

# Quisto hidático do rim: Dificuldades no diagnóstico diferencial

João Marcelino, José Dias, Tomé Lopes, Francisco Martins

Serviço de Urologia, Hospital de Pulido Valente, Lisboa

Correspondência: João Marcelino — Serviço de Urologia, Hospital de Pulido Valente  
Avenida Alameda das Linhas de Torres, 117 - 1769-001 Lisboa

## Resumo

Relata-se um caso clínico de quisto hidático renal, cujas características imagiológicas ofereceram dificuldades no diagnóstico diferencial, nomeadamente com o carcinoma de células renais (C.C.R.). A presença de um quisto renal complexo e a negatividade dos exames complementares de diagnóstico não invasivos para confirmação de quisto hidático favoreceram como diagnóstico de primeira linha, o C.C.R. e a consequente realização de nefrectomia radical.

**Palavras-chave:** Quisto hidático. Quisto renal complexo. Massa sólida renal.

## Abstract

We report a case of a 68-year-old woman with a large hydatid cyst of the left kidney in whom the pre-operative definitive diagnosis by imaging studies was not possible, particularly the differential diagnosis with renal cell carcinoma (RCC). The presence of a complex renal cyst and the negativity of the noninvasive serologic tests to confirm hydatid cyst favored RCC as a first-line diagnosis and its subsequent radical nephrectomy.

**Key-words:** Hydatid cyst. Complex renal cyst. Solid renal mass.

## Introdução

Os quistos renais complexos originam, habitualmente, problemas de diagnóstico diferencial.<sup>1,2</sup> No entanto, é fundamental excluir ou confirmar o diagnóstico de C.C.R., pelas diferentes e importantes implicações terapêuticas associadas.<sup>1</sup> Bosniack criou uma classificação para quistos renais baseada nos achados da T.A.C., com o objectivo de melhorar a acuidade diagnóstica e, conseqüentemente, orientar a terapêutica.<sup>1</sup> No entanto, a dificuldade na elaboração de um diagnóstico pré-operatório seguro é frequente.<sup>1,2,3</sup>

Apresentamos um caso clínico de um quisto complexo do rim, de conteúdo sólido, heterogéneo, com paredes de espessura aumentada e calcificações abundantes e dispersas, tanto na parede, como no interior (classe III de Bosniack), cujo diagnóstico presumível foi de C.C.R.

## Caso Clínico

Uma mulher com 68 anos de idade, residente em Évora, recorreu ao médico de família, apresentando um quadro insidioso de emagrecimento, anorexia e astenia. A ecografia abdominal revelou a presença de

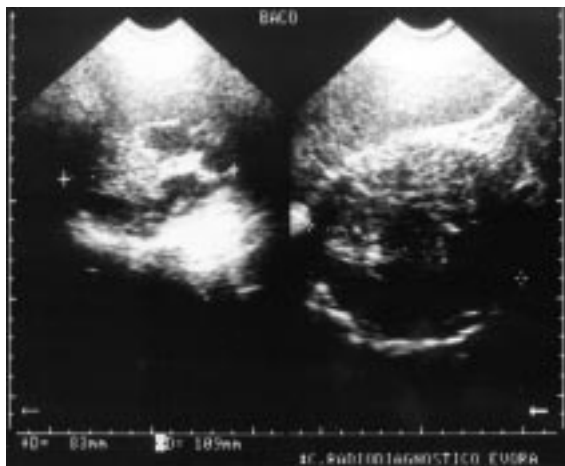


Fig. 1: Ecografia renal revelando uma massa volumosa, sólida e heterogénea no pólo superior do rim esquerdo.

uma massa sólida, heterogénea, com um diâmetro de 11 cm e localizada no pólo superior do rim esquerdo (fig. 1). Referenciada ao urologista e a pedido deste, foi realizada uma T.A.C. abdominal, a qual identificou uma volumosa formação expansiva, com um diâmetro de 13 cm, de conteúdo misto ainda que com predomínio sólido, apresentando calcificações dispersas pelas regiões periférica e interior, sem captação de contraste e localizado na metade superior do rim esquerdo (figs. 2 e 3).

Os exames laboratoriais de rotina, nomeadamente hemograma e urina II, apresentaram resultados situados dentro dos parâmetros da normalidade.

O teste serológico para identificação do *Echinococcus granulosus* foi negativo.



Com base nos achados da T.A.C. abdominal e negatividade de outros exames complementares efectuou-se nefrectomia radical. Pela localização e extensão da massa optou-se por incisão tóraco-abdominal, com o objectivo de uma melhor exposição.

O estudo anátomo-patológico identificou a massa em causa como sendo “um quisto unilocular com 13 cm de diâmetro, localizado no pólo superior, com um conteúdo amarelo pastoso e material compatível com vesículas hidáticas no seu interior”.

## Discussão

A equinococose é uma infestação parasitária provocada pelo *E. Granulosus*.<sup>4</sup>

O cão, hospedeiro definitivo do parasita, alberga-o sob forma larvar no intestino. O Homem, a ovelha e o porco, por seu turno, hospedeiros intermediários, são contaminados por ingestão acidental de ovos provenientes das fezes do cão, os quais infestam os campos de pastagem.<sup>4 5 6</sup>

Os órgãos mais frequentemente afectados pela equinococose são o fígado e os pulmões, locais de maior filtração dos parasitas ingeridos.<sup>3 4 7</sup> De facto e no que respeita ao aparelho urinário em particular, este é afectado em apenas 2 a 3% dos casos, sendo o rim o órgão que, naquele, é atingido com maior frequência.<sup>3 4 5</sup>

Em países como África do Sul, Austrália, Nova Zelândia, Grécia, Espanha e Portugal, a doença é endémica,<sup>3</sup> sendo o Alentejo a província mais afectada em Portugal.<sup>7</sup>

O quadro clínico correspondente pode ser vago e inespecífico, mas o grau de suspeição deve aumentar



Figs. 2 e 3: T.A.C. abdominal identificando uma massa volumosa no pólo superior do rim esquerdo, com um diâmetro de 11 cm, de conteúdo misto ainda que com predomínio sólido, apresentando calcificações no interior e região periférica, sem captação de contraste.

caso o doente habite ou tenha estado em contacto com área endémica.<sup>3</sup>

Em termos laboratoriais salienta-se, pela sua importância, o aumento da contagem dos eosinófilos, a análise ao sedimento urinário e o teste serológico para identificação do *Echinococcus granulosus*.<sup>5</sup> Contudo, a normalidade destes testes não exclui o diagnóstico de quisto hidático, tal como se verificou no caso descrito.<sup>3 5</sup>

Em termos imagiológicos, a ecografia permite, habitualmente, o diagnóstico diferencial entre tumores sólidos e quísticos. Contudo, a presença de um quisto complexo, como verificado no caso descrito, dificulta e, por vezes, impossibilita a referida distinção. A T.A.C., por seu turno, é o exame mais sensível e permite, na maioria dos casos, o diagnóstico de quisto hidático.<sup>5</sup> O padrão mais habitual é o de uma massa quística, com a parede bem definida e contrastada, comportando no seu interior quistos de menores dimensões, os quais correspondem às hidátides filhas.<sup>3 4 5 6</sup>

A presença de um quisto atípico, com as características anteriormente já mencionadas e consideradas fora do padrão habitual do quisto hidático, esteve na origem das dificuldades do diagnóstico. A punção biópsia está contraindicada em caso de suspeita de quisto hidático renal, pelo perigo de ocorrência de uma reação anafilática fatal e de disseminação de uma doença então localizada ao rim.<sup>3</sup>

A decisão de nefrectomia radical foi determinada pela impossibilidade de diagnóstico definitivo pré-operatório de quisto hidático e de exclusão, com total segurança, do C.C.R.

A opção pela incisão tóraco-abdominal teve origem na extensão e na localização da massa, a qual apresentava 13 cm de maior diâmetro e situava-se no pólo superior do rim esquerdo. Este tipo de incisão provou ser extremamente útil para a exposição cirúrgica, acesso rápido aos grandes vasos e pedículo renal e dissecação da massa renal em bloco sem violação da fáscia da Gerota, com a separação facilitada dos órgãos adjacentes.

No nosso país e, em particular, em doentes provenientes de zonas endémicas, a hipótese de diagnóstico de quisto hidático deve ser colocada perante a presença de um quisto complexo do rim e pode ser, como neste caso, um desafio diagnóstico para o urologista.

## Bibliografia

1. Curry NS, Bissada NK. Radiologic Evaluation of Small and Indeterminant Renal Masses. *Urol Clin North Am*, 1997; 24(3): 493-506.
2. Glassberg KI. Renal Dysplasia and Cystic Disease of the Kidney, in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds): *Campbell's Urology*, 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, WB Saunders, 1998: 1757-1805.
3. Von Sinner WN, et al. Hydatid Disease of the Urinary Tract. *J. Urol.*, 1993; 149: 577-580.
4. Gogus O, Beduk Y, Topukçu Z. Renal Hydatid Disease. *Br. J. Urol.*, 1991; 68: 466-469.
5. Shetty SD, et al. Hydatid Disease of the Urinary Tract: Evaluation of Diagnostic Methods. *Br. J. Urol.*, 1992; 69: 476-480.
6. Smith JH, Hyg M Sc, Von Lichtenberg F. Parasitic Disease of the Genitourinary System, in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds): *Campbell's Urology*, 7<sup>th</sup> ed Philadelphia, WB Saunders, 1998: 766-769.
7. Matos Ferreira A, Rommel Rangel AJ. Hydatid Cyst of the Kidney: 8 cases. *Br. J. Urol.*, 1979; 51: 345-348.