

Abordagem de Duplo J Calcificado com Migração Espontânea para Duodeno

Departamento de Urologia do Hospital Municipal Odilon Behrens - Belo Horizonte, MG

Guilherme Canabrava Rodrigues Silva¹, Leticia França de Almeida², Letícia Abramo Ribeiro², Leonardo Soares Marques³, Robson de Oliveira Guimarães³, Rodrigo Campos Sales Silvério³

- 1) Autor e Médico da Equipe de Urologia do Hospital Municipal Odilon Behrens
- 2) Co Autor e Residente da Equipe de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Odilon Behrens
- 3) Médico da Equipe de Urologia do Hospital Municipal Odilon Behrens

Correspondência*: Rua Formiga, 50
Bairro São Cristóvão
CEP: 31.210-780
Belo Horizonte, MG
drguilhermecanabravauro@gmail.com

CASE REPORT

Patient had an ureteral stent placed over three Years before. Did not know the reason nor had followed up. Was admitted at public health hospital in Belo Horizonte with back pain. Undertaken a computed tomography scan and blood exams, Which suspect of complicated pyelonephritis with stent calcification

At the operation theatre, endoscopic treatment was not feasible, thus underwent exploratory laparotomy. Preoperative findings included erosion and stent migration into the duodenum, ureteral-duodenum fistula, and stent calcification into duodenum. Treatment included stent removal, ureteral and duodenal walls reconstruction and drainage.

Patients progressed satisfactory at postoperative care and pyelonephritis treatment.

Background: This case report is unique in medical literature. To describe fistulae details, etiology and treatment may help supporting staff to manage stent complications.

Conclusion: Ureteral stent is a useful prosthesis in urological practice, and provide comfort for patient and confidence to surgeons. However with its routinely use complications may

happen, some can be as critical as this case report describes.

This description helps orientation for the professional to control stent usage and treatment of this specific complication, alerting the risk of additional complications after calcification.

Keywords: Ureteral stent / ureteral-duodenum fistula / calcification

RESUMO DO CASO CLÍNICO

Apresentação do Caso: Paciente atendida no sistema público de saúde de Belo Horizonte com duplo J colocado há cerca de 03 anos, sem seguimento, e com quadro clínico de pielonefrite complicada. Diagnosticada inicialmente com revisão laboratorial e tomografia computadorizada.

Submetida a tratamento cirúrgico, inicialmente endoscópico, seguido por laparotomia. Durante o procedimento foi evidenciado complicação adicional com migração do dreno para o interior do duodeno, fístula uretero-duodenal e calcificação do duplo J intraduodenal.

Tratada com retirada do duplo j e reconstituição das paredes duodenais e ureterais e drenagem ampla.

Evoluiu bem após tratamento da pielonefrite e recuperação do pós-operatório.

Antecedentes: O caso clínico é o único descrito na literatura com os detalhes da fistula uretero-duodenal e calcificação intra-duodenal e atenda o assistencialista sobre os cuidados com o duplo J e o seu tratamento.

Conclusões: O Cateter duplo J é uma prótese muito útil na prática urológica, e que confere conforto ao paciente e segurança ao cirurgião. Entretanto com seu uso rotineiro, complicações podem aparecer, algumas delas muito graves como a descrita no caso.

Essa descrição ajuda a orientar o profissional quanto ao controle do uso do cateter e tratamento dessa complicação específica, alertando o mesmo dos riscos de complicações adicionais à calcificação.

Palavras-Chave: Duplo J / fístula uretero-duodenal / calcificação

RELATO DE CASO

Abordagem de cateter de duplo J calcificado com migração espontânea para duodeno.

INTRODUÇÃO

O cateter ureteral de duplo J é utilizado para manter a drenagem de urina do rim até a bexiga, seja em condições adversas do ureter ou em pós operatório de cirurgia das vias urinárias.

A cada dia se torna cada vez mais disponível nos serviços de urologia. A sua universalização, também ampliou as complicações relacionadas, tanto em número (sendo as mais comuns^{1,2}: cólica, infecção, saída espontânea do cateter e calcificação) quanto em complexidade, como migração para o ventrículo³. Idealmente, o cateter de duplo J deve ser retirado em até 6 meses ou, em alguns produtos mais recentes, 12 meses. Cateteres que permanecem por um período superior a este, não raro, complicam com calcificação e incrustação.

Fístulas uretero-entéricas são extremamente raras e a maioria dos casos identificados em bases de dados como PubMed e CIELO foram de fístulas uretero-duodenais

secundárias a infecções renais crônicas, cálculos ureterais, doença ulcerosa duodenal, lesão iatrogênica, trauma ou ingestão de corpo estranho. Foi encontrado apenas um caso de fístula uretero-duodenal devido ao uso de cateter de duplo J, porém sem associação com calcificação do cateter⁴.

MÉTODO

Relato de caso após revisão bibliográfica utilizando as fontes PubMed e Scielo. Não foi encontrado caso semelhante a este, no qual o cateter de duplo J se calcificou dentro do duodeno por meio de uma fístula uretero-duodenal.

RESULTADO

O caso será descrito minuciosamente, com auxílio de fotografias, levantamento de dados do prontuário e das condutas tomadas com o objetivo de compartilhar conhecimento para episódios semelhantes que possam advir.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos, sem comorbidades, admitida em pronto-socorro com queixa de dor abdominal em flanco e fossa ilíaca direitos, disúria, febre e inapetência. História de implante de cateter de duplo J a direita há três anos, porém sem qualquer seguimento urológico.

Optou-se por realizar revisão laboratorial e solicitar uma tomografia computadorizada de abdome total.

Os exames laboratoriais indicaram infecção urinária sem leucocitose e função renal no limite da normalidade. O laudo inicial da tomografia identificou calcificação do cateter de duplo J em toda a extensão ureteral e litíase de 6 cm na extremidade vesical (Figura 1).

Neste laudo inicial não foi mensurado sobre calcificação intra duodenal, porém em avaliação após o procedimento pode-se identificar achado já sugestivo deste diagnóstico conforme consta em Figura 2.

Realizou-se a internação da paciente e foi iniciado a antibioticoterapia. A mesma evoluiu com melhora clínica, sem dor ou febre, sendo então indicada a retirada do cateter e do cálculo vesical. Até este momento não era certo sobre a fístula duodenal, uma vez que o laudo tomográfico inicial não correlacionou a calcificação duodenal ao cateter duplo J e a paciente não apresentou, em nenhum momento, queixa de

mudança da coloração da urina ou sintomas gastroduodenais que levantasse suspeita para tal hipótese.

Antes do procedimento foi esclarecido a paciente e entregue termo de consentimento sobre a possibilidade de conversão da cirurgia para via convencional caso não fosse possível a retirada endoscópica do cateter de duplo J.

O procedimento iniciou-se por meio endoscópico, mas não obteve sucesso; optado por conversão cirúrgica para via aberta, com incisão inicial mediana infra-umbilical, exposição e abertura de bexiga e identificado cálculo vesical aderido a extremidade distal do cateter, que se mostrava firmemente aderido ao ureter impedindo a retirada desse segmento. A incisão cirúrgica foi estendida para xifo-púbica, com liberação completa do ureter direito e confirmação de calcificação em todo o seu trajeto e na pelve renal. Nessa fase, durante a liberação do segmento superior do ureter, foi identificada a aderência ao duodeno e a extremidade do cateter de duplo J migrando para o interior da luz duodenal (Figura 3).

Realizado incisão longitudinal do ureter proximal, liberação da aderência/fístula uretero-duodenal e retirada a extremidade calcificada do cateter de duplo J do interior da luz duodenal. Procedeu-se a duodenorrafia em dois planos com PDS 4.0 em sutura contínua e posicionado “patch” de momento sobre o local.

Após a retirada do cateter e revisão do ureter, foi identificado calcificações remanescentes no ureter médio, sendo necessário ureterotomia para a retirada das calcificações residuais e posterior rafia com fio PDS 4.0 (Figura 4). Posicionado novo cateter de duplo J, que foi amarrado à extremidade do cateter vesical de demora tipo Foley. Rafiadas as demais aberturas ureterais e a bexiga urinária em sutura contínua de fio PDS 4.0. Posicionados drenos sentinela do tipo penrose e cateter nasoentérico distal a rafia duodenal. A paciente foi encaminhada ao CTI no pós-operatório imediato para monitorização devido ao porte da cirurgia. Permaneceu hemodinamicamente estável, sem a necessidade de aminas ou de suporte ventilatório. Recebeu alta do CTI no primeiro dia de pós-operatório. Evoluiu clinicamente bem na enfermaria, tolerando a dieta, mantendo bom débito urinário e sem náuseas, vômitos ou extravasamento de conteúdo alimentar pelo dreno sentinela periduodenal, que apresentou apenas baixo débito de secreção citrina (<100ml/24 horas). Realizada mensuração de uréia e creatinina dessa drenagem e confirmou tratar-se de uma fístula urinária. Recebeu alta hospitalar, sem a retirada do cateter de demora, no nono dia de pós-operatório para acompanhamento ambulatorial.

O dreno de penrose referente a fístula urinária teve débito decrescente, sendo retirado na primeira consulta de acompanhamento. O cateter vesical de demora com o cateter de duplo J amarrado foram retirados no 45º dia de pós-operatório.

A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial do serviço há quase um ano, sem queixas urinárias ou gerais e sem qualquer alteração do trato duodenal ou das vias urinárias.

FIGURA 1

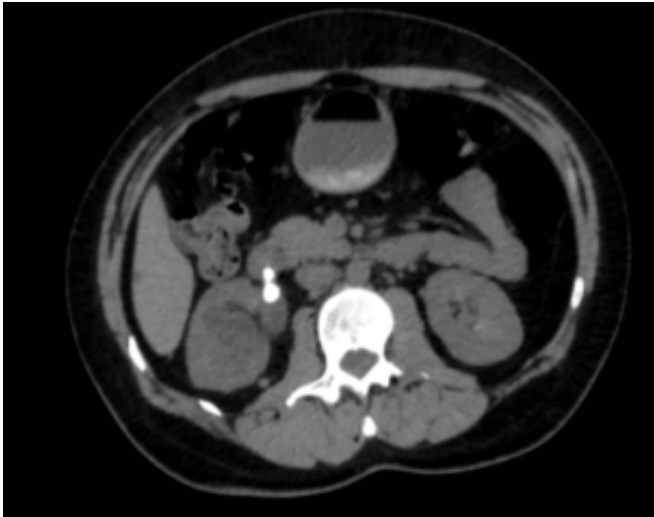
Tomografia computadorizada identificando calcificação ureteral e volumosa calcificação vesical.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Tomografia computadorizada identificando calcificação em ureter proximal e calcificação duodenal.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

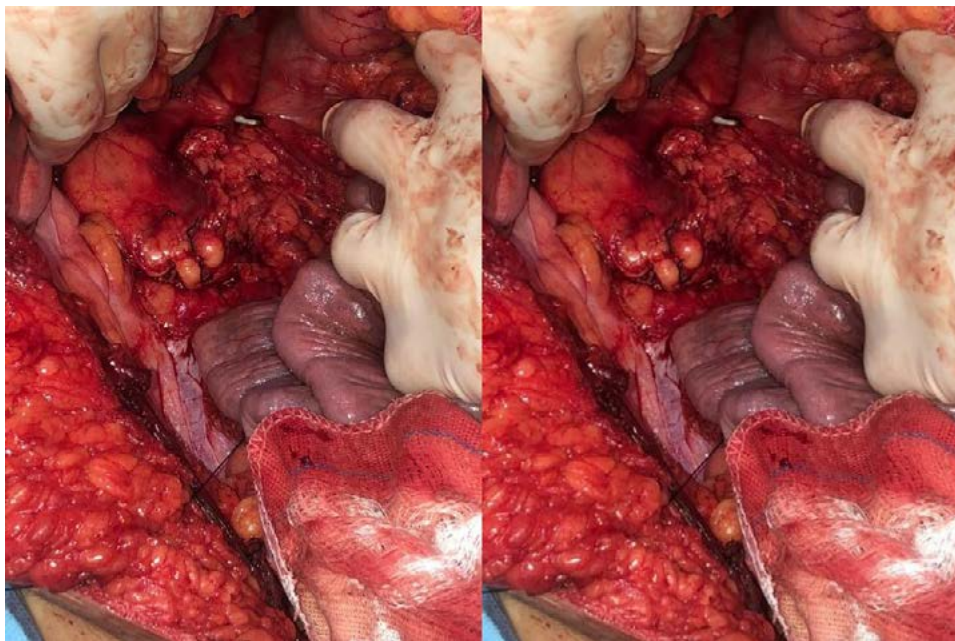
Cateter duplo J retirado por completo demonstrando diversas calcificações em seu trajeto.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Fotos demonstrando fístula uretero-duodenal com identificação de cateter duplo J em trajeto fistuloso.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio Corrêa Lopes Neto et. al, MD. Forgotten Double-J Ureteral Stent. *Int Braz J Urol.* (2019); 45: 1087-9.
2. K el Khader et. al. Complications of double J ureteral stents. *J Urol (Paris)* (1996);102 (4):173-5.
3. Ismail Oral Hastaoglu et. al. Double J ureteral stent displaced through the right ventricle. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 18 (2014) 853–854.
4. Bhavin Patel et. al. Ureteroduodenal fistula. *J Surg Case Rep.* 2015 Jul; (2015)7.