



Documentação tomográfica de reperfusão renal espontânea após 24h de trauma renal grau V

Marco Aurelio Cruciol Rodrigues (1), Marco Aurelio de Freitas Rodrigues (1), André Ricardo Lopes Garcia (1), Luis Gustavo Crippa de Almeida (1), Priscila da Silva Taguti (1), Rafael Agostinho Maioli (1), Silvio Henrique Maia de Almeida (1)

(1) Departamento de Cirurgia Universidade Estadual de Londrina - Disciplina de Urologia

INTRODUÇÃO

O trauma renal é o mais comum no aparelho gênito-urinário (1), ocorre entre 1 a 5% de todos os traumas (2, 3) e entre 8 a 10% dos traumas abdominais fechados ou penetrantes (4, 5). Hoje, para a maioria dos casos, adota-se a conduta não operatória para o seu acompanhamento. Os resultados mostram menor morbidade e preservação glomerular com manutenção da função renal a longo prazo (6-8). Poucas vezes, entretanto a reperfusão renal espontânea é documentada após traumas extensos como nesse relato de caso.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 22 anos, vítima de colisão motocicleta automóvel. Deu entrada no pronto-socorro hemodinamicamente estável, com indícios de trauma abdominal fechado. Após a avaliação primária sem achado de lesões com necessidade imediata de cirurgia foi realizada a sondagem vesical de demora que não encontrou hematúria. Foi encaminhado à tomografia computadorizada abdominal que evidenciou laceração hepática de grau III e lesão renal direita de grau V, sem captação de contraste por trombose artéria renal. A classificação utilizada foi da *American Association for the Surgery of Trauma* modificada, que define lesão renal de grau V como aquela limitada às lesões da artéria renal e/ou veia principal, incluindo laceração, avulsão e trombose (9). Após conduta inicial conservadora não operatória, o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica 24 horas após o trauma creditada à lesão hepática, necessitando de abordagem cirúrgica na qual não houve manipulação retroperitoneal ou renal.

No primeiro pós-operatório, no segundo dia de internação em regime de terapia intensiva, apresentou quadro de distensão abdominal e nova instabilização hemodinâmica, sem novos achados no exame físico urológico ou aparecimento de hematúria. Foi realizada uma nova tomografia computadorizada de abdome em busca de complicações hemorrágicas da lesão hepática, que, surpreendentemente, evidenciou reperfusão completa do rim direito, previamente não captante.

DISCUSSÃO

O tratamento conservador do trauma renal fechado foi proposto inicialmente em 1940 (10). Desde então, os benefícios desta abordagem tornaram-se cada vez mais notáveis em decorrência das reduções dos índices de nefrectomia, complicações e permanência hospitalar (10-12). Isso foi possível com o aprimoramento do diagnóstico por imagem, do manejo dos pacientes críticos e do desenvolvimento e implementação de métodos de radiologia intervencionista (13).

Existe o consenso na literatura para a recomendação de tratamento não cirúrgico em traumas renais de grau I a III, e um número crescente de estudos vêm sendo publicados apoiando a mesma abordagem para traumas renais de graus IV e V (14). Há forte evidência da preservação da função renal a longo prazo e da recuperação espontânea de lacerações e hematomas (15).

O *guideline* da *American Urological Association* recomenda conduta inicial conservadora em todos os pacientes estáveis hemodinamicamente e intervenção imediata através de cirurgias ou angioembolização em pacientes instáveis e não responsivos à ressuscitação (16).

Figura 1 - Corte tomográfico do atendimento inicial do paciente, do dia 11/06/2014, mostrando líquido peri hepático, rim D sem captação de contraste (A), com fluxo sanguíneo interrompido na artéria renal (B).

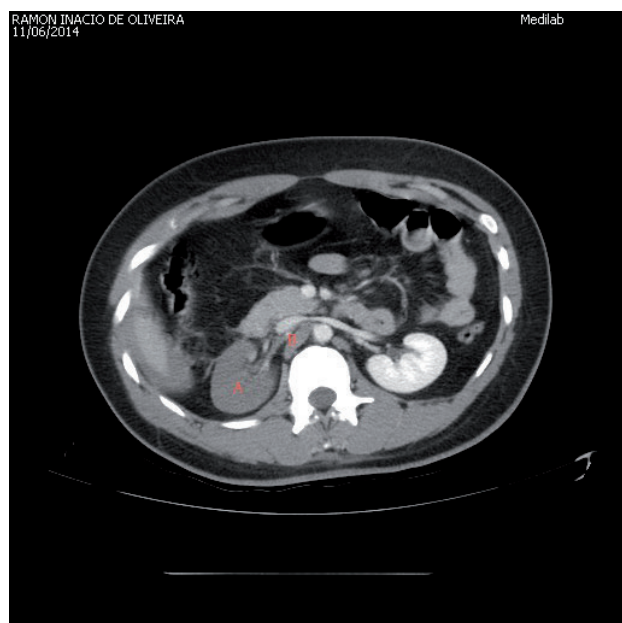
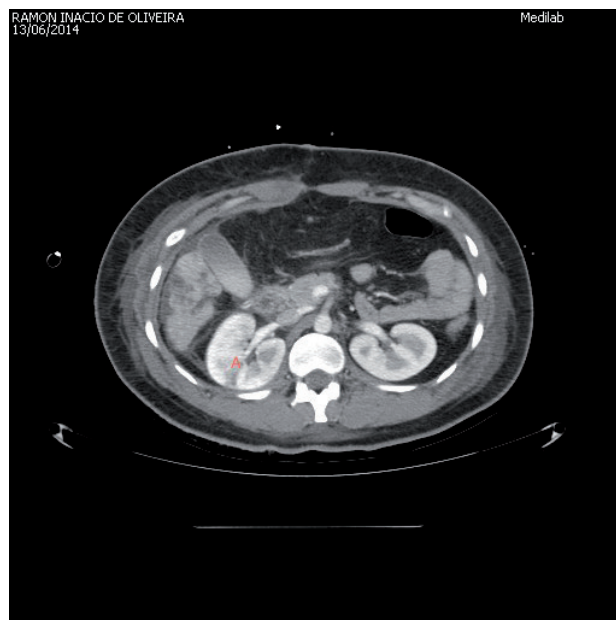


Figura 2 - Corte tomográfico realizado após 48h do trauma, 13/06/2014, rim direito com captação de contraste (A).



Constituem contraindicações absolutas para o início do tratamento conservador: hemorragia com risco de vida, avulsão do pedículo renal e presença de hematoma grande, pulsátil e em expansão (17-19). Em casos de rins funcionantes únicos ou lesões bilaterais preconiza-se, sempre que possível, a conduta conservadora (20).

Estudos sugerem que, em casos de lesão renal da grau V tratados com conduta conservadora, deve ser considerada nefrectomia quando há persistência de dor, diminuição da hemoglobina ou febre inexplicável (14).

São poucos os registros em literatura de reperfusão rápida e evidente como no caso descrito, o qual reforça que a conduta deve se concentrar na preservação do parênquima renal quando for possível, mesmo que os exames radiológicos mostrem lesões graves. Portanto, o tratamento cirúrgico fica reservado apenas para os casos de instabilidade hemodinâmica decorrente exclusivamente do trauma renal.

CONCLUSÃO

Este raro registro de reperfusão renal espontânea corrobora com as condutas preconizadas nos últimos guidelines internacionais sobre trauma renal. A abordagem conservadora, quando há estabilidade hemodinâmica, é uma opção segura, que permite a preservação de néfrons mesmo em pacientes com lesões renais extensas.

REFERÊNCIAS

1. Baverstock R, Simons R, McLoughlin M. Severe blunt renal trauma: a 7-year retrospective review from a provincial trauma centre. *Can J Urol.* 2001;8:1372-6.
2. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol.* 2012;188(6 Suppl):2455-63.
3. Summerton DJ, Kitrey ND, Lumen N, Serafetinidis E, Djakovic N; European Association of Urology. EAU guidelines on iatrogenic trauma. *Eur Urol.* 2012;62:628-39.
4. Alonso RC, Nacenta SB, Martinez PD, Guerrero AS, Fuentes CG. Kidney in danger: CT findings of blunt and penetrating renal trauma. *Radiographics.* 2009;29:2033-53.
5. Gillenwater JY, Howards SS, Grayhack JT, Duckett JW. Adult and pediatric urology. 3 edition. St Louis: Mosby; 1996. p. 539-36.
6. Morey AF, Brandes S, Dugi DD 3rd, Armstrong JH, Breyer BN, Broghammer JA, et al. American Urological Association. Urotrauma: AUA guideline. *J Urol.* 2014;192:327-35.
7. Lynch TH, Martínez-Piñeiro L, Plas E, Serafetinides E, Türkeri L, Santucci RA, et al. European Association of Urology. EAU guidelines on urological trauma. *Eur Urol.* 2005;47:1-15.
8. Runyon MS, Moreira ME, Barchur RG, Grayzel J. Blunt genitourinary trauma: Initial evaluation and management. Review. UptoDate, Wolters Kluwer, 2014.
9. Buckley JC, McAninch JW. Revision of current American Association for the Surgery of Trauma Renal Injury grading system. *J Trauma.* 2011;70:35-7.
10. Santucci RA, Fisher MB. The literature increasingly supports expectant (conservative) management of renal trauma--a systematic review. *J Trauma.* 2005;59:493-503.
11. Al-Qudah HS, Santucci RA. Complications of renal trauma. *Urol Clin North Am.* 2006;33:41-53.
12. Broghammer JA, Fisher MB, Santucci RA. Conservative management of renal trauma: a review. *Urology.* 2007;70:623-9.
13. CHAMORRO, C. Blanco et al. 51 Renal trauma. Analysis in our series of conservative versus surgical treatment: Management and complications. *European Urology Supplements*, [s.l.], v. 15, n. 3, p.51-51, mar. 2016. Elsevier BV.
14. Lanchon C, Fiard G, Arnoux V, Descotes JL, Rambeaud JJ, Terrier N, et al. High Grade Blunt Renal Trauma: Predictors of Surgery and Long-Term Outcomes of Conservative Management. A Prospective Single Center Study. *J Urol.* 2016;195:106-11.
15. WEIN, Alan J. et al. *Campbell-Walsh Urology.* Saunders: Elsevier, 2014.
16. Morey AF, Brandes S, Dugi DD 3rd, Armstrong JH, Breyer BN, Broghammer JA, et al. American Urological Association. Urotrauma: AUA guideline. *J Urol.* 2014;192:327-35.
17. Summerton DJ, Djakovic N, Kitrey ND, Kuehhas FE, Lumen N, Serafetinidis E, et al. EAU Guidelines on urological trauma. *European Association of Urology.* 2014.
18. Santucci RA, Wessells H, Bartsch G, Descotes J, Heyns CF, McAninch JW, et al. Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee. *BJU Int.* 2004;93:937-54.
19. Heyns CF. Renal trauma: indications for imaging and surgical exploration. *BJU Int.* 2004;93:1165-70.
20. Broghammer JA, Fisher MB, Santucci RA. Conservative management of renal trauma: a review. *Urology.* 2007;70:623-9.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Marco Aurelio Cruciol Rodrigue

Rua Pio XII, nº 588, ap 6

Londrina - Paraná

Fone: 43 3322-0537

CEP: 86020-380

E-mail: marco.cruciol@gmail.com