

FÍSTULA PIELODUODENAL ESPONTÂNEA

SPONTANEOUS PYELODUODENAL FISTULA

José Cury, TCBC-SP¹
Miguel Srougi, TCBC-SP²

A ocorrência de fístula entre o duodeno e o sistema coletor urinário é evento raro em clínica. Desde a descrição do primeiro caso por Campaignac, em 1839,¹ outros 68 casos foram descritos na literatura inglesa até 1983.⁵ Em 1989, Desmond et al relataram mais dois casos,⁴ totalizando setenta casos até o momento. Três quartos deles foram de ocorrência espontânea, associados a cálculo piélico e pionefrose. Nos demais pacientes, as fístula decorreram de traumas renais, principalmente fechados.³

No presente trabalho, apresentamos mais dois casos desta rara entidade, tendo o primeiro deles ocorrido em paciente com pionefrose calculosa, e o segundo, originado de processo supurativo peri-renal após reagudização de quadro renal inflamatório crônico.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, branca, com 73 anos, apresentou-se com quadro de dor no hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. Este quadro perdurava por sete dias quando surgiram picos febris de até 39° C e calafrios. Foi cogitado o diagnóstico de colecistite aguda, mas o colecistograma foi normal. A punho-percussão lombar direita era pouco dolorosa. Urografia excretora realizada nesta ocasião mostrou exclusão renal direita até 24 horas, imagens radiopacas na projeção da loja renal direita e rim esquerdo com função normal. Com este estudo formulou-se a hipótese de pionefrose calculosa (Figura 1-A).

Como a paciente apresentava sedimento urinário normal, suspeitou-se de obstrução pieloureteral, optando-se então pela punção renal translombar, que deu saída a 20ml de pus acochado, com forte odor fecalóide.

Injetaram-se 20ml de contraste iodado a 50%, observando-se contrastação dos grupos caliciais e a passagem do contraste para a segunda e terceira porções do duodeno (Figura 1-B). Com o diagnóstico de fístula pieloduodenal foi indicada laparotomia exploradora extraperitoneal, que demons-

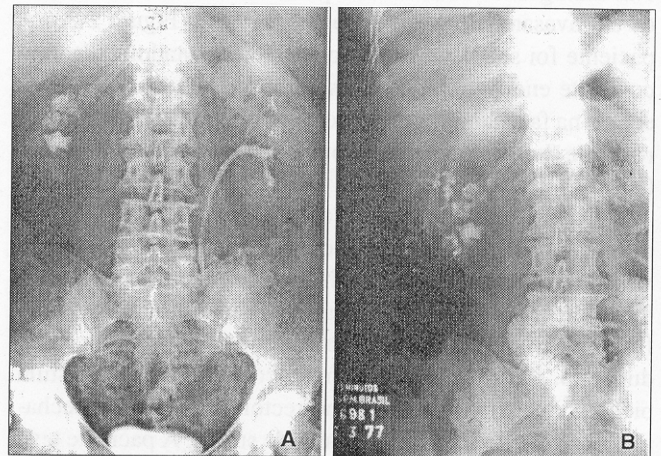


Figura 1A – UGE – Exclusão renal D. Imagens radiopacas compatíveis com cálculo coraliforme. Rim E normal. **B** – Pielografia translombar D. Nota-se contraste em alças intestinais

trou na loja renal direita grande massa aderida às estruturas vizinhas. Após trabalhosa dissecação, pode-se expor o trajeto fistuloso entre a pelve renal e a segunda porção do duodeno. Foi realizada nefrectomia direita e debridamento com regularização do orifício duodenal e sutura em dois planos. A paciente evoluiu com derrame subpleural direito, tratado com antibióticos e exercícios respiratórios, tendo recebido alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório em bom estado.

O exame anatomopatológico revelou a existência de processo renal inflamatório agudo, purulento e inespecífico, com cálculo piélico (pionefrose calculosa). A borda fistulosa duodenal evidenciava processo inflamatório agudo purulento com focos de hemorragia e necrose.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, branca, 59 anos, apresentou-se com quadro de dor na região lombar direita e episódios de urina com sangue. Referia emagrecimento de 5kg num período de três meses, picos febris e queixas digestivas vagas. Ao

1. Professor Doutor, Chefe do Grupo de Doenças da Próstata. Disciplina de Urologia da UNIFESP-EPM.

2. Professor Titular da Disciplina de Urologia da UNIFESP-EPM.

Recebido em 8/7/98

Aceito para publicação em 1/2/99

Trabalho da Disciplina de Urologia – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

exame físico, constatou-se somente loja renal direita dolorosa à punho-percussão, sem massa local palpável. Os exames subsidiários evidenciavam anemia, piúria e níveis normais de uréia e creatinina.

A ultra-sonografia abdominal revelou coleção parapiélica espessada e purulenta, à direita. A urografia excretora demonstrou retardo na excreção pelo rim direito até 60 min. Nas radiografias de duas e de quatro horas existiam indícios de extravasamento peripiélico do contraste (Figura 2-A). A paciente foi submetida à tomografia computadorizada com contraste endovenoso, tendo sido observada imagem hipocóica na face ântero-lateral do rim direito, de dimensões ao redor de 8cm e compatível com coleção líquida parapiélica (Figura 2-B).

Com suspeita diagnóstica de abscesso parapiélico direito, a paciente foi submetida a lombolaparotomia transversal extraperitoneal direita. Na dissecação da região piélica houve drenagem de material purulento e pode-se notar perituito fistuloso dirigindo-se à face posterior da segunda porção do duodeno. Feito então o diagnóstico definitivo de fístula pieloduodenal, procedeu-se à nefrectomia direita e ao fechamento do duodeno em dois planos de sutura. A paciente teve

evolução satisfatória com alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico demonstrou a presença de pielonefrite crônica reagudizada do rim direito, com a formação de abscesso pielocalicial e trajeto fistuloso, estendendo-se ao tecido adiposo peri-renal.

DISCUSSÃO

As fístulas pieloduodenais espontâneas resultam da relação anatômica de contacto entre a pelve renal direita e a segunda porção do duodeno em seu aspecto posterior e surgem como conseqüência de doença renal inflamatória subaguda ou crônica.

Sob o ponto de vista clínico, a causa mais comum de fístula pieloduodenal é a piodrose, freqüentemente associada a calculose. Esses casos respondem por aproximadamente 75% de todas as fístulas pieloduodenais espontâneas observadas em clínica.^{3,5} O trauma renal é uma causa rara desta condição patológica, com somente 18 casos descritos na literatura mundial.³

No passado, a tuberculose acompanhava-se, freqüentemente, de inflamação renal e fístula. Contudo, desde o advento de eficientes agentes quimioterápicos específicos, as fístulas espontâneas passaram a ocorrer, na maior parte dos casos, associadas a presença do cálculo piélico obstrutivo, levando ao extravasamento urinoso, seguido de formação de abscesso peripiélico e conseqüente drenagem interna para o duodeno.²

Em sua patogenia, tanto as fístulas espontâneas como as traumáticas são semelhantes em vários aspectos. De início, surge inflamação peri-renal e, pela falta de uma barreira peritoneal protetora entre a pelve renal direita e a segunda porção do duodeno, e também pela relativa imobilidade desta estrutura, juntam-se os fatores necessários à formação do trajeto fistuloso.

Sob o ponto de vista clínico, estes pacientes apresentavam-se com dor no flanco direito em 60% dos casos, sintomas digestivos como anorexia, náuseas e vômitos em 46% dos mesmos, distúrbios gerais como fraqueza e perda de peso em 43% deles, e sintomas urinários representados por freqüência e urgência em 32% dos casos.⁵ Nos achados de exame físico, nota-se febre em 57% a 64% dos pacientes.^{3,5} Flanco direito doloroso e massa palpável, como em nosso caso 1, são encontrados em 40% dos casos. Ademais, a análise do sedimento urinário revela piúria em 60% dos casos, e a cultura de urina é positiva em 64% a 83% dos mesmos, isolando-se principalmente *E. coli*.

A presença da fístula é demonstrada principalmente pela pielografia ascendente positiva em 64% dos casos. Por outro lado, os exames contrastados do trato gastrointestinal são menos eficientes, revelando a existência da fístula em 18% dos pacientes.

A urografia excretora contribui para o diagnóstico em somente 14% dos pacientes. Estes baixos índices de diagnóstico radiológico são devidos à presença freqüente de má

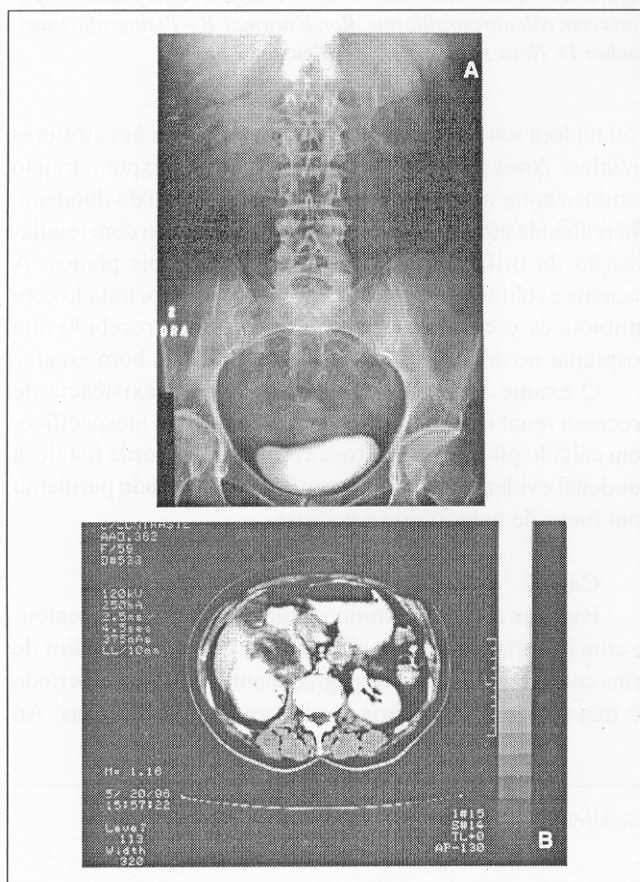


Figura 2 - A - UGE - Extravasamento peripiélico do contraste na projeção do rim D. 2 - B - Tomografia computadorizada com contraste EV mostrando coleção peripiélica no rim D

função renal e ao fato de que as fístulas pieloduodenais raramente dão passagem ao contraste no sentido da luz duodenal para a pelve renal.

Em nosso caso 1, o diagnóstico foi estabelecido por pielografia translombar. Já no caso 2, não chegamos à conclusão diagnóstica pré-operatória, tendo a cirurgia sido indicada pela presença de abscesso parapiélico.

O tratamento das fístulas pieloduodenais deve ser feito através de nefrectomia e duodenorrafia, já que o rim em geral se apresenta excluído funcionalmente. Biondi, em 1935, relatou o primeiro caso de sucesso com o tratamento cirúrgico realizado desta maneira,¹ e esta conduta é adotada até hoje, acompanhando-se de melhores resultados quando comparada aos procedimentos mais conservadores de tratamento.

ABSTRACT

Authors present two cases of spontaneous pyeloduodenal fistulas associated to suppurative kidney disease. In both cases the fistulas developed from pyonephrosis and perirenal abscess. Diagnosis was made through intravenous or retrograde pyelogram and two patients were successfully treated by nephrectomy and primary duodenorrhaphy. Authors present a literature review concluding that 72 additional cases of pyeloduodenal fistulas have been described.

Key Words: *Pyeloduodenal fistula; Renal abscess.*

REFERÊNCIAS

1. Biondi GC – Duodenal fistula. *JAMA* 1935;;104:1.894-1.896.
2. Bissada NK, Cole AT, Fried FA – Reno alimentary fistula. *J Urol* 1973; 110:273-276.
3. Ginsberg DA, Stein JP, Grossfeld GD, et al – Traumatic pyeloduodenal fistula. A case report and review of the literature. *Clin Radiol* 1989; 40:267-270.
4. Desmond JM, Evans SE, Couch A – Pyeloduodenal fistula. A report of two cases and review of the literature. *Clin Radiol* 1989;40:267-270.
5. Rodney K, Macted WC, Pahira JJ – Pyeloduodenal fistula. *Urology* 1983; 22:536-539.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. José Cury
Rua Leandro Dupret, 204 – cj 44
04025-010 – São Paulo – SP