

LITÍASE RENAL GIGANTE: EXTRAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM PIELOLITOTOMIA ABERTA PRÉVIA.

GIANT NEPHROLITHIASIS: VIDEOLAPAROSCOPIC EXTRACTION IN A PATIENT WITH PRIOR CONVENTIONAL PIELOLITOTOMY.

César Augusto **BROSKA JÚNIOR**¹, Jose Eduardo Dias **MOREIRA**¹, Lucas Sfier **GALDINO**¹, Michael Christian Ramos **HENNICH**¹, Rudinei **BRUNETTO**¹, Cyro César de **OLIVERIA**².

Rev. Méd. Paraná/1458

Broska Júnior CA, Moreira JED, Galdino LS, Hennich MCR, Brunetto R, Oliveira CC. Litíase renal gigante: extração videolaparoscópica em paciente com pielolitotomia aberta prévia. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2017;75(2):52-55.

RESUMO - Introdução: Litíase é uma afecção comum de causas variáveis com uma clínica compreendendo desde indivíduos assintomáticos até cólicas incapacitantes e insuficiência renal. O tratamento envolve técnicas minimamente invasivas, porém em certas situações, modalidades convencionais são bastante utilizadas, em geral adaptadas para a videolaparoscópica. Caso clínico: homem 55 anos, queixa de lombalgia recente com história de pielolitotomia aberta em 2011 por cálculo pélvico à esquerda. Realizou uma tomografia que evidenciou cálculo coraliforme esquerdo de 57 mm, totalmente removido por pielolitotomia videolaparoscópica transperitoneal. Discussão: Cálculos renais são tratados por nefrolitotripsia percutânea associada a outras modalidades pouco invasivas, no entanto é caro e não disponível em todos os serviços. A videolaparoscopia é factível em casos selecionados, com resolutividade igual ou superior a nefrolitotripsia percutânea e índices de complicações tão baixos quanto. Conclusão: a pielolitotomia videolaparoscópica é eficaz e segura, mesmo naqueles com cirurgia renal prévia, sendo alternativa em pacientes com anatomia favorável.

DESCRITORES - Nefrolitíase, Rim, Laparoscopia.

INTRODUÇÃO

A litíase urinária é uma das afecções urológicas mais comuns, afetando 5-15% da população. Em geral a formação ocorre por supersaturação de determinados sais presentes na urina (oxalato, cálcio, cistina) aliado a baixa ingestão hídrica, deficiência de fatores antilítogênicos associado a alteração de pH induzido ou não por infecções. Ocorre com maior frequência em homens, brancos, jovens (entre a terceira e quinta década de vida), obesos, apresentando uma característica de recorrência em grande parte dos casos.^{1, 2, 3}

A litíase urinária pode apresentar vários tipos de manifestações clínicas, variando de dor lombar crônica associado a episódios de ITU de repetição (cálculos coraliformes, completos ou não), cólicas ureterais (cálculos em ureter) e sintomas urinários baixos associados a retenção (litíase vesical ou ure-

tral). O diagnóstico é suspeitado pela clínica do paciente e confirmado com exames de imagem sendo a tomografia de abdome e pelve sem contraste o padrão ouro para a detecção de cálculos no rim, ureter e bexiga aliada ao fato que permite a mensuração da densidade, visualização de cálculos radiotransparentes à radiografia de abdome e análise da anatomia do paciente de modo a elaborar alguma estratégia de intervenção. A radiografia simples associado à ultrassonografia podem ser utilizados num primeiro atendimento em serviços de emergência para o diagnóstico.^{2, 3}

O tratamento do cálculo baseia-se na localização, tamanho e sinais de urgência obstrutiva (insuficiência renal aguda pós renal, sepsis de foco urinário, dor refratária a medidas clínicas). Cálculos menores que 5mm podem ser tratados de maneira conservadora enquanto que maiores pode-se fazer ureterolitotripsia (semi-rígida ou flexível), litotripsia

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

1 - Residentes de urologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

2 - Preceptor da residência de urologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

extracorpórea (LECO) ou cirurgia renal percutânea em casos de cálculos não favoráveis a LECO. A cirurgia aberta ou laparoscópica é reservada a casos em que não se disponha de material para acessos minimamente invasivos, falha de outros métodos ou quando a anatomia do paciente ou do cálculo não permitam acessos minimamente invasivos.³

O presente estudo pretende relatar a retirada de um cálculo de pelve renal gigante por pielolitomia laparoscópica de um paciente com cirurgia renal previa.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 55 anos, faz acompanhamento no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba por litíase urinária de repetição. Obeso, nega tratamento de comorbidades clínicas.

Iniciou tratamento em 2011 devido à lombalgia crônica, sendo diagnosticado cálculo em pelve renal e submetido à pielolitomia aberta esquerda com implante de duplo j através de incisão subcostal, sem intercorrências durante procedimento e internamento.

Retorna ao ambulatório de urologia em 2015 por novas queixas de lombalgia crônica bilateral com necessidade frequente de analgesia em pronto socorro. A queixa é mais proeminente à direita, sem relação com exercício físico ou horário do dia. Nega episódios de cólicas renais. Sem alteração no exame físico.

Realizado tomografia de abdome e pelve sem contraste (06/2015) que evidenciou no rim direito duas calcificações em cálices superiores medindo 6,8mm e 5,1mm (622 UH) e outro em cálice inferior medindo 20 mm (1383 UH). No rim esquerdo foi encontrado cálculo medindo 57 mm (1551 UH) em pelve renal com extensão para cálices, associado à dilatação pielocalicial.

Realizado pielolitomia videolaparoscópica à direita com retirada de cálculos em pelve e cálice inferior e parte dos cálculos em cálice superior. Na radiografia de controle pós-operatória foi evidenciado cálculo residual em topografia de cálice superior. Procedimento transcorreu sem intercorrência e paciente foi de alta no terceiro dia de pós-operatório.

Paciente internou novamente dia 22.02.2016 para pielolitomia esquerda. Optado por técnica videolaparoscópica.

Colocados trocâteres em posição habitual para acesso transperitoneal e verificada presença de múltiplas aderências e tecido fibrótico próximas ao hilo renal. Realizada identificação do ureter e através dele foi identificada pelve renal inferior, através da qual o cálculo foi acessado através de incisão linear com bisturi frio.

Retirado cálculo duro, irregular com aproximadamente 6 cm, ocupando toda a pelve renal esquerda e com extensão para cálices renais. Realizado implante de duplo J 6 FR aberto e sutura com vycril 3-0 pontos separados e drenagem da cavidade com penrose 3-0. Sem intercorrências durante a cirurgia.

Realizado nova tomografia 24.02.2016 para planejamento futuro de cálculo residual à direita, a qual mostrou ausência de cálculo residual em rim esquerdo e presença de cálculo de 18 mm em cálice superior de rim direito.

Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no segundo dia de pós-operatório e atualmente em acompanhamento no ambulatório de urologia do HUEC para abordagem de cálculo residual em rim direito.

FIGURA 1. RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO CÁLCULO GIGANTE EM PELVE RENAL ESQUERDA



FIGURA 2. TOMOGRAFIA DEMONSTRANDO CÁLCULO GIGANTE EM PELVE RENAL ESQUERDA

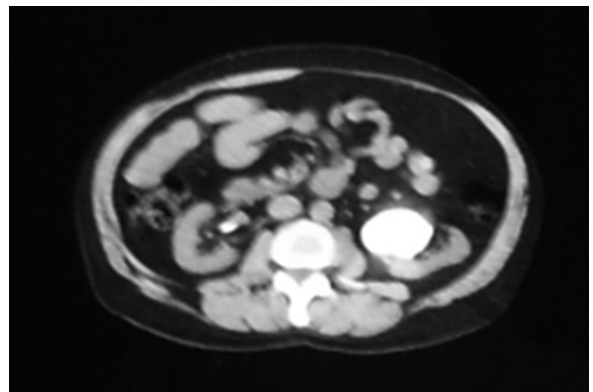


FIGURA 3. CÁLCULO GIGANTE DE PELVE RENAL APÓS EXTRAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA



FIGURA 4. RADIOGRAFIA DE CONTROLE APÓS EXTRAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA.



DISCUSSÃO

A litíase urinária pode se manifestar de diversas formas, em geral de acordo com o tamanho e a posição que o cálculo ocupa no sistema urinário. A conduta terapêutica varia desde a observação clínica de cálculos pequenos e assintomáticos localizados em cálices renais até grandes cirurgias abertas, em casos selecionados⁴.

A cirurgia para litíase renal por técnica convencional (nefrolitotomia anatrófica, nefrolitotomia, pielolitotomia) são cada vez menos usadas com o surgimento e aperfeiçoamento de técnicas minimamente invasivas como LECO, cirurgia renal percutânea e ureterolitotripsia flexível, por permitirem um menor tempo de internamento, serem menos associadas a comorbidades, complicação e dor pós operatória.^{1,4}

O cálculo localizado em pelve renal pode ser simples ou coraliforme. O cálculo coraliforme é definido como aquele que ocupa a pelve renal e se estende para parte dos sistemas caliciais (incompletos) ou se estende a todos os sistemas caliciais (completo). Em geral são associados à infecção crônica do trato urinário por bactérias produtoras de urease, que tornam o meio alcalino e propiciam a formação e agregação de estruvita. Essas bactérias também produzem um biofilme permitindo que elas façam parte da estrutura do cálculo,

impedindo que ocorra a esterilização da urina e a prevenção da litogênese a não ser que o cálculo seja removido.⁴ Em casos selecionados de pacientes com baixa expectativa de vida, muitas comorbidades que impeçam um procedimento invasivo pode ser realizado tratamento clínico com antibioticoterapia profilática associado a inibidores de urease^{4,5}.

O tratamento padrão para esses cálculos é portanto intervencionista. A LECO pode ser alternativa em cálculos moles (com densidade de menos de 1000UH) de preferência maiores que 1 cm e menores que 2 cm localizados em cálice médio e superiores.⁶ Massas maiores estariam associadas a falha terapêutica e maior chance de complicações obstrutivas devido a fragmentação da massa calcúlosa (rua de cálculos).

Cálculos maiores, irrespondíveis a LECO ou até cálculos menores que 1 cm virgens de tratamento são reservados para a cirurgia renal percutânea, procedimento seguro e com boa taxa resolutive. É utilizada em cálculos coraliformes completos, incompletos, e cálculos localizados somente em cálices renais. Tem o inconveniente de necessitar de grande investimento capital na aquisição de material para a realização do procedimento.⁴

Com o advento da cirurgia videolaparoscópica, as abordagens convencionais para litíase urinária ganharam um novo valor. Com a adaptação do instrumental para vídeo passaram a ser uma opção pouco invasiva para cálculos grandes, impactados que ou obtiveram falha com outros métodos terapêuticos ou são virgens de tratamento mas a chance de sucesso seria maior com a cirurgia convencional. A abordagem pode ser tanto extra como retroperitoneal, independente do lado e a presença de cirurgias abdominais prévias não contraindica o procedimento. O tamanho do cálculo fica entre 1,5 a 2,5 cm em geral localizados unicamente em pelve. São poucas as complicações intra e pós-operatórias, com o paciente recebendo alta em geral após dois dias de internamento.⁷

CONCLUSÃO

A pielolitotomia videolaparoscópica é uma abordagem segura e eficaz para casos selecionados de litíase mesmo com abordagem abdominal prévia, sendo uma opção plausível em serviços que não disponham de material para endourologia e possuam material e equipe com experiência em videolaparoscopia.

Broska Júnior CA, Moreira JED, Galdino LS, Hennich MCR, Brunetto R, Oliveira CC. Giant nephrolithiasis: videolaparoscopic extraction in a patient with prior conventional pielolitomy. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2017;75(2):52-55.

ABSTRACT - Introduction: Lithiasis is a common disorder of variable causes with a wide clinic range. The treatment involves minimally invasive techniques, but in certain situations, conventional modalities are widely used, usually adapted for videolaparoscopic. Case report: 55 year old male with recent low back pain and history of a pielolitomy in 2011 due to left pelvic calculus. The patient underwent a CT scan, which showed a 57 mm left coraliform calculus, completely removed by transperitoneal videolaparoscopic pyelolithotomy. Discussion: Renal calculi are better treated by percutaneous nephrolithotripsy associated with other noninvasive modalities, however it is expensive and not available in all services. Videolaparoscopy is feasible in selected cases, with an equal or greater resolution than percutaneous nephrolithotripsy and rates of complications as low as the percutaneous technique. Conclusion: videolaparoscopic pielolitomy is effective and safe, being an alternative in patients with favorable anatomy.

KEYWORDS - Nephrolithiasis, Kidney, Laparoscopy.

REFERÊNCIAS

1. Andy Petroianu A; Oliveria Neto JE; Alberti LR. Dados epidemiológicos da litíase renal em hospital de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Medicina, Ribeirão Preto, 34:85-88, jan/mar 2001.
 2. Freitas RMC, Silva, LC, Santos JLS, Tavares Júnior WC. Avaliação dos métodos de imagem no diagnóstico de urolitíase: revisão de literatura. RadiolBras 2004;37 (4):291-4
 3. KenjiMaedaMissima KM, Pedroso JL, Siniscalchi RT. Terapia Expulsiva Medicamentosa na Litíase Ureteral: Revisão de Literatura. Revista Ciências em Saúde v4, n 2, 2014
 4. Ferreira DC. Nefrolitotomia percutânea no tratamento da litíase renal – perspectiva atual. Universidade de Coimbra. Mar 2012.
 5. Mocano I, Amaral MC. Litíase coraliforme. RevClinHospProfDr Fernando Fonseca 2013; 2(1): 56-56
 6. Vanni VSS, Iwamoto MW, Scoppetta LRPD, Baroni RH, Farhat O, Longo JADC et al. Análise de parâmetros tomográficos para predição de sucesso no tratamento de cálculos urinários em uma única sessão de litotripsiaextra-corpórea. Urominas 2015 2(6): 8-12.
 7. Aníbal Wood Branco AW, Kondo W, Branco Filho AJ, Rangel M, George MA, Noda RW. Laparoscopia para cálculos renais e ureterais. Revbrasvi-deocir 2005;3(3): 152-157.
-