

Falsa imagem de Abscesso Hepático associada a Pielonefrite Xantogranulomatosa

Caso clínico

J. Cabral Ribeiro*, Vila Mendes*, Américo Santos*, Joaquim Falcão **, Ana Isabel ***

Serviço de Urologia – Hospital São Marcos
Director Dr. Alfredo Malheiro

* Serviço Urologia

** Serviço Cirurgia Geral

*** Serviço Anatomia Patológica

Correspondência: Jorge Cabral Ribeiro – R. Conde S. Bento – Edf. Polana 801 – 4785-296 Trofa

Resumo

Pielonefrite xantogranulomatosa é uma forma rara de infecção crónica do parênquima renal e tecidos envolventes, que ocorre na presença de litíase e/ou obstrução urinária.

Os autores relatam um caso clínico de pielonefrite xantogranulomatosa, apresentando-se na forma de piodenrose acompanhada de falsa imagem na TAC de abscesso hepático, e fazem uma revisão sumária dos aspectos clínicos relativos a esta entidade.

Palavras chave: Pielonefrite xantogranulomatosa. Complicações.

Summary

Xanthogranulomatous pyelonephritis is a rare form of chronic infection of the renal parenchyma and surrounding tissues that occurs in the presence of urolithiasis and/or urinary tract obstruction.

The authors present a case report of xanthogranulomatous pyelonephritis, presented as a pyonephrosis associated with a false CT image of an hepatic abscess, and make a brief review of the clinical aspects of this entity.

Key Words: Xanthogranulomatous pyelonephritis. Complications.

Introdução

A pielonefrite xantogranulomatosa (PNXG) é uma forma particular e relativamente rara de pielonefrite crónica. É caracterizada pelo envolvimento

parcial/difuso do rim e raramente estruturas envolventes por processo infeccioso/inflamatório granulomatoso.

A forma de apresentação clínica é extremamente variada com um amplo leque de manifestações

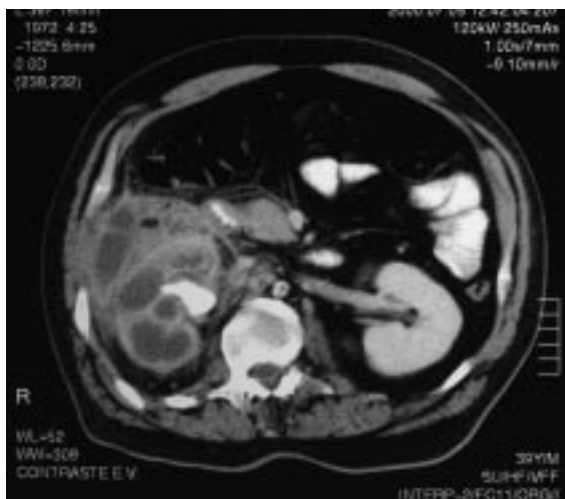


Fig. 1: TAC – Rim hidronefrótico, não funcionante com litíase coraliforme e densificação da gordura perirenal.

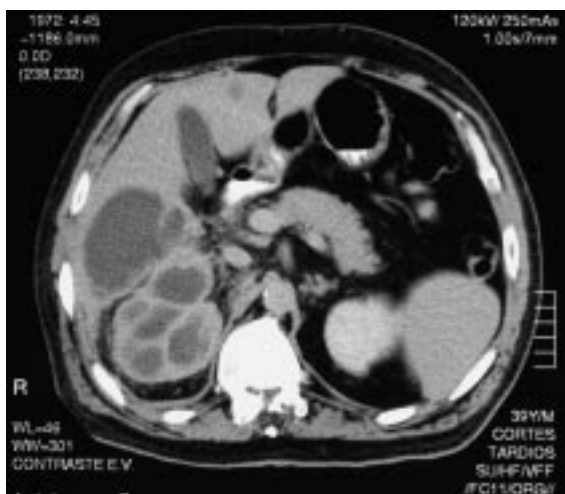


Fig. 2: TAC – Lesão quística no lobo direito do fígado (± 10 cm), não captante de contraste com área de aparente contiguidade (seta) com o rim, sugerindo abscesso secundário a fistula.

clínicas, bioquímicas, imagiológicas, e de complicações, sendo apelidada de *a grande imitadora*.

É relatado um caso clínico de PNKG cuja forma de apresentação foi de pionefrose associada a falsa imagem tomográfica de abscesso hepático.

Caso clínico

MSC do sexo masculino, de 39 anos de idade, paraplégico há 22 anos (lesão vertebromedular em acidente de viação), com cateter vesical permanente, submetido há sete anos a cistolitotomia e com longa história de infecções urinárias de repetição.

Cerca de um mês antes da admissão inicia sintomatologia recorrente de hipertermia acompanhada de dor lombar direita com irradiação anterior

para o flanco, acompanhada de náuseas e vômitos e urina purulenta, compatíveis com infecção urinária. Apesar de antibioterapia o quadro clínico persistiu e foi-se agravando pelo que recorreu ao SU.

Apresentava mau estado geral, com Tax.38°C, um pulso de 120 bat/min e uma Tart. de 154-96 mmHg. Restante exame sem outras alterações além de uma palpação dolorosa da área renal direita.

Analicamente apresentava 17300 Leuc/mm³ com 87% neut, uma VS e uma PCR elevadas, Hgb de 11 gr/dl, sem disfunção hepática ou renal.

A TAC de avaliação demonstra imagens compatíveis com PNKG difusa complicada de abscesso hepático por fistulização (fig. 1 e 2).

Inicia de imediato antibioterapia com Imipenem. É tentada drenagem através de cateter ureteral e nefrostomia percutânea, não conseguida por pús demasiado espesso.

É submetido a laparotomia exploradora com drenagem de abscesso sub-hepático invaginado pelo parênquima hepático (total integridade deste, não se confirmando a suspeita da TAC) e nefrectomia direita.

O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de PNKG (fig. 3 e 4).

Teve breve passagem pela UCI no pós operatório imediato por desenvolvimento de choque séptico, mas com recuperação progressiva, tendo alta clinicamente bem ao 20 dia.

Os exames bacteriológicos do pús/urina revelaram infecção mista por *Enterobacter Cloacae* e *Streptococcus agalactiae*.

O doente encontra-se bem, com função renal estável e sem queixas aos 6 meses.

Discussão

A PNKG, assim denominada em 1944 por Osterling, foi descrita pela primeira vez em 1916 por Schlagentiauer. É uma infecção crónica do rim com uma associação de nefrite intersticial, infiltrados inflamatórios de tipo granulomatoso de células macrofágicas carregadas de lipídeos e raras células gigantes (xantogranulomas).¹

É uma doença que ocorre em qualquer idade, sendo mais frequente entre as 5ª e 7ª décadas, afecta sobretudo o sexo feminino (2-4:1).^{2,3,4}

O processo inflamatório pode ser focal (em 10 a 15% dos casos) ou difuso¹. A forma focal, mais frequente em crianças, assume uma forma pseudotumoral colocando problemas diagnósticos com o tumor renal, agravados pela ocasional associação destas duas patologias^{5,6}. Apresenta-se de forma quase exclusivamente unilateral, sendo os casos de envolvimento bilateral excepcionais⁷.

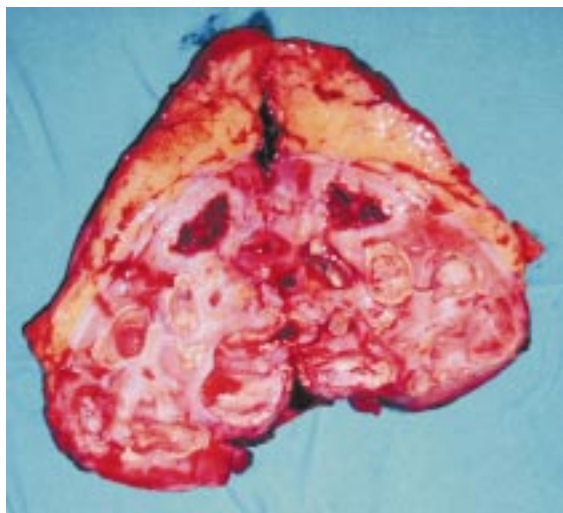


Fig. 3: Macro-peça – Rim e gordura peri-renal (500gr). Dilatação da árvore pielocalicial condicionada por cálculo coraliforme e cavidades preenchidas por pús.

A etiopatogenia da PNKG não está esclarecida, no entanto vários factores parecem intervir¹:

- Obstrução da via excretora de urina;
- Infecção urinária recidivante;
- Possivelmente lesões de isquemia local, alteração metabolismo lipídico, etc.

A obstrução da via urinária é na maioria dos casos por litíase urinária (73-83%), 4/5 a nível renal e fundamentalmente do tipo coraliforme. Outras causas podem ser uropatias malformativas, carcinoma urotelial, quistos renais, estenoses tuberculosas ou iatrogénicas.^{1,3,4,8}

Os agentes infecciosos implicados são a *E. coli* (67%), *P. mirabilis* (26%), os *Staphylococcus* e os *Streptococcus*, sendo de salientar que em cerca de um terço dos casos as infecções são mistas.^{3,4,8,9}

Os sinais e sintomas desta patologia são sobreponíveis aos apresentados por outras patologias como a tuberculose, o carcinoma renal e a simples piodrose.

A dor abdominal ou no flanco, a febre, frequentemente oscilante, alteração do estado geral (astenia, anorexia, emagrecimento), associados a uma palpação de massa dolorosa no flanco, ou hepatomegalia são os dados clínicos mais frequentes.³

Analicamente detecta-se leucocitose com neutrofilia (50-80%), VS aumentada em cerca de 90%, anemia (Hgb<12gr/dl) (40-60%), disfunção hepática com alteração de valores de fosfatase alcalina e transaminases (20 a 40%), e hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia de etiologia não esclarecidas em 25%.^{1,2,4,8,9}

A piodrose é a forma de apresentação em cerca de 60% dos casos, sendo o abscesso peri ou para renal presente em cerca de 30%, e as fistulas renoentéricas

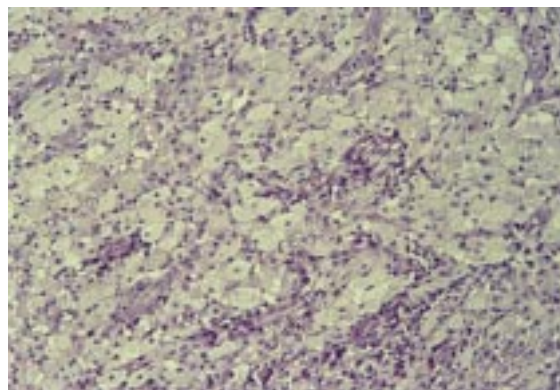


Fig. 4: Histologia – HE 400x Área de histiócitos xantelasmizados característicos de pielonefrite xantogranulomatosa.

e reno-cutâneas responsáveis por cerca de 6% dos casos^{2,3,12}. Existem casos descritos de fistula reno-pleural, artrite séptica da anca e do joelho e abscesso esplênico secundárias a PNKG^{4,10,11,12}.

Ecograficamente pode-se objectivar a associação de litíase a uma hidronefrose com diminuição parênquimatosa, assim como um espessamento dos tecidos perirenais.

A UIV e a TAC documentam uma diminuição marcada ou total do funcionamento renal em cerca de 80 a 90% dos casos. A TAC demonstra, nas formas difusas, uma massa heterogénea com atenuação na ordem de 20 a 30 U Hounsfield, composta de áreas hipodensas, correspondendo á arvore piélica dilatada e preenchida por tecidos necróticos, envolvida por densificação dos tecidos perirenais. A RMN pode ter importância nas formas difusas ao documentar a presença intensa e característica de gordura (hipersinal comparável ao do tecido subcutâneo), assim como cartografar as possíveis complicações (abscessos, fistulas) de forma pré operatória.¹³

No entanto não é infrequente, apesar de todas as pistas diagnósticas, este ser somente realizado após exame anatomopatológico da peça cirúrgica.⁸

Patologicamente a PNKG pode ser classificada em estadio I quando limitada ao rim (nefrítica), estadio II (perinefrítica) envolvendo a gordura da Gerota e parênquima renal, e estadio III estendendo-se além da Gerota (retroperitoneu, órgãos vizinhos, pele, etc).¹⁴

O tratamento é cirúrgico com remoção total da massa afectada, por nefrectomia total em casos difusos e focais estadio III, sendo a nefrectomia parcial aplicável nos casos focais estadios I e II.^{7,9,15,16}

Conclusão

A pielonefrite xantogranulomatosa é uma forma particular de pielonefrite crónica. Apresenta-se

frequentemente de forma difusa afectando a totalidade do rim, mas pode apresentar-se de forma focal, pseudotumoral principalmente em crianças. A sintomatologia clinica não é diferente dos outros processos crónicos, inflamatórios ou tumorais, sendo os dados imagiológicos típicos, mas por vezes sugerindo processo neofornativo. Por isso o diagnóstico desta entidade é anatomopatológico.

O tratamento consiste na remoção total da área afectada (nephrectomia total ou parcial), tendo na grande maioria dos casos um prognóstico favorável.

Bibliografia

1. Saad A, Hamdi A, Korbi S, Nouira M, et al.: Pyélonéphrite xanthogranulomateuse pseudo-tumorale. *Ann Urol* 1991;25(3):142-5
2. Chuang CK, Lai MK, Chang PL, Huamng MH, et al.: Xanthogranulomatous pyelonephritis: Experience in 36 cases. *J Urol* 1992;147: 333-6
3. Cohen MS: Granulomatous nephritis. *Urol Clin N Am* 1986;13(4):647-59
4. Rodrigues F, Gracia C: Pielonefritis xantogranulomatosa: experiencia en el Hospital general de Albacete: Presentation de 16 casos. *Ann Med Interna* 1997;14(2): 62-6
5. Huisman TK, Sands JP: Focal xanthogranulomatous pyelonephritis associated with renal cell carcinoma. *Urology* 1992;39(3):281-4
6. Papadopoulos I, Wirth B, Wand H: Xanthogranulomatous pyelonephritis associated with renal cell carcinoma. Report on two cases and review of the literature. *Eur Urol* 1990;18(1):74-6
7. Pérez LM, Thrasher JB, Anderson EE: Successful management of bilateral xanthogranulomatous pyelonephritis by bilateral partial nephrectomy. *J Urol* 1993; 149:100-2
8. Mhiri MN, Sellami F, Njeh M; Rebai T, Smida ML. La pyélonéphrite xanthogranulomateuse. A propos de quarante-deux cas. *Ann Urol* 1991;25(3):113-7
9. Dembry LM, Andriole VT. Renal and perirenal abscesses. *Infect Dis Clin N Am* 1997;11(3):663-680
10. Garcia FJS, Aguayo GFJ, Cartagena LM, Torregrossa CJA, et al. Renopleural fistula secondary to xanthogranulomatous pyelonephritis. *Actas Urol Esp* 1989;13(1): 45-8
11. Arango O, Rosales A, Gelabert A. Xanthogranulomatous pyelonephritis with nephrocuteaneous fistula at the knee. *Br J Urol* 1991;67(6):654-655
12. Borum ML. An unusual case of nephrobronchial and nephrocolonic fistula complicating xanthogranulomatous pyelonephritis. *Urology* 1997;50(3):443
13. Joerg A, Cussenot O, Houle D, Despoise JKM, Le Duc A: La pyélonéphrite xanthogranulomateuse intérêt de l'imagerie par résonance magnétique. *Ann Urol* 1989; 23(3):232-5
14. Malek RS, Greene LF, Deweerd JH, Farraow GM. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Br J Urol* 1972;44: 296-307
15. Malek RS, Elder JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: A critical analysis of 26 cases and of the literature. *J Urol* 1978;119:589:593
16. Osca JM, Peiro MJ, Rodrigo M, Martinez-Jabaloyas JM, Jimenez-Cruz JF: Focal Xanthogranulomatous pyelonephritis: partial nephrectomy as definitive treatment. *Eur Urol* 1997;32(3):375-9