

ABCESSO RENAL NA GRAVIDEZ

LEONOR SANTOS, AUGUSTA BORGES, FÁTIMA SERRANO, M^a JOSÉ ALVES, ANA CAMPOS
Serviço de Medicina Materno Fetal. Maternidade Alfredo da Costa. Lisboa

RESUMO

Apesar das infecções urinárias serem relativamente frequentes durante a gravidez, a ocorrência de um abscesso renal é muito raro. A patogénese do abscesso renal tem mudado ao longo dos anos. Actualmente, mais de 75% dos casos têm origem numa infecção do aparelho urinário. Os autores apresentam o caso clínico de uma grávida de 35 anos, internada às 38 semanas e cinco dias de gestação por febre, náuseas, vómitos e dor lombar à direita. Os dados clínicos e os exames complementares realizados levaram ao diagnóstico de abscesso renal. É feita uma revisão da literatura acerca do tema.

Palavras-chave: abscesso renal, infecção aparelho urinário, gravidez

SUMMARY

KIDNEY ABSCESS DURING PREGNANCY A CASE REPORT

The development of a kidney abscess is extremely rare despite the fact that urinary tract infections are quite common during pregnancy. The pathogenesis of renal abscess has changed over the years. Nowadays, more than 75% of the renal abscess arises from a previous urinary tract infection. The authors report the case of a 35 year-old woman, pregnant, with fever, nausea, vomits, right lumbar tenderness, admitted in the urgency room. Clinical examination and complementar diagnostic exams led to the diagnosis of renal abscess. It's made a review of the literature about the subject.

Key words: renal abscess, urinary tract infection, pregnancy

INTRODUÇÃO

A patogênese do abscesso renal tem mudado ao longo dos anos. Antes da era dos antibióticos, a maioria dos abscessos tinha origem hematogénea, e o *Staphylococcus aureus* era o agente mais frequentemente isolado. Actualmente, mais de 75% dos casos têm origem numa infecção do aparelho urinário¹.

As infecções do aparelho urinário são as mais frequentes durante a gravidez, sendo a maioria assintomáticas^{2,3}. Bacteriúria assintomática ocorre em 6% das grávidas⁴.

Alguns factores contribuem para as infecções urinárias na mulher: a uretra curta, a contaminação contínua do 1/3 externo da uretra por bactérias da flora vaginal e do recto, o esvaziamento incompleto da bexiga, a invasão da bexiga por bactérias durante o acto sexual. Para além destes, as alterações fisiológicas da gravidez (dilatação da pelve renal, hidroureter, refluxo vesicoureteral) predispõem à bacteriúria; 1% a 2,5% das grávidas desenvolvem pielonefrite aguda, principalmente no último trimestre⁴. A recorrência é de 10-18% no decorrer da mesma gravidez. É de salientar a importância do rastreio das infecções do aparelho urinário bem como da instituição atempada de uma terapêutica adequada⁵.

A ocorrência de um abscesso renal é muito raro apesar das infecções urinárias serem relativamente frequentes durante a gravidez. A infecção tem origem na bexiga e ascende ao rim, ocorrendo primeiro uma pielonefrite. As bactérias invadem directamente o parênquima renal, da medula para o cortex. A vascularização local do rim favorece a disseminação das bactérias. Desenvolvem-se focos de infecção no parênquima renal que podem sofrer rotura para o espaço perirenal.

Os rins e as glândulas supra-renais estão rodeados por uma camada de tecido adiposo que, por sua vez, está rodeado pela fascia de Gerota, que se estende superiormente até ao diafragma e inferiormente para a pelve. Quando o abscesso se propaga para o espaço perirenal pode estender-se para o músculo psoas e transversais e para a cavidade peritoneal anterior, superiormente para o espaço subdiafragmático e inferiormente para a pelve¹.

Dos factores de risco associados ao desenvolvimento de abscesso renal, o mais importante é a existência de litíase renal com obstrução do aparelho urinário, ocorrendo em 20-60% casos. Também estão implicadas infecções urinárias complicadas, anomalias estruturais do aparelho urinário, bexiga neurogénica, trauma e diabetes⁶.

O microorganismo mais frequentemente isolado na urina é a *Escherichia coli* (75%). Em aproximadamente 15-20% dos casos, o *Proteus mirabilis*, a *Klebsiella pneumoniae*, o *Enterobacter* e a *Serratia* são os organismos

responsáveis. Outros agentes envolvidos são o *Streptococcus*² *hemolítico* e o *Staphylococcus saprophyticus*⁴. A *E.coli* tem características patogénicas no aparelho urinário. Os *pili* favorecem a sua aderência às células uroepiteliais, o antígeno K da membrana tem actividade antifagocítica e a hemolisina é citotóxica¹². O *Proteus* produz ureia, originando um meio alcalino ideal para a proliferação de bactérias; está frequentemente associado aos cálculos de estruvite. Espécies de *Candida* também têm sido referidas na etiologia do abscesso renal. Este agente pode disseminar-se para o rim por via hematogénea ou a partir da bexiga. Neste último caso é frequente haver obstrução ureteral provocada por rolhões de fungos¹.

Na maioria dos casos só é isolado um agente, mas podem estar implicadas múltiplas espécies. Se a urina não estiver contaminada com a flora periuretral e for isolado mais do que um agente deve suspeitar-se de um abscesso renal ou perirenal¹.

CASO CLÍNICO

Grávida de 35 anos, caucasiana, quarto ano de escolaridade, cozinheira, casada. Nos seus antecedentes obstétricos, apresentava um parto eutócico em 1994, do qual resultou um nado vivo, com 3480 g. Sem doenças prévias conhecidas, foi internada às 38 semanas e cinco dias de gestação por febre, náuseas, vómitos e dor lombar à direita. A gravidez tinha sido vigiada a partir da 13ª semana pelo médico de família. Aparentemente sem intercorrências, até às 36 semanas, altura em que foi diagnosticada em urocultura de rotina uma infecção urinária a *Escherichia coli*. Foi medicada com antibiótico cujo nome não sabia referir, mas não cumpriu a terapêutica. Às 37 semanas e seis dias é enviada à consulta de referência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), tendo a gravidez sido considerada de baixo risco. Apesar de se encontrar assintomática foi medicada com amoxicilina + ác. clavulânico que tomou apenas durante dois dias por intolerância à terapêutica.

Foi internada no Serviço de Urgência às 38 semanas e cinco dias por febre, náuseas, vómitos e dor lombar à direita. À entrada estava normotensa, com hipertermia (38,2° C) e murphy renal à direita. A observação revelou que o feto estava em apresentação cefálica, as membranas estavam intactas e o colo não apresentava dilatação. O cardiocograma tinha diminuição da variabilidade. Analiticamente, apresentava uma anemia ligeira (Hb-10,8 g/dl), plaquetas no limite do normal (140000), leucócitos normais com neutrofilia (12000; 90,5%), PCR positiva (8,75) (urocultura em curso) (Figura 1). Perante esta situação clí-

nica, decidiu-se instituir antibioterapia com ampicilina endovenosa (dose inicial 2 g, depois 1 g de 4/4 h) e induzir o trabalho de parto de acordo com o protocolo da MAC.

	1ºdia	2ºdia	6ºdia	10ºdia
Hb	10,8	11,7	9,5	11,9
Hct	32,6	36,2	29,7	37,2
Leuc	12000	13700	8230	12200
Neut	90,5	81,7	67,2	83
Plaqs	140000	193000		
PCR	8,75		13,06	11,1
Urocultura	neg.			
Hemocultura	neg.			

Fig. 1 - Evolução analítica durante o internamento

Por sinais cardiotocográficos suspeitos de sofrimento fetal foi efectuada cesariana sob anestesia loco regional; recém nascido vivo (RNV), sexo masculino, 3140 g, índice apgar - 4/9.

Quatro horas após a intervenção cirúrgica, foi transferida para o Serviço de Puérperas, mantendo antibioterapia por via oral. Durante as primeiras 24 horas de pós-operatório esteve apirética, reiniciando às 36 h quadro de calafrios seguido de hipertermia (39° C). Mantinha parâmetros analíticos de infecção, mas a urocultura e as hemoculturas eram negativas. Iniciou terapêutica dirigida a um espectro mais largo de agentes, ampicilina e gentamicina endovenosa, com melhoria clínica aparente, ao fim de 48 h. Ao sétimo dia estava clinicamente bem, mantendo contudo parâmetros analíticos de infecção. Ao nono e 10º dia pós parto registaram-se novamente picos febris (39° C), vespertinos, calafrios e sudação, com murphy renal à direita. Foi reequacionada a terapêutica tendo iniciado ceftriaxone + gentamicina endovenosa, com suspensão da amoxicilina. O controlo laboratorial foi sobreponível. A ecografia renal realizada nesta altura mostrou:...no pólo superior do rim direito imagem de lesão ocupando espaço hipocogénica, sem reforço posterior, aparentemente sólida, medindo cerca de 4x3,9x3,4 cm... (Figura 2). Perante este resultado ecográfico, colocou-se a hipótese de abscesso renal versus lesão tumoral. Para esclarecimento da imagem descrita realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) abdominal que revelou ...imagem arredondada hipodensa e hipocaptante com 3.4 cm de diâmetro, envolvendo o terço superior do rim direito compatível com abscesso renal, limitado pelo parênquima renal envolvente... (Figura 3). A ecografia pélvica, entretanto também realizada, não mostrou alterações.

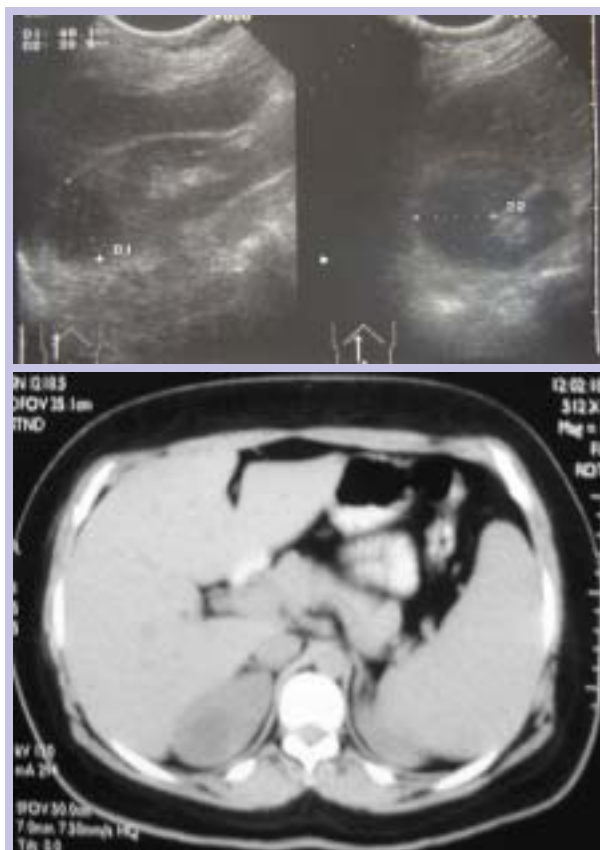


Fig. 3 - TAC abdominal

No Serviço de Urologia do Hospital Curry Cabral, para onde foi transferida ao 13º dia pós-parto, manteve a mesma terapêutica com boa evolução clínica, não tendo havido necessidade de drenagem do abscesso. Teve alta ao terceiro dia medicada com cefradina oral, com indicação para manter antibioterapia durante cinco semanas. A TAC realizada cinco semanas após a alta mostrou ... no polo superior do rim direito pequena área mal definida de hipodensidade do parênquima, com discreta indentação do contorno externo, aspectos atribuíveis a alterações residuais de processo inflamatório, em fase de resolução... (figura 4).

DISCUSSÃO

Os sintomas clínicos de um abscesso renal não são específicos. É frequente existir dor no flanco ou dor abdominal, com eventual irradiação à região inguinal ou perna, particularmente quando há extensão da infecção à pelve. Pode associar-se um quadro de náuseas, vômitos, calafrios, sudação e em 50% dos casos febre alta. Nos processos crónicos podem coexistir mal-estar geral, fadiga e perda de peso. Disúria, urgência, polaquiúria e frequência miccionais nem sempre estão presentes. O exame objectivo revela quase invariavelmente um Murphy renal¹.

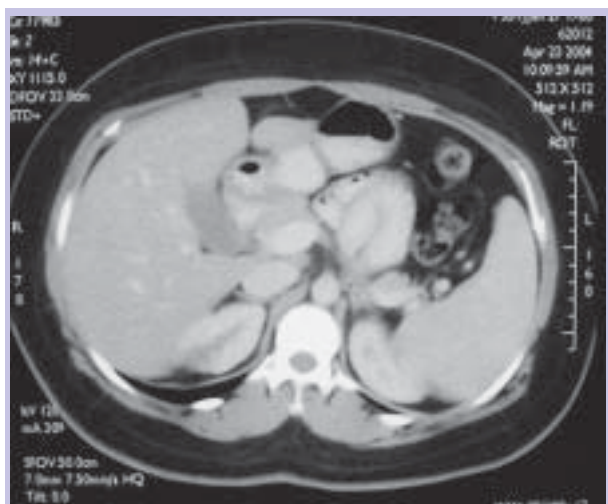


Fig. 4 - TAC abdominal controle

O diagnóstico de abscesso renal é muitas vezes tardio. O índice de suspeição deve ser elevado quando estamos perante um quadro compatível com pielonefrite e o doente se mantém com febre ao fim de 4-5 dias de tratamento correcto. O sedimento urinário revela piúria e leucocitúria. Quando existe leucocitose, urocultura positiva, antecedentes de litíase renal, ou mesmo quando febre e piúria coexistem com urocultura negativa, a hipótese diagnóstica de abscesso renal/perirenal deve ser colocada. Em 50% dos casos as hemoculturas são positivas. Os microrganismos isolados são geralmente os mesmos encontrados na urina. Os meios complementares de diagnóstico mais indicados são a ecografia renal e a TAC abdominal. A TAC é o método de eleição por ter uma acuidade diagnóstica de 96%. A ecografia renal não é tão específica mas tem um papel importante no rastreio inicial.

Quando se estabelece o diagnóstico de abscesso renal/perirenal é necessário sempre excluir a presença de litíase renal, especialmente quando estamos perante uma urina com pH elevado, que faz suspeitar de infecção com organismos produtores de ureia.

A terapêutica inclui antibioterapia endovenosa e drenagem do abscesso (drenagem percutânea ou cirúrgica). Na última década, com a maior disponibilidade de exames complementares conduzindo a um diagnóstico mais precoce, a antibioterapia endovenosa tem demonstrado ser suficiente, produzindo uma resposta clínica eficaz no prazo de uma semana. Os fármacos mais indicados são os derivados da penicilina, cefalosporinas e os aminoglicosídeos. Deve utilizar-se terapêutica combinada. Por estarem documentadas resistências à ampicilina, pode optar-se pela cefazolina 1g 8/8 h endovenosa ou ceftriaxone 2 g/24 h, associado à gentamicina 1.5 mg/Kg 8/8 h. A duração da terapêutica não está

bem definida. Deve manter-se a antibioterapia endovenosa até 24-48h após melhoria clínica e apirexia^{4,7}. Posteriormente deve passar-se a antibioterapia oral durante duas a quatro semanas, até completa resolução clínica e imagiológica.

Perante um quadro de febre persistente sem melhoria clínica após uma semana de antibioterapia, faz-se drenagem percutânea do abscesso sob controlo ecográfico ou TAC^{8,9}.

O prognóstico depende da suspeição precoce do diagnóstico, rápida investigação e terapêutica agressiva. A prevenção consiste no diagnóstico e terapêutica correctas de todas as infecções do aparelho urinário surgidas durante a gravidez e na necessidade das grávidas também perceberem a necessidade de adesão à terapêutica.

Neste caso clínico, inicialmente apenas sugestivo de pielonefrite aguda, perante a persistência dos sinais e sintomas apesar da terapêutica instituída, teve que se reequacionar o diagnóstico. A ecografia teve um papel importante no rastreio da patologia. Foi através da TAC abdominal que foi feito o diagnóstico definitivo. Com terapêutica adequada de longa duração foi possível a resolução do abscesso renal, sem necessidade de drenagem cirúrgica.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos colegas do Serviço de Urologia do Hospital Curry Cabral a colaboração prestada.

BIBLIOGRAFIA

1. DORI FZ, DENNIS LK: Intraabdominal infectious and abscesses. 127. In: Anthony SF, Eugene B, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill 1998;795-796
2. MIKHAIL MS, ANYAEGBUNAM A: Lower urinary tract dysfunction in pregnancy: a review. *Obst Gynecol Surv* 1995;50:675-683
3. MENDES AP, BRUGES M: Infecções urinárias na gravidez. *Arquivos da MAC* 2001;XVII(2):91-96
4. RONALD SG, RICHARD LS, PATRICK D: Maternal and fetal infectious disorders. 39 In: Robert KC, Robert R. *Maternal Fetal Medicine Principles and practice*. California. Saunders 2004;741-801
5. GILSTRAP LC, RAMIN SM: Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001;28(3): 581-91
6. BARZILAI M, ATLAS I: Renal cortical abscess in a gravid woman. *Urol Int* 1996;56(1):41-3
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Antimicrobial therapy for obstetric patients*. ACOG educational bulletin. Washington 1998;245:8-10
8. NINA ET, RANZI SC, ROBERT HR: Urinary tract infection, pyelonephritis, and reflux nephropathy. 31 In: Barry MB. *The Kidney*. Elsevier Science 2000;2:1449-1508
9. RUBENSTEIN JN, SCHAEFFER AJ: Managing complicated urinary tract infections: the urologic view. *Infect Dis Clin North Am* 2003;17(2):333-51