

Fibrose retroperitoneal: relato de caso

Retroperitoneal fibrosis: case report

Raphael de Jesus Moreira¹, André M. Ferreira Vianna¹, Maurício Akira Gonçalves Assakawa², Ruy Wanderley Mascarenhas Junior², Hallisson Castro da Costa³, Roni Carvalho Fernandes⁴

Resumo

Fibrose retroperitoneal (FR) é doença rara, predominante em homens (3:1). A etiopatogenia permanece incerta, apesar da resposta inflamatória sugerir processo imune. A doença pode ser secundária a neoplasias, agentes infecciosos e uso de medicamentos como a metisergida. Os principais sintomas são relacionados ao trato urinário. Segue um relato de caso de um paciente com fibrose retroperitoneal atendido na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sendo submetido à ureterolise bilateral sem intercorrências.

Descritores: Fibrose retroperitoneal/cirurgia, Urologia

Abstract

Retroperitoneal fibrosis (FR) is a rare disease, predominantly in men (3:1). The pathogenesis remains uncertain, despite the inflammatory response suggest immune process. This disease can be secondary to cancer, infectious agents and drugs such as methysergide. Symptoms are related to the urinary tract. Here is a case report of a patient with retroperitoneal fibrosis submitted to ureterolysis bilateral.

Key Words: Retroperitoneal fibrosis/surgery, Urology

Introdução

A fibrose retroperitoneal é um processo inflamatório

rio e fibrosante anormal, de evolução clínica insidiosa. Foi observado pela primeira vez em 1905, mas descrito como entidade clínica apenas em 1948 por John K. Ormond⁽¹⁾.

A etiologia permanece obscura na grande maioria dos casos⁽²⁾. Em apenas um terço dos doentes são identificadas causas desencadeantes possíveis, nomeadamente processos inflamatórios dos órgãos retroperitoneais, urinomas e hematomas locais, vasculites e doenças do colágeno, cirurgias abdominais múltiplas, radioterapia, disseminação tumoral linfática retroperitoneal e o consumo de determinados fármacos como o metilssergide e a metildopa⁽³⁾.

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de fibrose retroperitoneal atendido na Disciplina de Urologia da Santa Casa de São Paulo.

Descrição do Caso

P.P.R., 51 anos, lavrador, católico, negro, natural e procedente de Brojinha (BA) relata dor lombar de moderada intensidade com irradiação para flanco direito, com caráter intermitente, desde março de 2008. Procurou atendimento em unidades de saúde durante as crises, recebendo anti-inflamatórios não hormonais com melhoras dos sintomas. Em agosto de 2008 foi atendido no pronto socorro da Santa Casa com o mesmo quadro. Nega HAS e DM. Tabagista (38 maços/ano) e ex-etilista (1/2 litro de bebida destilada/dia). No exame físico apresentava bom estado geral, acianótico, anictérico. Ao exame pulmonar e cardiovascular sem particularidades. A pressão arterial de 140 x 90 mmHg. As extremidades aquecidas, sem edema e bem perfundidas. Não havia hálito urêmico ou sinais de encefalopatia. Os exames laboratoriais mostraram hematócrito de 32%, leucócitos de 5.900 sem desvio, Creatinina: 1,6 mg/dl, uréia: 70 mg/dl, sem alteração de eletrólitos. A ultrassonografia (Agosto/2008) evidenciou moderada dilatação pielocalicial e de ureter proximal bilateral, sem caracterização do ponto obstrutivo. Tomografia de abdômen evidenciou ureterohidronefrose bilateral com dilatação até terço médio e borramento de retroperitônio periaorto-caval. A seguir foi realizado passagem de duplo J bilateral

1. Médico – Residente do 2º Ano de Urologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2. Médico – Residente do 3º Ano de Urologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

3. Médico Urologista, pós graduando no Serviço de Urologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

4. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia. Disciplina de Urologia

Endereço para correspondência: Raphael de Jesus Moreira. Rua Jaguaribe, 252 – aptº 407 – Vila Buarque – 01224-000 – São Paulo – SP – Brasil. E-mail: raphaeljm@htomail.com

com pielografia ascendente evidenciando dólco ureter bilateral desde o terço médio até proximal, com trajeto medianizado. Durante acompanhamento ambulatorial foi medicado com prednisona (60mg/dia) por quatro meses. Repetido tomografia de abdome e observado manutenção da massa, sendo optado pela ureterolise bilateral em março de 2009. Paciente segue assintomático e com função renal normal.

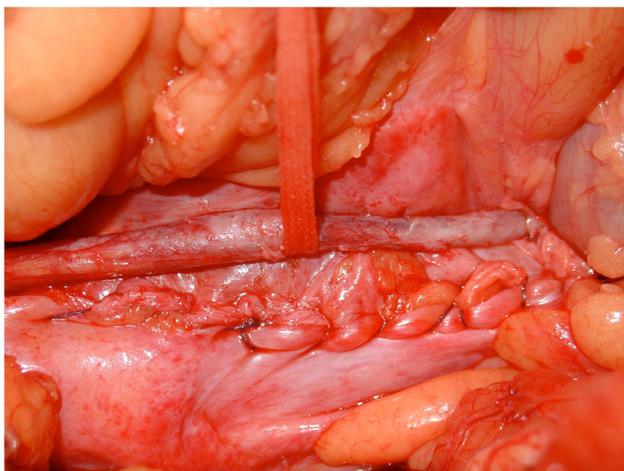


FIGURA 1 – Intraperitonização do ureter.

Discussão

A fibrose retroperitoneal idiopática foi descrita por Ormond em 1948. É uma doença rara (1:200.000), mais frequentemente encontrada em homens com idade entre 40 e 70 anos^(4,1).

A etiologia é considerada idiopática em cerca de dois terços dos casos. O restante está associado a uma série de condições, como o uso de drogas, infecções crônicas, hemorragia e tumores retroperitoneais, irradiações, trauma, aneurisma de aorta abdominal, manipulação cirúrgica da região, extravasamento de urina, entre outros^(4,3).

Na fibrose retroperitoneal, os ureteres são envolvidos progressivamente por um tecido denso e fibroso, o que resulta em obstrução ureteral que pode ser uni ou bilateral. Por se tratar de um processo insidioso e pela grande quantidade de estruturas presentes no retroperitônio, o quadro clínico é bastante variável^(3,5,6).

A obstrução do trato urinário é uma das manifestações e em geral é silenciosa e diagnosticada tardiamente. Não há sinais específicos para esta condição. No entanto, dor lombar de intensidade leve a moderada, noctúria e presença de insuficiência renal podem ser os sinais iniciais para o diagnóstico dessa doença^(4,5). No presente relato o paciente cursou com quadro de dor lombar com elevação dos níveis séricos de uréia e creatinina.

No diagnóstico algumas alterações radiológicas

são observadas. A urografia excretora demonstra retardo da eliminação do contraste, hidronefrose e desvio medial dos ureteres. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para o diagnóstico, sendo a ressonância magnética utilizada em pacientes com insuficiência renal. A cintilografia também tem sido usada, sendo capaz de evidenciar áreas periaórticas de atividade intensa, como linfomas, metástases, abscessos ou processos inflamatórios⁽⁷⁾.

O tratamento inicial e o momento dos procedimentos cirúrgicos são definidos pela extensão da doença e grau de comprometimento renal. Existem bons resultados com corticosteróides como a prednisona na dose 60mg/dia durante várias semanas ou tamoxifeno na dose de 20mg/dia, este atuando como inibidor à proliferação de fibroblastos e conseqüente efeito benéfico na fibrose retroperitoneal. Outras drogas imunossupressoras têm sido empregadas, como a ciclofosfamida e o metotrexato^(8,9).

Na falha do tratamento clínico, principalmente em casos mais avançados a cirurgia se impõe. O objetivo primário do tratamento cirúrgico é dirigido para a preservação da função renal, sendo o tratamento definitivo a liberação do ureter aprisionado pelo tumor fibrótico, realizando a intraperitonização do mesmo (ureterolise), com ou sem envolvimento pelo grande omento^(9,10,11). Pode-se optar pela nefrostomia percutânea em casos de insuficiência renal aguda grave, piodrose ou sepse de origem urológica ou o auto-transplante renal quando há acometimento extenso dos ureteres⁽⁹⁾.

Recentemente, com o desenvolvimento tecnológico e novas técnicas endoscópicas, os procedimentos envolvendo o ureter têm se tornado menos agressivos e mais amplos. Downey e Connell (1987)⁽¹²⁾ relataram a dilatação percutânea com balão em paciente com obstrução ureteral leve associada à fibrose retroperitoneal idiopática com longo período de alívio da obstrução⁽¹²⁾.

No intuito de diminuir a morbidade do tratamento cirúrgico, a ureterolise videolaparoscópica é uma alternativa viável, com menor dor pós-operatória e menor tempo de internação, sendo hoje uma técnica de uso crescente⁽¹³⁾.

Referências bibliográficas

1. Ormond J. Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by inflammatory retroperitoneal process. *J Urol.* 1948; 59:1072-9.
2. Lepor H, Walsh P. Idiopathic retroperitoneal fibrosis. *J Urol.* 1979; 122:1-6.
3. Gomes J, Vendeira P, Lobato C, Quintas J, Reis M. Fibrose retroperitoneal. *Acta Urol Port.* 2000; 17:47-50.
4. Silva FG, Rosito TI, Wolwacz Junior I, Kolf WJ, Genro S, Thomé F, Barros E. Fibrose retroperitoneal: relato de dois casos e revisão de literatura. *J Bras Nefrol.* 2000; 22:185-91.
5. Castilho LNC, Mitre AI, Lizuka FH, Fugita OEH, Colombo

- Júnior, Arap S. Laparoscopic treatment of retroperitoneal fibrosis: report of two cases and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 2000; 55:69-76.
6. Santos TAP, Marocolo RR, Diaz FAF, Ribeiro EC, Maracolo Filho R. Fibrose retroperitoneal: tratamento videolaparoscópico. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50:229-51.
 7. Moshin J, Kim CK. Renal scintigraphy in a patient with retroperitoneal fibrosis. *Clin Radiol*. 1990; 42:75-9.
 8. Bucci JA, Manoharan A. Methysergide-induced retroperitoneal fibrosis: Successful outcome and two new laboratory features. *Mayo Clin Proc*. 1997; 72:1148-50.
 9. Oesterwitz H, Lenk S, Hengst E, Althaus P. Renal autotransplantation for idiopathic retroperitoneal fibrosis. *Intern Urol Nephrol*. 1994; 26:167-71.
 10. Conceição P, Sousa L, Pereira B. Tratamento da fibrose retroperitoneal idiopática: experiência de um Serviço de Urologia. *Acta Urol*. 2009; 26:70
 11. Oliveira M. Abordagem cirúrgica para proteção ureteral após ureterolise na fibrose retroperitoneal idiopática. *Acta Urol*. 2009; 26:102.
 12. Downey DB, Connell D, Smith J, Donohoe J. Percutaneous balloon dilatation of a mid-ureteric obstruction caused by retroperitoneal fibrosis. *Br J Urol*. 1987; 60:84-5.
 13. Kavoussi LR, Clayman RV. Laparoscopic ureterolysis. *J Urol*. 1992; 147:426-9.
-

Data de recebimento: 25/02/10

Data de aprovação: 14/02/11