



CASO CLÍNICO

Urinotórax como causa rara de derrame pleural – Revisitação a propósito de caso clínico

P.G. Ferreira^{a,*}, F. Furriel^b e A.J. Ferreira^a

^a Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

^b Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Recebido a 22 de maio de 2012; aceite a 17 de outubro de 2012

Disponível na Internet a 9 de março de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Urinotórax;
Derrame pleural;
Uropatia obstrutiva

KEYWORDS

Urinothorax;
Pleural effusion;
Obstructive uropathy

Resumo

Contexto: Apesar da multitude de etiologias de derrame pleural, algumas causas decorrentes de mecanismos patofisiológicos incomuns podem ser suspeitadas com base em determinados contextos clínicos sugestivos ou intervenções com potencial iatrogénico. O urinotórax é um tipo raro de derrame pleural com menos de 70 casos mundialmente reportados.

Caso clínico: Um doente que fora internado na Urologia por uropatia obstrutiva litíásica com hidronefrose, é diagnosticado com derrame pleural esquerdo persistente. Havia sido sujeito à colocação ipsilateral de nefrostomia percutânea. Após a primeira toracocentese diagnóstica a causa do derrame não era aparente. Uma segunda abordagem confirmou a presença de líquido citrino com critérios *borderline* para exsudato, odor amoniacal típico e um *ratio* evocativo entre creatinina pleural e sérica. A tomografia computadorizada (TC) realizada diagnosticou presença de urinoma retroperitoneal, tendo o doente sido submetido a nefrectomia esquerda com resolução do derrame pleural.

Conclusões: O urinotórax encontra-se mais frequentemente em doentes com uropatia excretora ou trauma abdominal contuso, apesar de outros possíveis mecanismos já reportados. Tradicionalmente, um *ratio* de creatinina pleural/sérica superior a um é um traço distintivo desta condição. Em determinados contextos, a consideração desta possibilidade diagnóstica pode ser determinante para um melhor prognóstico final.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Urinothorax as an unusual type of pleural effusion – Clinical report and revisitation

Abstract

Background: Despite the fact that there are a great number of established etiologies for pleural effusion, there are grounds for believing that there are also causes from unusual pathophysiological mechanisms, seen in certain clinical contexts and from potential iatrogenic interventions.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: p.goncalof@hotmail.com (P.G. Ferreira).

Urinothorax is such a rare type of pleural effusion as there are fewer than 70 cases reported worldwide.

Clinical case: A patient with a persistent left pleural effusion was admitted to the Urology ward for a lithiasic obstructive uropathy with hydronephrosis. A left percutaneous nephrostomy was performed. The effusion was unclassified at the initial workup and recurred after first drainage. A second approach confirmed a citrine fluid with borderline criteria for exudate, ammoniacal odour and an elusive pleural fluid-to-serum creatinine ratio. A retroperitoneal urinoma was recognized on CT, and the patient underwent a left nephrectomy with resolution of the pleural effusion.

Conclusions: Urinothorax most frequently develops in patients with excretory uropathy or blunt abdominal trauma, although other mechanisms have been reported. Traditionally, a pleural fluid to serum creatinine ratio higher than one is a hallmark of this condition. In certain settings, taking this diagnosis into account at an early stage might be crucial for a good outcome.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

O estudo de derrame pleural nem sempre é linear, existindo uma percentagem relevante de casos que permanecem etiologicamente indeterminados após o estudo inicial do líquido. Apesar de um vasto conjunto de possibilidades etiológicas serem plausíveis inicialmente, uma proporção de casos resulta de mecanismos fisiopatológicos raros, podendo a causa ser suspeitada perante certos contextos clínicos ou intervenções realizadas com potencial iatrogénico.

O urinotórax, ou seja a acumulação de urina no espaço pleural, é uma causa incomum e muitas vezes não considerada de derrame pleural. Menos de 70 casos foram reportados mundialmente. Apesar de vários mecanismos terem sido propostos, desenvolve-se mais comumente em doentes com uropatia excretora ou trauma abdominal contuso.

Tradicionalmente, uma relação entre o valor pleural e sérico de creatinina superior a um é considerado um traço distintivo desta condição, existindo ainda outras características que podem auxiliar no diagnóstico^{1,2}.

Caso clínico

Um homem de 77 anos, com história de insuficiência renal crónica de tipo obstrutivo, nefrolitíase, alcoolismo crónico, e sem patologia respiratória previamente conhecida, recorreu ao Serviço de Urgência por hematúria macroscópica recorrente. Havia sido submetido recentemente a remoção de catéter ureteral esquerdo, no seguimento de cólica renal com evidência de cálculos radiolúcentes e hidronefrose ipsilateral. Foi internado no Serviço de Urologia tendo sido alvo de colocação de cateter ureteral direito e nefrostomia percutânea esquerda.

Ao sexto dia de internamento foi diagnosticado um derrame pleural esquerdo de moderado volume. À observação clínica encontrava-se apirético, eupneico, com SaO₂ 97%, pressão arterial de 108/60 mmHg, sons cardíacos normais, 82 bpm, sem sopros; com expansão torácica simétrica,

ausência de sons respiratórios e frémito toraco-vocal na base esquerda, acompanhadas de macicez à percussão; sem edemas periféricos ou adenopatias. Apresentava desconforto abdominal à palpação do flanco esquerdo. O cateter de nefrostomia percutânea esquerdo mostrava drenagem serosa residual.

O doente não apresentava tosse, toracalgia ou ortopneia, e encontrava-se sob profilaxia antitrombótica. Fazia medicação ambulatorial com losartan, suplementação cálcica, epoietina-alfa, alopurinol e tansulosina. À exceção do antibiótico não havia sido iniciada qualquer outra medicação e não havia registo de infeção respiratória recente. Apresentava uma história ocupacional de trabalho agrícola, sem exposição aparente a asbesto.

A primeira telerradiografia (fig. 1) mostrou uma opacificação homogénea no andar inferior do hemitórax esquerdo, sugestivo de derrame pleural de pequeno/moderado volume. Contralateralmente, verificava-se uma elevação hemidiafragmática em «tenda de campanha». A ecografia pleural mostrou um derrame móvel, sem nódulos ou espessamento pleurais.

Analiticamente, apresentava uma creatinina de 2,4 mg/dL (valor individual basal de 1,7), hipalbuminémia de 2,0 g/dL, LDH 322 U/L, PCR 11,2 mg/dL, procalcitonina



Figura 1 Primeira telerradiografia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213739>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213739>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)