

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERROTAÇÃO RENAL, SERIA O PRIMEIRO CASO DESCRITO?

Ricardo Gonçalves Alvim

Urologista do Hospital Universitário Ciências Médicas (HUCM)

Edson Henrique G. Nascimento

Residente de Urologia do Hospital Universitário Ciências Médicas (HUCM)

Jose Marx Abi-Acl Xavier

Residente de Urologia do Hospital Universitário Ciências Médicas (HUCM)

Vinicius Caetano de Faria

Residente de Urologia do Hospital Universitário Ciências Médicas (HUCM)

Fabricio Leite de Carvalho

Doutor em urologia e professor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Antonio Peixoto de Lucena Cunha

Presidente SBU-MG . Professor de urologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), coordenador do serviço de urologia do Hospital Ciências médicas, coordenador da cadeira de urologia da FCMMG

**Hospital Universitário Ciências Médicas,
Belo Horizonte – MG – Brasil**

Endereço para correspondência

Edson Henrique Gabriel Nascimento
Avenida Rio São Francisco, 1111.
São Bernardo Oliveira – MG
CEP: 35540-000
E-MAIL: edsonhgn@hotmail.com

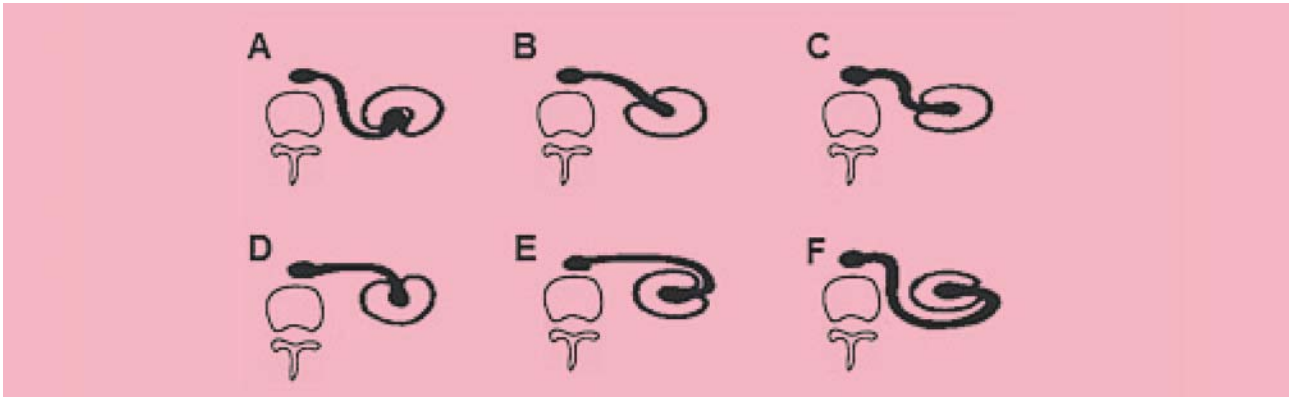
INTRODUÇÃO

Embriologicamente, os sistemas urinário e genital estão bastante relacionados, uma vez que o cordão nefrogênico e a crista gonadal surgem de uma elevação longitudinal do mesoderma em cada lado da aorta dorsal. Aproximadamente 10% de todas as pessoas nascem com malformações potencialmente significativas do sistema urinário, sendo as alterações estruturais e funcionais do desenvolvimento responsáveis por 20% a 30% das anomalias identificadas no período pré-natal. As anomalias congênitas do trato urinário superior, incluindo-se as formas mais brandas, não são raras. Em 3% a 4% dos recém-nascidos ocorre alguma anormalidade dos rins e dos ureteres, sendo as anomalias da forma e posição dos rins as mais comuns. A maior parte dessas doenças é apenas acompanhada clinicamente, fazendo-se necessário um correto diagnóstico da alteração morfológica, assim como a correta avaliação de possíveis complicações. A migração do rim, desde a cavidade pélvica até o seu sítio

lombar definitivo, ocorre simultaneamente com a sua rotação no plano longitudinal. À medida que migra cefalicamente, cada rim sofre uma rotação medial de aproximadamente 90°, e os hilos se orientam para a linha média, alinhados e voltados um para o outro anteromedialmente. É importante estabelecer um correto diagnóstico a fim de excluir outras condições patológicas que podem produzir distorção similar dos rins. A má rotação dos rins (Figura 1) é comumente associada a um rim ectópico ou em fusão, além da possibilidade de obstrução parcial da pelve e ureter. Esta entidade pode ocorrer em ambos os rins sendo mais comumente encontradas a rotação incompleta e a não rotação, se comparadas aos outros subtipos. Raramente ocorre uma hiperrotação exagerada, onde o hilo renal comumente encontra-se voltado para o dorso¹. Descrevemos o caso de uma jovem mulher com diagnóstico de hiperrotação renal, associada a episódios frequentes de dor lombar e infecção do trato urinário, submetida a nefropexia laparoscópica.

FIGURA 1

Anomalias de rotação renal. Ilustração esquemática do rim primitivo fetal (A), rim normal do adulto (B), rotação incompleta (C), hiperrotação (D), hiperrotação exagerada (E) e rotação invertida (F). Adaptado de Prando et al.



Fonte: Arquivo pessoal

RELATO DE CASO

T.O.L.A, 26 anos, com relato de dor em cólica e diversos episódios febris de infecção do trato urinário habitualmente com necessidade de analgesia endovenosa semanalmente. À história clínica, referia piora da dor após ingestão hídrica copiosa. Não apresentava sintomas do trato urinário inferior. Submetida a exames de imagem (FIG.2) evidenciou-se hiperrotação do rim direito (Tipo D segundo classificação de Prando et al)¹ associada a pielectasia moderada sem dilatação ureteral. Apresentou ainda curva renográfica com hipotonia da via excretora à direita sem no entanto evidenciar padrão obstrutivo à

cintilografia renal dinâmica. Optou-se então pelo implante endoscópico de cateter duplo Jobjetivando melhora da drenagem da via excretora. Em seguida, paciente evoluiu com melhora dos sintomas álgicos. Mediante tal achado definiu-se pela correção cirúrgica laparoscópica por provável estenose de JUP. Durante laparoscopia não foi identificado pontos de estenoses ou vasos polares anômalos sendo então realizada nefrólise (FIGURA 3) e pexia renal direita com fios inabsorvíveis junto à parede abdominal (FIGURA 4). O cateter duplo J foi retirado no 14º dia pós operatório. A paciente apresentou boa recuperação pós operatória e até o momento encontra-se sem novos episódios de dor.

FIGURA 2

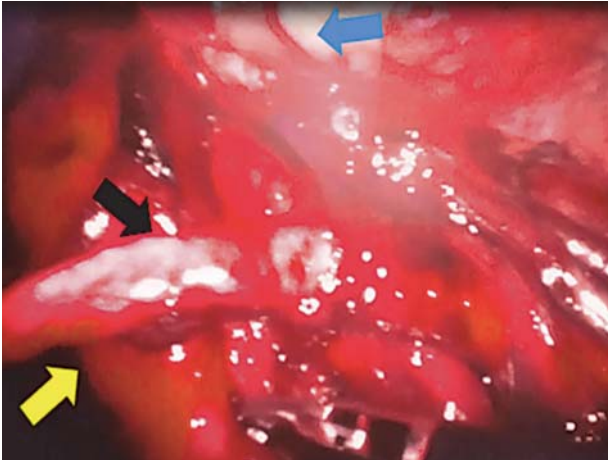
Tomografia computadorizada de abdomen mostrando pelve renal anteriorizada à direita denotando hiperrotação renal.



Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 3

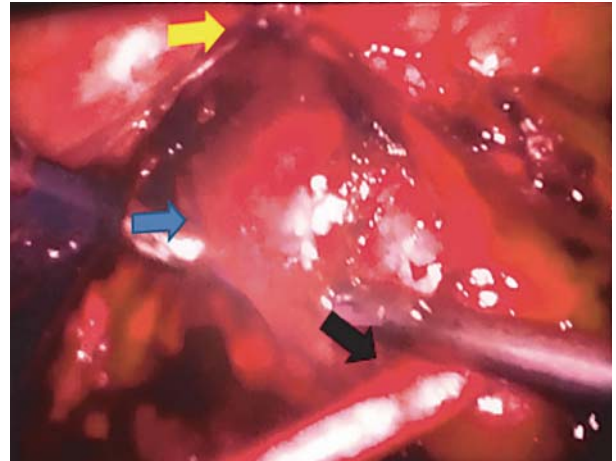
Aspecto intraoperatório, mostrando JUP e ureter direitos (seta preta) cruzando rim anteriormente, apresentando "kink" na região polar inferior (seta amarela), e parede abdominal (seta azul).



Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 4

Aspecto intraoperatório mostrando nefropexia direita (seta amarela); Polo renal inferior (seta azul); JUP e ureter medial ao polo renal inferior (seta preta).



Fonte: Arquivo pessoal

DISCUSSÃO

As alterações de rotação renal consistem em: não rotação, rotação incompleta, rotação reversa (hilo lateralmente) e hiperrotação (o hilo renal pode se encontrar ventralmente, lateralmente ou dorsalmente)^{1,2}. Apesar das descrições de má formações embriológicas já terem uma definição exata na literatura, pouco se sabe sobre o tratamento destas, quando o paciente apresenta sintomas ou infecção do trato urinário associado. As alterações de rotação mais comuns são a não rotação e a rotação incompleta. Pacientes com má rotação renal não apresentam complicações específicas, mas os rins afetados são propensos às mesmas doenças que afetam um rim normal². O diagnóstico apesar de ser sugerido por métodos de imagem como ultrassonografia ou urografia excretora, geralmente é confirmada por tomografia computadorizada de abdomen³. Relatamos neste artigo um caso clínico de hiperrotação renal à direita em uma paciente com sintomas de dor lombar crônica, submetida a nefropexia laparoscópica. Anefropexia convencional foi descrita pela primeira vez em 1881 por Hahn e a nefropexia laparoscópica em 1993 por Urbanet al^{4,5,6}.

Entretanto, nestes estudos a causa para o tratamento consistia de ptose renal sintomática, o que os distingue do nosso paciente. Em um estudo realizado com 17 pacientes, ElgenPlaset al descrevem melhora dos sintomas em 100% dos casos e alívio completo em 85% dos pacientes submetidos a nefropexia laparoscópica para casos de ptose renal sintomática com seguimento de 5 anos. Ainda neste estudo a função renal relativa melhorou em 90% dos pacientes, e não foram observadas complicações, exceto para uma recorrência sintomática precoce (8%) após 3 meses exigindo revisão aberta⁷.

CONCLUSÃO

Temos na literatura alguns estudos descrevendo o tratamento de nefropexia para ptose renal, porém existe uma falta de dados na literatura, relativos a nefropexia para hiperrotação renal em pacientes sintomáticos. Este trabalho adiciona informações referentes a esta condição e sugere a nefropexia renal laparoscópica como opção de tratamento para pacientes com hiperrotação renal sintomáticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Maranhão CPM, Miranda CMNR, Santos CJJ, Farias LPG, Padilha IG. Anomalias congênitas do trato urinário superior: novas imagens das mesmas doenças. Radiol Bras. 2013 Jan/Fev;46(1):43–50.
- 2 McDougall EM: Laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis: initial case report. J Endourol.1993; 7: 27-30.
- 3 Osama M; Stephen Y; Elspeth M et al: laparoscopic nephropexy: Washington university experience. The journal of Urology, 1995; 154: 1655-1659
- 4 Fornara P, Doehn C, Jocham D: Laparoscopic nephropexy:3-year experience. J Urol. 1997; 158: 1679-83.
- 5 Moss S. W. Floating kidneys: a century of nephoptosis and nephropexy. The Journal of Urology; 1997, 158: 699-702
- 6 Urban DA, Clayman RV, Kerbl K, FigenshauRS,McDougall EM: Laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis: initial case report. J Endourol.1993; 7: 27-30
- 7 Plas E, Daha K, Riedi C.R, et al; Long-term followup after laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis; The journal of Urology; 2001; 166: 449-452