

Ruptura ureteral espontânea: uma apresentação rara em câncer de próstata – relato de caso

Adrian Ferreira Sial¹; Jorge Luiz Carvalho Figueiredo²; Mariana Pilé de Barros Torres³; Leticia Telles Sales³; Lucilo Ávila Pessoa Neto⁴

1-Médico Residente do 1º ano de Clínica Médica do Real Hospital Português, Recife, Brasil; 2-Equipe de Clínica Médica do Real Hospital Português, Recife, Brasil; 3-Médica Residente do 1º ano de Clínica Médica do Real Hospital Português, Recife, Brasil; 4-Estudante de Medicina da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Brasil

Introdução/Fundamentos

A ruptura ureteral espontânea (RUE) é definida por uma ruptura não traumática do ureter. É considerada uma condição rara e também uma emergência urológica potencial. Resulta de um aumento da pressão intraluminal secundária a uma obstrução no sistema geniturinário. A causa mais comum é o cálculo ureteral, mas há outras condições descritas, como câncer de próstata, carcinoma ureteral urotelial, fibrose retroperitoneal idiopática, dermatomiosite, linfoma maligno e útero gravídico.

Objetivos

O presente trabalho visa relatar um caso de câncer de próstata com apresentação inicial rara de ruptura ureteral espontânea e chamar atenção da comunidade médica para a condição.

Métodos

Estudo de caso através da revisão de prontuário de paciente que esteve internado em hospital particular referência em clínica médica no estado de Pernambuco. Realizada revisão de literatura dos temas associados, constatando a raridade da RUE como apresentação inicial em câncer de próstata.

Resultados

Paciente do sexo masculino, 68 anos, apresentou-se ao pronto-socorro com história de dor abdominal difusa, associada a aumento da frequência urinária, urgência e disúria. Ele negou febre, hematuria, náuseas ou vômitos. Possui história prévia de obesidade e alcoolismo. Sem história anterior de cálculos ureterais ou quaisquer sintomas urinários. Em seu exame físico, seus sinais vitais eram normais. O abdômen estava distendido, com sensibilidade na fossa ilíaca esquerda. O sinal de Giordano era negativo bilateralmente. Os exames de admissão (tabela 1) mostraram função renal alterada. O hemograma completo era inocente. O exame de urina não revelou leucócitos ou hemácias e o nitrato foi negativo, sem bactérias. O paciente foi inicialmente submetido a tomografia computadorizada sem contraste, que revelou espessamento difuso e densificação dos planos de gordura perirrenal, com predomínio do rim esquerdo. Havia hidroureteronefrose leve e linfonomegalia nas cadeias retroperitoneal, paraórtica e ilíaca. A bexiga urinária apresentava boa repleção, com pseudodivertículo em seu interior, e a próstata apresentava tamanho aumentado. Foi iniciado, ainda na urgência, ceftriaxona e solicitado bioquímica prostática, com evidência de PSA livre de 5,92 ng / ml e PSA total de 63,9 ng / ml. O paciente foi submetido a uma segunda tomografia computadorizada, desta vez com contraste intravenoso, que revelou ruptura do terço proximal do ureter esquerdo (distância de 2,8cm da pelve renal), com pequena ascite pararenal posterior (FIGURA 1).

Em seguida, a equipe de urologia realizou ureteroscopia, que falhou na passagem do cateter duplo J devido à dificuldade de visualização dos óstios ureterais. Posteriormente o paciente foi submetido à nefrostomia guiada por tomografia computadorizada com inserção do cateter duplo-J. O procedimento foi bem sucedido. Na investigação do aumento da próstata, a cintilografia óssea não evidenciou lesões ósseas. O PET-scan com 18F-PSMA (FIGURA 2) foi positivo para tumor com antígeno prostático específico, linfonodos pélvicos, retroperitoneais e cervicais. Duas lesões ósseas foram visualizadas e dois nódulos pulmonares. A biópsia da próstata mostrou um adenocarcinoma acinar usual, gleason 9 (5 + 4). Classificado como grupo prognóstico tipo 5. Durante estadiação foi evidenciada embolia pulmonar, porém sem repercussão clínica. A anticoagulação não foi possível devido ao quadro de hematuria. Após 20 dias de internação, recebeu alta hospitalar, sem duplo J, nefrostomia ou cateter de Foley. O acompanhamento já está em andamento com equipe multidisciplinar (oncologia, urologia e clínica médica).

Referências Bibliográficas

- AKPINAR H, RIZA KURAL A, TÜFEKİ İ, ÖBEK C, DEMÇIRKESEN O, SOLOK V, GÜRTÜĞİ A. Spontaneous Ureteral Rupture: Is Immediate Surgical Intervention Always Necessary? Presentation of Four Cases and Review of the Literature. Journal of Endourology, 2002. 16 (3):179-183
- CHEN H, HSIAO PJ, CHANG YH, CHEN CC, WU HC, YANG CR, CHEN KL, CHIEH-LUNG CHOU E, CHI CHEN W, CHANG CH. Spontaneous ureteral rupture and review of the literature. American Journal of Emergency Medicine, 2014.
- DENG F, LIU X, LI Y, ZHOU Y, TANG J, TANG Y, DAI Y. Ureteral obstruction by prostate cancer leads to spontaneous ureteric rupture: a case report. Int J Clin Exp Med, 2015. 8(9) 16842-16844
- PACE K, SPITERI K, GERMAN K. Spontaneous proximal ureteric rupture secondary to ureterolithiasis. Journal of Surgical Case Reports, 2016;11, 1-3
- PAMPANA E, ALTOBELLI S, MORINI M, RICCI A, D'ONOFRIO S, SIMONETTI G. Spontaneous Ureteral Rupture Diagnosis and Treatment. Case Reports in Radiology Volume 2013, 1-4
- SARMAH PB, NOAH A, KELLY BD, RYAN PG. Asymptomatic ureteral rupture secondary to chronic urinary retention from massive prostatic enlargement. Journal of Surgical Case Reports 2015, 1-3
- SEQUEIRA C, CUSTÓDIO M, MARQUES AS. A rare case of spontaneous ureteral rupture - Letter to the Editor. Medicina Clínica Journal (Bar), 2019. 4737, 1-2

E-mail autor principal: adriansial@yahoo.com.br



Fig. 1. A tomografia computadorizada com contraste mostra ruptura do ureter esquerdo no terço proximal e escape de contraste para a cavidade abdominal

Tabela 1	
Hemoglobina (g/dl)	14,4
Hematócrito (%)	41,6
Leucócitos (/mm ³)	11040 (0/82/0/0/10/0/8)
Plaquetas (/mm ³)	204 000
Ureia (mg/dl)	48
Na (mmol/L)	127
K (mmol/L)	4,12
Mg (mg/dl)	1,88
Cl (mmol/L)	94
P (mg/dl)	3,7
Ca (mg/dl)	8,0
ALT (U/L)	42
AST (U/L)	40
Fosfatase alcalina (U/L)	38
GGT (U/L)	38
Bilirrubina – total / direta (mg/dl)	1,3/0,5

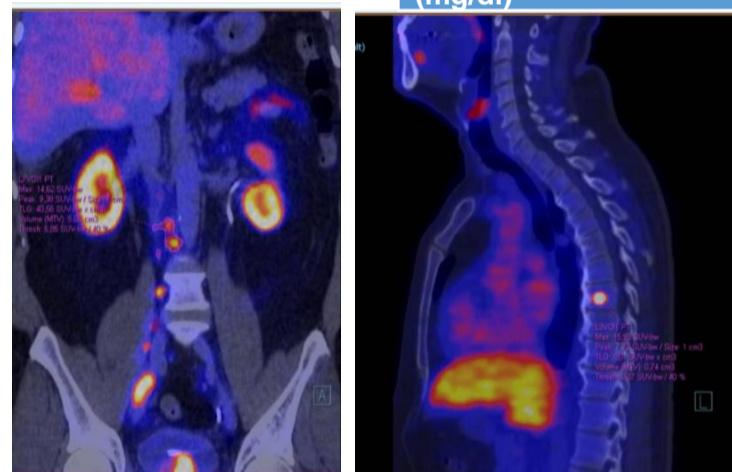


Figura 2. PET-SCAN realizado com 18F-PSMA mostrou atividade de tumor com antígeno prostático específico em linfonodos pélvicos, retroperitoneais e cervicais, além de acometimento ósseo e pulmonar.

Conclusões/Considerações Finais

RUE é uma condição incomum, sendo difícil a suspeita apenas pelo quadro clínico. Pode ser espontâneo ou pós-traumático. A causa mais comum é a urolitíase, mas pode resultar de distúrbios do tecido conjuntivo e malignidades do trato urinário. O extravasamento de urina na cavidade abdominal pode levar a diversas complicações, como urinoma, urosepsse, lesão renal aguda e formação de abscesso. A apresentação clínica carece de sinais e sintomas específicos. Pode ser assintomática, mas também se apresenta como um início súbito de forte dor abdominal e nos flancos, associada a náusea, vômito, disúria ou hematuria. Um reconhecimento rápido pode levar ao tratamento adequado. O diagnóstico é feito por exame de imagem, sendo a tomografia computadorizada com contraste a primeira escolha, pois pode revelar com clareza a localização do vazamento e o tamanho do urinoma. A ultrassonografia pode não visualizar vazamentos menores, sendo às vezes o primeiro exame realizado devido ao quadro clínico inespecífico. RUE faz o diagnóstico diferencial com urolitíase, apendicite, colecistite ou intestino isquêmico. Uma vez confirmado o diagnóstico, o tratamento individualizado deve ser aplicado prontamente para evitar as complicações graves mencionadas acima. Devido à raridade desse transtorno, não há diretrizes sobre o manejo de RUE, portanto, o tratamento é baseado em relatos de casos. A colocação de stent duplo sob ureteroscopia e drenagem percutânea por nefrostomia foram relatados como benéficos para os pacientes com RUE. Acredita-se que esses procedimentos sejam a primeira escolha de tratamento. Além disso, o tratamento conservador com antibióticos também é relatado na literatura. A cirurgia aberta raramente é indicada por causa de suas complicações tardias, incluindo estenose ureteral, estenose ureteropélvica e fibrose periureteral. Existem poucas informações sobre o prognóstico e o manejo a longo prazo desses pacientes. A ruptura espontânea do ureter é uma condição rara, devendo fazer parte dos diagnósticos diferenciais de dor abdominal e / ou flanco no pronto-socorro. O reconhecimento rápido pode levar ao tratamento adequado e reduzir a incidência de complicações.