

EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR SECUNDÁRIA A ABCESSO RENAL

Juliano Casagrande Bitencourt¹; Bruna Romagna Peterle²; Anna Flávia Campedel Arcoverde³; Caio César Erthal³; Francieli Cristina Dreoni³; ¹Médico formado pela UNESC/Criciúma ²Médica residente em Clínica Médica no Hospital Santa Isabel ³Acadêmicos do curso de Medicina/FURB.

Introdução

Os abscessos renais são incomuns, sendo em sua maioria causadas por bactérias gram-negativas e estafilococos.⁶ As principais etiologias são as infecções ascendentes por anormalidades urológicas, obstrução e cálculos.⁶ A embolia séptica pulmonar (ESP) é um tipo de embolia não trombótica, sendo uma síndrome rara e de difícil diagnóstico.¹ As causas mais comuns de ESP são: uso de drogas intravenosas (IV), endocardite infecciosa da valva tricúspide e tromboflebite séptica³, os abscessos renais são uma causa muito rara, evidenciando a relevância do caso relatado.

Objetivos

Relatar um caso de ESP secundária a abscesso renal em mulher de 33 anos. Sua relevância científica está na escassez de relatos na literatura sobre abscessos renais como sítio de infecção primária em ESP.

Relato de Caso

Feminina, 33 anos, diabética em uso de metformina e insulina NPH é admitida com queixa de hiporexia, fraqueza, náuseas e discreta disúria há 7 dias. Dois dias depois foi internada por dorsalgia irradiada para abdome e membro inferior direito associada a náuseas, prescritos sintomáticos. Na admissão, HGT 389mg/dL, regular estado geral, hipocorada, anictérica, desidratada, pele pegajosa, afebril, taquipneica, taquicárdica, abdome doloroso a palpação em baixo ventre, sem sinais de irritação peritoneal e com punho percussão lombar negativa. Aos exames laboratoriais: leucocitose, potássio limitrofe, gasometria arterial indicando acidose metabólica e parcial de urina com cetonas, hemoglobina 3+, hemácias 8 por campo (pc), leucócitos 80pc, poucas bactérias e muitos levedos. Raio X de abdome agudo e tórax normais. Foi aventado hipótese de cetoacidose diabética (CAD) descompensada por foco infeccioso do trato urinário e iniciou-se terapia com ciprofloxacino, reposição de potássio, hidratação, correção da hiperglicemia e da acidose metabólica com insulina IV em bomba de infusão contínua. A hemo e urocultura da admissão apresentaram crescimento de *Klebsiella pneumoniae* resistente a Ampicilina. Foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) de tórax, que mostrou múltiplos nódulos sólidos, escavados, esparsos pelos pulmões sugestivos de ESP. A TC de abdome evidenciou pielonefrite bilateral com microlitíase e coleção líquida no polo superior do rim direito. Suspendo o ciprofloxacino e iniciada a ceftriaxona. No 8º dia de internação a TC de abdome evidenciou discreta redução do tamanho das coleções líquidas e melhor definição dos contornos. E TC de tórax, lesões com dimensões preservadas, entretanto, mais bem delimitadas e algumas evoluindo com escavação central, mantendo a suspeita de ESP. Para descartar outra origem da embolia, solicitou-se um ecocardiograma transtorácico, que apenas indicou átrio esquerdo com aumento mínimo. Realizou-se uma punção abdominal guiada por TC para coleta de cultura. Os novos exames resultaram em hemo e urocultura negativas e cultura do abscesso positiva para *Klebsiella pneumoniae* multisensível. Foi suspensa a ceftriaxona e iniciado piperacilina sódica em associação com tazobactam. Evoluiu com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar ao completar 7 dias de uso do último antibiótico prescrito.

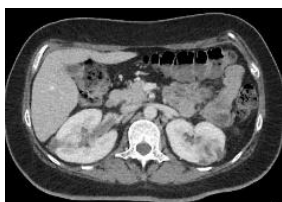


Imagem 1: TC de abdome demonstrando pielonefrite bilateral

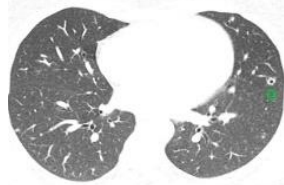


Imagem 2: TC tórax demonstrando nódulos sólidos escavados

Discussão

A embolia séptica pulmonar (ESP) é rara, porém grave.^{1,3} A clínica e os achados radiológicos inespecíficos dificultam e atrasam o diagnóstico.^{1,3} Além dos sintomas da infecção primária (IP), a bacteremia é manifestação mais comum na ESP. Febre, dispneia, dor torácica, tosse, fadiga e anemia estão entre os sintomas frequentes.³ Dentre as principais causas de ESP estão: uso de drogas IV, endocardite infecciosa da válvula tricúspide, tromboflebite séptica, abscesso periodontal, cateteres intravasculares, abscesso hepático e hemodíalise e outros.^{4,8} Os abscessos renais não figuram entre as principais causas de EPS. Uma revisão sistemática de Li Zhao (2014) encontrou apenas 3 casos descritos em que abscessos renais ou perirenal eram o sítio da IP. Como as complicações pulmonares são secundárias a IP, o prognóstico está relacionado ao controle da patologia de base.¹ O abscesso renal, igualmente a ESP, é incomum, com incidência entre 1 e 10 casos a cada 10 mil.^{6,7} Na história clínica deve-se atentar para complicadores das ITU, como a diabetes mellitus (DM), litíases renais e imunodeficiência.⁷ A paciente no caso queixava-se de disúria e dor lombar, e é diabética, um fator predisponente de complicações. Para o diagnóstico de ESP, culturas devem ser realizadas, geralmente são positivas e o principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*.^{2,3,5} Li Zhao (2014) em sua revisão demonstrou que em pacientes diabéticos, a principal bactéria foi a *Klebsiella pneumoniae*, compatível com o caso.³ Os exames de imagem são fundamentais no diagnóstico de ESP, a TC é melhor que o raio-x de tórax, mas o exame padrão ouro é a angiografia computadorizada de tórax, na qual demonstra os êmbolos.³ No caso dos abscessos renais, a TC de abdome pode ser usada no diagnóstico e no seguimento após o tratamento.⁷ O prognóstico do paciente com ESP depende do controle da IP.¹ No caso de abscessos renais, o tratamento de escolha é antibioticoterapia IV e oral de longa duração, dependendo da cultura.⁶ Deve-se realizar drenagem percutânea se não responsivo ao tratamento clínico ou em abscessos grandes (maiores que 5cm).^{6,7} A paciente foi tratada com antibioticoterapia e punção guiada por TC, evoluindo com melhora e alta.

Conclusão

A ESP secundária a abscesso renal deve ser considerada diante de manifestações clínicas sugestivas especialmente se quadro de infecção do trato urinário associado a fatores de risco, como a DM. A investigação radiológica, especialmente a TC de abdome e a AngioTC de Tórax, possui fundamental importância para o diagnóstico preciso e precoce.³ Ademais, a otimização do tratamento é essencial, especialmente no que diz respeito IP,⁶ já que o prognóstico da ESP vai depender essencialmente dessa abordagem terapêutica.⁸

Referências Bibliográficas

- 1- COENTRÃO, Luis; OLIVEIRA, Jorge. Embolia séptica pulmonar – A propósito de um caso clínico. *Rev Port Pneumol* 2008; XIV (6): 881-885. DOI: 10.1016/S0873-2159(15)30294-4.
- 2- ELSAGHIR, Heng; AL KHALIL, Yasie. Septic Emboli. [Updated 2020 Nov 22]. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021 Jan.
- 3- LI ZHAO, Y.R. et al. Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: a systematic review. *Respiratory medicine* vol. 108,1 (2014): 1-8. doi:10.1016/j.rmed.2013.10.012.
- 4- MACMILLAN, J.C.; MILSTEIN, S.H.; SAMSON, P.C. Clinical spectrum of septic pulmonary embolism and infarction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978;75:670-9.
- 5- MEDINA-PIÑÓN, Isaf et al. Septic Pulmonary Emboli and Renal Abscess Caused by *Staphylococcus aureus* in an HIV-infected Patient. *Case Reports in Infectious Diseases*, vol. 2018, Article ID 1460283, 3 pages, 2018.
- 6- RAI, R.S.; KARAN, S.C.; KAYASTHA, A. Renal and Perinephric Abscesses Revisited. *Med J Armed Forces India*. 2007 Jul;63(3):223-5. doi: 10.1016/S0377-1237(07)80139-0
- 7- RUBILOTTA, Emanuele et al. Current clinical management of renal and perinephric abscesses: a literature review. *Urologia* vol. 81,3 (2014): 144-7.
- 8- ZENDA, T. et al. Septic pulmonary emboli secondary to pyogenic liver abscess in a diabetic patient. *Internal medicine (Tokyo, Japan)* vol. 34,1 (1995): 42-5.