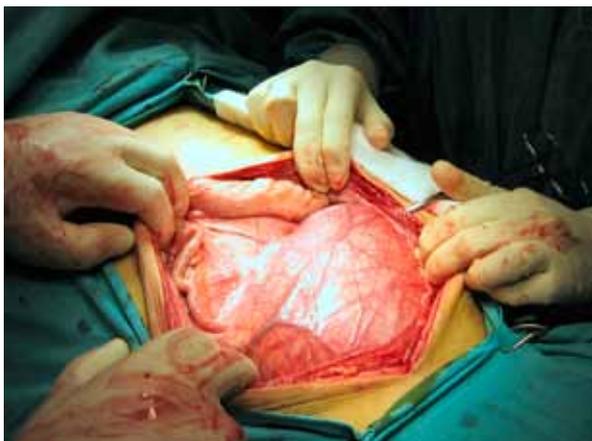


Figure 2) Laparotomy showing the voluminous cystic mass.



Figure 3) Right megaureter excision.



Figure 4) Megaureter.

### Conflitos de Interesse

Todos os autores declaram que participaram no corrente trabalho e se responsabilizam por ele. Declaram, ainda, que não existem, da parte de qualquer um deles, conflitos de interesse nas afirmações proferidas no presente artigo.