Rev. Méd. Paraná, Curitiba.
2011; 69(2):24-26.

Relato de Caso

LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DO URETER RETROCAVA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF RETROCAVAL URETER: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Eduardo Felippe **MELCHIORETTO**[1], João Felipe Zattar **AURICHIO**[2], Rodrigo **KREBS**[3], Bruno Vinicius Duarte **NEVES**[1], Renato Tambara **FILHO**[4], Luiz Carlos de Almeida **ROCHA**[5]

Rev.Méd.Paraná/1312

Melchioretto EF, Aurichio JFZ, Krebs R, Neves BVD, Filho RT, Rocha LCA. Laparoscopia no Tratamento do Ureter Retrocava: Relato de Caso e Revisão da Literatura. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2011;69(2):24-26.

Resumo - É apresentado um caso de ureter retrocava em paciente com queixa de dor lombar à direita, tratada após confirmação por tomografia computadorizada de abdome com contraste intravenoso com transposição do ureter direito (ureteroplastia) associada à implantação de cateter duplo J, sem intercorrências. Dessa forma, enfatiza-se a importância dessa malformação como uma das causas de uropatia obstrutiva e o uso de métodos de imagem para diagnosticá-la.

Descritores - Ureter, Cirurgia, Doenças Ureterais, Diagnóstico por Imagem, Imagem por Ressonância Magnética, Urografia, Tomografia.

Introdução

O achado de um ureter retrocava em um exame de imagem pode ou não fazer parte do quadro clínico de um determinado paciente. Além de ser uma patologia de certa forma rara (1:1000), na maioria das vezes é assintomático, podendo causar sintomas somente na terceira ou quarta década de vida, e mesmo assim, o sintoma mais comum que é a dor lombar pode estar presente em inúmeros outros diagnósticos diferenciais. O diagnóstico pode ser confirmado por exames de imagem, como: urografia excretora, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. E com relação à conduta, o único tratamento definitivo é ureteroplastia.

Relato do caso

Paciente feminina, 46 anos, solteira, trabalhadora rural, natural e procedente de Ivatuba-PR. Foi atendida com queixa de dor lombar à direita, episódica, com início há 17 anos, do tipo cólica, sem relação com esforço ou movimentação. Apresentava HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) controlada, em terapia com três medicamentos (Anlodipino 5mg – 1 cp ao dia, Enalapril 10mg – 2 cp de 12/12 horas, Hidroclorotiazida 50mg – 1 cp ao dia). Ao exame físico, estava em bom estado geral, com pressão arterial de 130x80 mmHg e IMC de 28,5 kg/m^2, abdome globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou massa palpável.

Com relação aos exames laboratoriais, a urocultura foi negativa e a creatinina plasmática 0,7 mg/dl, com Clearance de Creatinina estimado em 114 ml/min. Foi orientada a realização de Tomografia Computadorizada de abdome com contraste iodado intravenoso, sendo revelada hidronefrose leve/moderada à direita (figura 1) com dilatação proximal do ureter direito associada à ureter retrocava ipsilateral (figura 2).

Em seguida, foi realizada a Transposição do Ureter Direito (ureteroplastia) por videolaparoscopia com implantação de cateter duplo J à direita.

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HC-UFPR
1-Médico Residente do Serviço de Urologia do HC-UFPR
2-Acadêmico de Medicina da UFPR
3-Médico Urologista – Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia - TISUB
4-Professor Associado Doutor da Disciplina de Urologia da UFPR
5-Professor Titular da Disciplina de Urologia da UFPR

Endereço para correspondência: Alameda Doutor Muricy, 209, apartamento 1408 - Centro - Curitiba, Paraná - CEP: 80010-120
Endereço eletrônico: joaofelipemedufpr@hotmail.com

Figura 1. Reconstrução computadorizada das vias urinárias da paciente, por meio da tomografia computadorizada com contraste iodado endovenoso. Na figura A, observa-se a hidronefrose do rim direito associado à dilatação do ureter proximal direito. Na figura B, a visualização está em um ângulo posterior.

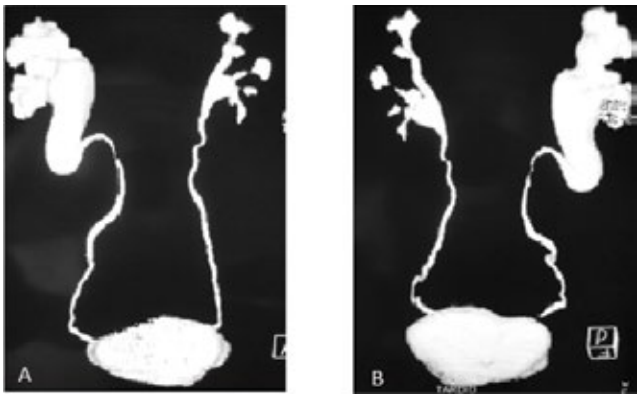
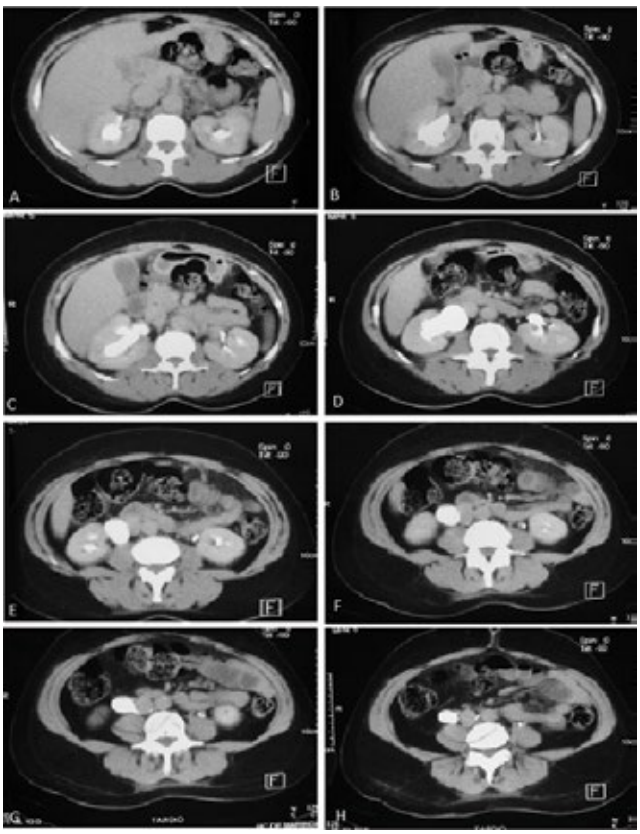


Figura 2. Tomografia computadorizada por contraste iodado endovenoso demonstrando, em seqüência, a dilatação pielocalicial direito precedendo a dilatação proximal do ureter à direita com seu trajeto látero-medial, posterior à veia cava inferior.



Discussão

Ureter retrocava ou ureter circuncaval é uma anomalia congênita rara, afetando em torno de 1:1000 indivíduos[1], sendo na maioria homens (3:1). O primeiro relato de ureter retrocava foi em uma criança, com o objetivo de estudar o sistema venoso[2]. Nessa malformação ocorre um erro no desenvolvimento da veia cava inferior que culminará em sintomas obstrutivos urinários. A veia cava inferior infra-hepática é formada por 3 segmentos embriogênicos: V. cardinal posterior (forma as V. Ilíacas e confluentes), V. supracardinal (porção pré-renal) e V. subcardinal (porção renal e hepática)[3]. Com o desenvolvimento anômalo da V. supracardinal, não há a anastomose entre ela e a V. cardinal posterior e V. subcardinal, ocorrendo fusão entre essas duas últimas. Dessa forma, o ureter direito localiza-se posterior à veia cava inferior, aproximadamente na vigésima semana intra-uterina, quando o rim atingiu a posição lombar após migração da região pélvica[2]. Porém, pode ocorrer ureter retrocava à esquerda quando há duplicação da veia cava inferior[1].

Na maioria dos casos, a anomalia é assintomática até terceira a quarta década de vida[4]. Quando ocorre sintomatologia, há um predomínio de dor surda opressiva, que pode se manifestar com sinais clínicos semelhantes a crises de cólica renal[5]. Na paciente do caso em questão, a dor teve início na quarta década, durando aproximadamente 17 anos. Há relatos de dor lombar por ureter retrocava durando 30 anos, com ausência de complicações pela patologia[6]. Outro sintoma que pode estar concomitante à dor é a hematúria, que pode ocorrer em até dois terços dos casos[7].

A tomografia computadorizada (TC) foi considerada o procedimento mais eficaz em confirmar o diagnóstico de ureter retrocava, pois pode definir com alta acurácia as estruturas retroperitoneais[8]. A ressonância magnética também pode ser um método de escolha, principalmente em casos que a emissão de radiação é contra-indicada[9]. E a urografia excretora é, com achados similares à TC, é um ótimo recurso diagnóstico para evidenciar obstrução ureteral[10]. Na paciente do caso, o diagnóstico foi confirmado pela tomografia computadorizada por contraste iodado endovenoso, o que permitiu observar o seguimento látero-medial e posterior à veia cava inferior do ureter direito, cuja existência pode explicar a dor crônica lombar direita referida pela paciente. Além de diagnosticar, a TC pode excluir outras anormalidades que podem coexistir com ureter retrocava, como fibrose retroperitoneal, carcinoma de ureter e rim em ferradura[4].

Ainda podemos classificar o ureter retrocava em 2 tipos. Tipo I, mais comum, em torno de 93-94%[7,11], no qual ocorre uma passagem posterior mais baixa pela VCI, formando um "J" reverso, com obstrução e dilatação próxima do ureter. E tipo II, mais alta que o primeiro, com o ureter passando ao nível da junção pelve-calicial, evidenciando uma dilatação menos proeminente com relação ao tipo I[12]. Com relação ao presente caso, o ureter retrocava era do tipo I, o que é esperado na maioria dos pacientes.

O tratamento padrão é a abordagem cirúrgica com ressecção do segmento retrocaval do ureter seguida de anastomose ureteroureteral ou pieloureteral intra ou extracorpórea[13]. Ao longo do tempo, inúmeros estudos têm demonstrado a superioridade da via laparoscópica em relação à cirurgia aberta com menor dor no pós-operatório, menor tempo de internação, acesso míni-

mo, retorno mais precoce às atividades do cotidiano e melhor efeito estético[14,15,16]. Portanto, a paciente do caso em relato foi tratada com transposição do ureter direito (ureteroplastia) associada à implantação de cateter duplo J, sem intercorrências.

CONCLUSÃO

O diagnóstico do ureter retrocava só será possível se houver suspeição dele. Assim, em pacientes com sintomas inespecíficos em região lombar, sem associação músculo-esquelética, com sinais de obstrução urinária e exames laboratoriais como hemograma, urinálise do tipo I, urocultura, creatinina e uréia relativamente normais, é recomendada a investigação de um possível ureter retrocava. Porém, sempre se atentando para os diagnósticos diferenciais como doenças neoplásicas ou não-neoplásicas.

Melchioretto EF, Aurichio JFZ, Krebs R, Neves BVD, Filho RT, Rocha LCA. Laparoscopy in the treatment of retrocaval ureter: a case report and literature review. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2011;69(2):24-26.

ABSTRACT - A case of retrocava ureter in a patient complaining of back pain on the right, treated after confirmation by computed tomography with contrast intravenos with transposition of the right ureter (ureteroplastia) associated with the implementation of double-J catheter uneventfully. Thus, we emphasize the importance of this malformation as a cause of obstructive uropathy and the use of imaging methods to diagnose it.

KEYWORDS - Ureter, Surgery, Ureteral Diseases, Diagnostic Imaging, Magnetic Ressonance Imaging, Urography, Tomography.

REFERÊNCIAS

1. Rubintein I, Cavalcanti AG, Canalini AF, Freitas MA, Accioly PM. Left retrocaval ureter associated with inferior vem caval duplications. J Urol 1999;162:1373-4.

2. Grossman S. L, Fehr J. U. Retrocaval Ureter. American Journal of Surgery. 1953; 679-82.

3. Moore KL, Persaud TVN. The developing human: clinically "oriented" embryology. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1993. p. 309-10.

4. Gaudiano C, Busato F, Corcioni B, Orrù L, Golfieri R. An unusual case of right retrocaval ureter associated with ipsilateral ureterocele. Imaging in Clinical Urology, Elsevier Inc. 2012;79(1):109-10.

5. Gross GD, Mouchizadeh J, Stein JP, et al. Horseshoe kidney with a retrocaval ureter. Urology 1997;49:119—21.

6. Yong Y, Yi H, Gang J. A retrocaval ureter. The Lancet, Clinical Picture. 2010;375:1029.

7. Harill HC. Retrocaval ureter. Report of a case with operative correction of the defect. J Urol 1940;20:158—60.

8. Mugiya S, Suzuki K, Ohhira T, Un-No T, Takayama T, Fujita K. Retroperitoneoscopic treatment of a retrocaval ureter: case report. Int J Urol 1999;6:419—22.

9. Lee S, Kim W, Jeong HJ, Sohn MH, Kim YG, Park SK. Retrocaval ureter. Kidney International. 2006;70: 615.

10. Prando D. Anomalias congênitas e variações anatômicas. In: Prando A, Prando D, Caserta NMG, Bauab Jr T, editores. Urologia – diagnóstico por imagem. São Paulo: Sarvier, 1997;79.

11. Johansson NT, Nilsson SV, Scherston T, Schvarz W, Weiland PO. Retrocaval ureter: a report of a case and short review of the literature. Scand J Nephol 1969;3:53—8.

12. Hadzi-Djokic J, Basic D, Dzamic Z, A´cimovi M, Markovic Z. Uretère rétrocave: à propôs de 16 cas. Progrès en urologie, Elsevier Masson. 2009; 19:33-38.

13. Tobias-Machado M, Lasmar MT, Wroclawski ER. Retroperitoneoscopic surgery with extracorporeal uretero-ureteral anastomosis for treating retrocaval ureter. Int Brazil J Urol. 2005;31(2):147-50.

14. Soundappan SVS, Barker AP. Retrocaval ureter in children: a report of two cases. Pediatr Surg Int 2004;20(2):158-60.

15. Pienky AJ, Herts B, Streem SB. Contemporary diagnosis of retrocaval ureter. J Endourol. 1999;13(10):721-2.

16. Baba S, Oya M, Miyahara M, Deguchi N, Tazki H. Laparoscopic surgical correction of circuncaval ureter. Urology. 1994;44(1):122-6.