

Pieloureterite cística

Mário Oliveira*, Jorge Cabral Ribeiro**, Vítor Hugo Nogueira*,
Miguel Mendes**, Américo Ribeiro dos Santos***

* Interno Complementar de Urologia

** Assistente Hospitalar de Urologia

*** Director do Serviço de Urologia

Serviço de Urologia do Hospital de São Marcos, Braga, Portugal

Director: Dr. Américo Ribeiro dos Santos

Correspondência: Mário Jorge Alves de Oliveira, Serviço de Urologia, Hospital de São Marcos – Apartado 2242 – 4701-965 Braga – Portugal – E-mail: mario_oliv@yahoo.com

Introdução: A pieloureterite cística (PC) é um distúrbio raro, adquirido, caracterizado pela presença de cistos suburoteliais, que se desenvolvem secundariamente a estímulos irritativos persistentes que perpetuam reacções inflamatórias a nível do urotélio. É uma patologia benigna, frequentemente associada à coexistência de litíase e infecção urinária, mas cujo diagnóstico deve excluir outras patologias com apresentação semelhante.

Material e Métodos: Revisão de processo clínico do doente e da literatura.

Caso clínico: Sexo feminino, 66 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, HTA, dislipidemia e litíase renal, observada por dor lombar direita, hipertermia e alteração do estado geral. Apresentava-se consciente e colaborante, corada, desidratada e hipotensa. Analiticamente, com leucocitose, elevação da PCR, hipercreatininemia de novo e trombocitopenia. Ecograficamente, apresentava rins com dimensões normais, litíase renal bilateral e ausência de dilatação da árvore excretora. A radiografia renovesical apresentava imagens compatíveis com litíase coraliforme completa à direita e a nível do grupo calicial inferior do rim esquerdo. Foi internada por urossépsis e iniciou antibioterapia de largo espectro (imipenem/cilastatina) após colheita de espécimes para hemo e uroculturas, tendo-se registado respostas clíni-

ca e analítica favoráveis. Em urografia endovenosa (UIV) subsequente, evidenciava normal concentração e eliminação bilateral de contraste, sem evidência de obstrução, sendo patentes múltiplas imagens de subtracção a nível ureteral compatíveis com PC. Foi submetida a ureteropielografia retrógrada e ureterorrenoscopia que corroboraram o diagnóstico. Teve alta com antibioprolaxia, tendo sido submetida a 6 sessões de LEOC com fragmentação progressiva. Aos 18 meses de seguimento, encontra-se assintomática sem novos episódios de infecção urinária ou cólica renal e com UIV normal.

Conclusão: Embora a tradução urográfica de PC seja típica, outras causas de defeitos de preenchimento devem ser excluídas, nomeadamente cálculos, coágulos, bezoares, pólipos fibroepiteliais, tuberculose e sobretudo carcinomas do excretor, pelo que exames adicionais nos parecem mandatórios.

O tratamento da PC é dirigido à etiologia e abrange desde a antibioterapia à remoção do agente irritante, devendo ser mais agressivo em casos de insuficiência renal. A associação esporádica a neoplasias do excretor e a semelhança relativamente à cistite glandular, justificam o seguimento com sedimento urinário, exame cultural e citológico de urina semestrais, bem como UIV anual até normalização dos achados.