

Ruptura espontânea da veia renal em gestante: um relato de caso

Spontaneous renal vein rupture in pregnant woman: a case report

Renan Giffoni Rodrigues¹, Eric Levi Oliveira Lucas¹, André Luiz Bressan Moreira Pereira¹, Alfredo Lima Filho¹, Marcus Vinícius Capanema Gonçalves², Lucas Figueredo Cardoso², Paulo Vinícius Alves Lopes², Filipe da Silva Terra², Vivian Resende¹, Carla Jorge Machado¹, Michael Pereira Fernandes², Vinícius Taranto Rodrigues Nunes¹, Mario Pastore Neto²

RESUMO

Hematomas espontâneos perirrenais são condições graves e que demandam atenção imediata. Embora tenham sido descritos na literatura científica desde o final do século XIX, sua etiologia não é conhecida completamente. O presente artigo relata o caso de uma paciente, 34 anos, gestante de 39 semanas, que foi admitida com queixa de dor abdominal aguda. Não apresentava alterações no exame físico e na ultrassonografia transabdominal. Houve piora posterior, e, por isso, foi encaminhada ao bloco cirúrgico para cesariana de urgência, por suspeita de descolamento prematuro de placenta. Identificou-se, então, hemoperitônio volumoso com hematoma retroperitoneal à direita.

Palavras-chave: veias renais; ruptura espontânea; nefrectomia; abdome agudo; gravidez.

ABSTRACT

Spontaneous perirenal hematoma are serious conditions that demand immediate attention. Although they have been described in the scientific literature since the late nineteenth century, its etiology is not fully understood. The present study reports the case of a 34 year-old patient, 39 weeks pregnant, that had been admitted complaining of acute abdominal pain. Physical examination was unremarkable, as well as the examination of transabdominal ultrasound. Her condition worsened later and she was referred to the operating room for emergency cesarean section for suspected placenta previa. She was identified then hemoperitoneum with bulky retroperitoneal hematoma on the right side.

Keywords: renal veins; rupture, spontaneous; nephrectomy; abdomen, acute; pregnancy.

INTRODUÇÃO

Hematomas espontâneos perirrenais foram descritos primeiramente por Wunderlich, em 1856.¹ Ocorrem raramente e manifestam-se por dor súbita no flanco ipsilateral, sem histórico de trauma e choque hipovolêmico.^{1,2} A etiologia dessa condição ainda não é completamente conhecida, mas pode decorrer de: aumento súbito na pressão sanguínea da veia renal; crescimento rápido de tumor — promovendo obstrução das tributárias da veia renal; necrose tumoral que leve à ruptura e hemorragia direta da veia; angiomiolipomas; carcinoma de células renais; distúrbios vasculares — como a poliarterite nodosa e as discrasias sanguíneas; cistos renais; lúpus; entre outros.^{2,3} É uma condição grave e potencialmente fatal.⁴

A abordagem de pacientes que apresentam tal quadro é baseada no tratamento do choque, mesmo que não se conheça a causa precisa. Sintomas clínicos da hemorragia perirrenal — entidade grave — são frequentemente não específicos.

Métodos de imagem são imperativos, porém, no diagnóstico de hematoma e de sua extensão, e os exames radiológicos têm papel fundamental no processo de localização da hemorragia.^{2,5}

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 34 anos, hígida, gestante de 39 semanas, que já passou por duas gravidezes — uma das quais é a referente a este relato de caso —, deu à luz a um nascido vivo e não teve perdas fetais espontâneas ou abortos induzidos (G2P1A0). A paciente compareceu a todas as consultas de pré-natal agendadas pelo Centro de Saúde, o que indica a adequação desse acompanhamento. Foi admitida no pronto-socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) com queixa de dor abdominal aguda. À admissão, relatou não apresentar alteração de hábitos intestinal e urinário, vômitos ou perdas vaginais. Ao exame físico, estava hipocorada (4+), com pressão arterial de 100/80mmHg e frequência cardíaca de 130 bpm. Foi realizado exame de ultrassonografia,

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Hospital Risoleta Tolentino Neves – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Contato: carlajmachado@gmail.com

Recebido em 25/01/2016. Aceito para publicação em 05/04/2016.

no qual se observou movimentação fetal presente, batimentos cardíacos fetais de 140bpm e bolsa amniótica íntegra com polidramnio relativo.

A paciente evoluiu com choque hipovolêmico e piora progressiva, apresentando queda da pressão arterial para 60/40mmHg. Sob suspeita de descolamento prematuro da placenta, e confirmado sofrimento fetal, a paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico para cesariana à Pfannenstiel de urgência. No procedimento, identificou-se hemoperitônio volumoso, complementando-se a incisão com acesso mediano transumbilical para exploração da cavidade. A grande área de hematoma retroperitoneal encontrada à direita foi explorada, e verificou-se avulsão completa da veia renal direita. Diante do achado inusitado e das condições clínicas da paciente, foi realizada laparotomia abreviada para controle da hemorragia,⁶ fazendo-se, então, necessários a nefrectomia, o tamponamento da cavidade com compressas e a laparostomia, até o controle da coagulopatia, da acidose e da hipotermia — sendo as três condições chamadas de “triade letal da morte”⁷, já deflagradas e bem estudadas para os casos de trauma grave. Reintervenção programada para revisão da cavidade e complementação dos procedimentos cirúrgicos foram feitas assim que os distúrbios homeostáticos foram controlados em ambiente de terapia intensiva, o que ocorreu em 48 horas. A paciente permaneceu por seis dias no centro de terapia intensiva sem outras complicações.

Estudo anatomopatológico do rim foi realizado e não revelou anormalidades, fato que contribuiu para a falta de etiologia da ruptura da veia renal. Após resolução do quadro, foram investigadas doenças familiares prévias, mas isso não auxiliou na elucidação do ocorrido. Doenças autoimunes — como artrite reumatoide e lúpus — também foram descartadas na paciente e nos familiares.

DISCUSSÃO

Hematomas espontâneos perirrenais são caracterizados como quadros de abdome agudo, cursando com dor — súbita ou progressiva —, e que necessitam de diagnóstico e conduta terapêutica imediata. Deve-se realizar diagnóstico diferencial com doenças que cursam com quadro de dor abdominal intensa, mas sem necessidade de tratamento cirúrgico.⁸

A literatura internacional recente possui um relato de caso de ruptura de aneurisma de artéria renal de gestante de alto risco, com três perdas fetais espontâneas anteriores e que havia concebido por reprodução assistida, que entrou em trabalho de parto com 40 semanas de gestação.⁹ Não foram encontrados casos de gestantes de baixo risco em ruptura espontânea de veia renal. O caso apresentado constitui um exemplo de abdome agudo ginecológico — causa importante de procura hospitalar, principalmente devido à alta incidência de gravidez tubária rota —, e pode ser classificado em hemorrágico, inflamatório ou isquêmico.^{10,11}

De fato, um estudo anterior já havia indicado, em dez anos de acompanhamento, a maior probabilidade de ocorrência de hematoma perirrenal em mulheres, mas não exatamente em gestantes, como no presente caso.³ Além disso, a paciente em questão não apresentou qualquer motivo que justificasse a rup-

tura da veia renal. Também não foi possível determinar fatores causais ou associados descritos na literatura que condissessem com o caso, sendo a ruptura considerada espontânea. Em comum aos dois estudos está o fato de as pacientes serem mulheres; porém, pesquisas futuras necessitam ser feitas para confirmar a hipótese de que o ocorrido seja mais frequente no sexo feminino e que isso possa ser elemento de suspeição.

A cirurgia de controle de danos foi importante para abreviar o procedimento e prevenir sequelas na paciente. Ou seja, a abordagem de caso, por essa cirurgia, revelou-se adequada, mesmo desconhecendo a causa. O desfecho favorável da paciente e do feto corrobora a conduta adotada para tratamento da lesão exsanguinante, independentemente da causa. Entretanto, a carência de explicações para a etiologia da hemorragia deve ser considerada e novos estudos devem ser realizados, assim como a revisão dos achados complementares para futuros casos.

CONCLUSÃO

Embora a incidência de hematomas espontâneos perirrenais seja baixa, a severidade dessa condição torna importante que o médico de urgência e emergência tenha em mente que se trata de um diagnóstico diferencial quando estiver diante de uma paciente com abdome agudo ou dor lombar.¹² Salienta-se que o bom resultado do manejo de tais pacientes depende da perspicácia em se indicar a cirurgia precocemente, da via de acesso adequada e da decisão pela cirurgia de controle de dano. Quanto à nefrectomia, permanece como a mais indicada no caso apresentado, em que a causa do hematoma espontâneo perirrenal não foi constatada.¹⁰ Apesar de ser uma condição grave, houve sucesso na conduta adotada para o tratamento da paciente. Não identificada causa aparente para a ruptura, o seu relato se faz importante como um alerta para futuros casos.

REFERÊNCIAS

1. Lin YY, Chen JD, How CK, Yen DH. Spontaneous perinephric hemorrhage from a hemorrhagic renal cyst. *Intern Med.* 2010;49(19):2189-90.
2. Loureiro JL, Mendonça KG, Pacheco GA, Soutinho MFL, Gustavo Álvares Presídio GA, et al. Hematoma perirrenal espontâneo em paciente lúpica submetida a tratamento hemodialítico e portadora de cistos renais adquiridos. *J Bras Nefrol.* 2013;35(2):162-4.
3. Daskalopoulos G, Karyotis I, Heretis I, Anezinis P, Mavromanolakis E, Delakas D. Spontaneous perirenal hemorrhage: a 10-year experience at our institution. *Int Urol Nephrol.* 2004;36(1):15-9.
4. Schade L, Akish DT, Aragão SC, Frandolo GA, Paiva ES. Hematoma perirrenal e envolvimento da artéria temporal em paciente com poliarterite nodosa (PAN). *Rev Bras Reumatol.* 2009;49(4):456-61.
5. Diaz JR, Agriantonis DJ, Aguila J, Calleros JE, Ayyappan AP. Spontaneous perirenal hemorrhage: what radiologists need to know. *Emerg Radiol.* 2011;18(4):329-34.
6. Edelmuth RCL, Buscariolli YS, Ribeiro Junior MAF. Cirurgia para controle de danos: estado atual. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(2):142-51.

7. Nascimento Júnior B, Scarpelini S, Rizoli S. Coagulopatia no trauma. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(4):509-17.
8. Feres O, Parra RS. Abdômen agudo. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008;41(4):430-6.
9. Hellmund A, Meyer C, Fingerhut D, Müller SC, Merz WM, Gembruch U. Rupture of renal artery aneurysm during late pregnancy: clinical features and diagnosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293(3):505-8.
10. Murta EFC, Tiveron FS, Barcelos ACM, Manfrin A. Análise retrospectiva de 287 casos de abdome agudo em ginecologia e obstetrícia. *Rev Col Bras Cir*. 2001;28(1):44-7.
11. Oliveira MAP, Melki LAH, Tavares RCS. Abdome agudo ginecológico. *Rev HUPE [Internet]*. 2009;8(1):81-8.
12. Beaumont-Caminos C, Jean-Louis C, Belzunegui-Otano T, Fenández-Esain B, Martínez-Jarauta J, García-Sanchotena JL. Wunderlich syndrome: an unusual cause of flank pain. *Am J Emerg Med*. 2011;29(4):474.e1-3.