

Insuficiência renal pós-renal secundária à fimose com aderência prepucial no adulto: relato de caso

Post-renal insufficiency secondary to phimosis with preputial adhesion in adults: case report

José Luiz Tessarolo,¹ Leandro Dal Farra Miranda,¹ Henrique Duarte Bastos,¹ Eduardo Luis Hofmann,¹

RESUMO

A fimose é uma condição fisiológica com resolução espontânea em mais de 90% dos casos até os cinco anos de idade; pode facilitar complicações locais, mas raramente é atribuída como causa de insuficiência renal aguda pós-renal. Dessa forma, evidenciando-se a escassez de relatos na literatura e a falta de reconhecimento por parte dos profissionais, faz-se necessário o relato de caso de um adulto que cursou com urgência dialítica e internação em UTI devido a complicações geradas por uma fimose com aderência prepucial. Paciente, masculino, 29 anos, foi encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido ao quadro de vômitos, inapetência, dor abdominal, não aceitação de líquidos e alimentos por via oral, com início há duas semanas. Já havia sido consultado na UPA e tratado com sintomáticos e hidratação; relato apresentado de bradicardia e baixa saturação de oxigênio. Na UTI, solicitada a avaliação da equipe da urologia, foi realizado tratamento com antiemético, cefalosporina de terceira geração e hidratação com cristalóide. Equipe da urologia realizou incisão do prepúcio com exposição da glândula para passagem de sonda vesical de demora, totalizando um débito de 6.000 ml em 18 horas. Paciente apresentou curva de melhora clínica e laboratorial importante, com sonda vesical retirada no quinto dia e alta hospitalar com planejamento de postectomia e acompanhamento nefrológico ambulatorial.

Palavras-chave: insuficiência renal; fimose; prepúcio do pênis; diagnóstico tardio.

ABSTRACT

Phimosis is a physiological condition with spontaneous resolution in more than 90% of cases up to five years old; it can facilitate local complications but is rarely attributed as a cause of acute post-renal renal failure. In this way, evidencing the scarcity of reports in the literature and the lack of recognition by professionals, it is necessary to report the case of an adult who attended dialysis urgently and hospitalization in the ICU due to complications generated by phimosis with preputial adherence. The patient, a male 29 years old, was referred from the Emergency Care Unit due to the condition of vomiting, inappetence, abdominal pain, and non-acceptance of liquids and food orally, starting two weeks before. He had already consulted in the Emergency Care Unit, being treated with symptomatic and hydration, and reported having presented bradycardia and low oxygen saturation. In the ICU, evaluation of the urology team was requested, and treatment was performed with antiemetic, third-generation cephalosporin, and hydration with crystalloid. The urology team made an incision of the foreskin with exposure of the glans and passage of a delay bladder tube, totaling a throughput of 6.000 ml in 18 hours. The patient presented an important clinical and laboratory improvement curve, bladder tube removed on the 5th day and hospital discharge with postectomy planning and outpatient nephrological follow-up.

Keywords: renal insufficiency; phimosis; foreskin; delayed diagnosis.

¹ UNIPLAC - Universidade do Planalto Catarinense – Lages (SC), Brasil.

Autor correspondente: Leandro Dal Farra Miranda

Av. Castelo Branco, 170, Bairro Universitário, CEP.: 88509-900 – Lages (SC), Brasil

E-mail: leandromiranda149@outlook.com

Recebido em 18/11/2023 – Aceito para publicação em 23/09/2024.



INTRODUÇÃO

A fimose é uma condição fisiológica com resolução espontânea em mais de 90% dos casos até os cinco anos de idade, geralmente reconhecida e acompanhada na infância; pode facilitar complicações locais, mas raramente é atribuída como causa de insuficiência renal pós-renal.

Dessa forma, evidenciando-se a escassez de relatos na literatura e a falta de reconhecimento por parte dos profissionais que prestaram o atendimento anterior ao paciente, faz-se necessário o relato de caso de um adulto que cursou com urgência dialítica e internação em UTI devido a complicações geradas por uma fimose com aderência prepucial.

OBJETIVOS

Descrever um caso de fimose com aderência prepucial com apresentação incomum de insuficiência renal pós-renal com urgência dialítica, diagnosticado em idade não habitual, fornecendo subsídio a outros profissionais para que reconheçam precocemente as alterações prepuciais como causa de injúria renal, a fim de evitar complicações graves.

MÉTODO

O estudo trata de um relato de caso, retrospectivo, que realizou a análise documental do prontuário médico de um paciente adulto internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com quadro de urgência dialítica, sendo evidenciada a causa pós-renal por aderência prepucial por fimose.

RELATO

Paciente masculino, 29 anos de idade, sem comorbidades, encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido ao quadro de vômitos, inapetência, dor abdominal, não aceitação de líquidos e alimentos por via oral com início há duas semanas. Na mesma semana, havia sido consultado na UPA e tratado com sintomáticos e hidratação. Há relato de ter sido transferido para a sala de emergência da unidade de origem devido à bradicardia (FC 40 bpm, sendo valor de referência entre 60 - 100 bpm) e baixa saturação de oxigênio (87% em ar ambiente, sendo valor de referência entre 92% e 100%), com frequência respiratória de 30 incursões por minuto (valor de referência entre 16 e 20 irpm). Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas, dois tempos, sem sopros. Na ausculta respiratória, os murmúrios vesiculares estão presentes, sem ruídos adventícios. O hipogástrio apresenta uma protuberância palpável a 2 cm acima da sínfise púbica e edema nos membros inferiores +/++++.

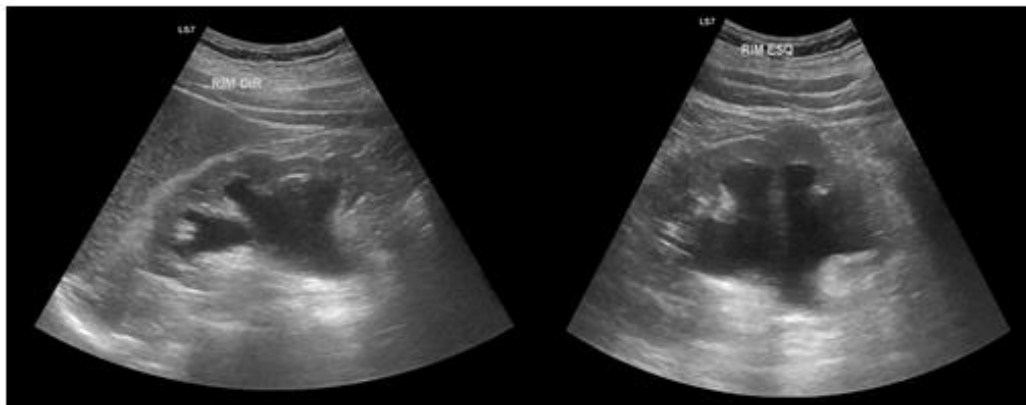
Realizados exames laboratoriais com os seguintes resultados: hemoglobina 15,49 g/dl (valor de referência de 13 a 16,9 g/dl), leucócitos 24.300/mm³ (valor de referência de 3.500 a 10.000/mm³), bastões 6% (valor de referência de 0% a 2%), plaquetas 100.700/mm³ (valor de referência de 150.000 a 450.000 mm³), proteína C reativa 1,80 mg/dl (valor de referência até 1,0 mg/dl), creatinina 8,16 mg/dl (valor de referência de 0,7 - 1,3 mg/dl), ureia 368 mg/dl (valor de referência de 25 a 50 mg/dl), potássio 5,12 mEq/L (valor de referência de 3,5 a 5,1 mEq/L), sódio 128,9 mEq/L (valor de referência de 135 a 145 mEq/L), gasometria arterial com pH 7,24 (valor de referência de 7,35 - 7,45), pCO₂ 17,6 mmHg (valor de referência de 35 - 45 mmHg), pO₂ 99 mmHg (valor de referência de 80 - 100 mmHg), HCO₃ 7,5 mmol/L (valor de referência de 22 - 26 mmol/L), base excess (BE) -17,6 mmol/L (valor de referência de -3 a +3 mmol/L), satO₂ 96,7% (valor de referência > 92%), tempo de protrombina 27,9 segundos (valor de referência de 11 - 14 segundos), RNI 2,53 (valor de referência de 0,8 - 1), tempo de tromboplastina parcial ativado 62 segundos (valor de referência de 21 - 32 segundos). Foi realizada a tentativa de sondagem vesical na UPA sem sucesso e não houve relato de quantificação do débito urinário.

O paciente foi admitido em UTI consciente, contactuante, com Escala de Coma de Glasgow 15, hemodinâmica estável, eupneico em ar ambiente, com queixa de dor abdominal, evidência de abdômen distendido e bexigoma palpável. Apresentava sangramento gengival em pequena quantidade e sem evidência de lesão na oroscopia. Exames laboratoriais da admissão com os seguintes resultados: leucócitos 27.890 mm³, bastonetes 6%, plaquetas 77.000 mm³, creatinina 12,43 mg/dl, ureia 416,9 mg/dl, amilase 1.030,6 U/L (valor de referência entre 25 e 125 U/L), lipase 476 U/L (valor de referência até 60 U/L), lactato 6,5 mmol/L (valor de referência de 1 a 1,5 mmol/L), gasometria arterial pH 7,26, pCO₂ 18 mmHg, pO₂ 102 mmHg, HCO₃ 8,1 mmol/L, BE -16,6 mmol/L, satO₂ 97,1%, tempo de protrombina 28,3 segundos, RNI 2,26, tempo de tromboplastina parcial ativada de 84 segundos, potássio 4,46 mEq/L (valor de referência entre 3,5 a 5,5 mEq/L), sódio 130 mEq/L (valor de referência entre 135 a 155 mEq/L). Cloro, transaminases, bilirrubina, gama-GT e demais eletrólitos dentro da normalidade; sorologias negativas.

Não havia sido realizada a coleta de urina na UPA ou na admissão de UTI por dificuldade de sondagem. O paciente apresentava certo grau de micção em pouca quantidade e não conseguia fazer uso de frasco quantificador, urinando somente em fraldas em quantidade depressível, evidenciado pênis embutido e com fimose importante, sem retração da glândula durante exame físico direcionado. Realizado ultrassom à beira-leito, confirmou-se a presença de bexigoma, hidronefrose bilateral, veia cava inferior túrgida (Figura 1).



Figura 1. Ultrassonografia abdominal à beira do leito. Observa-se hidronefrose bilateral.



Solicitou-se tomografia para melhor avaliação das dimensões renais e exclusão de outros componentes obstrutivos associados (Figura 2).

Requisitou-se avaliação de urgência para a equipe da uro-

logia com vistas à sondagem ou cistostomia. Foi realizado tratamento com antiemético, antibiótico empírico de cefalosporina de terceira geração e hidratação com ringer lactato.

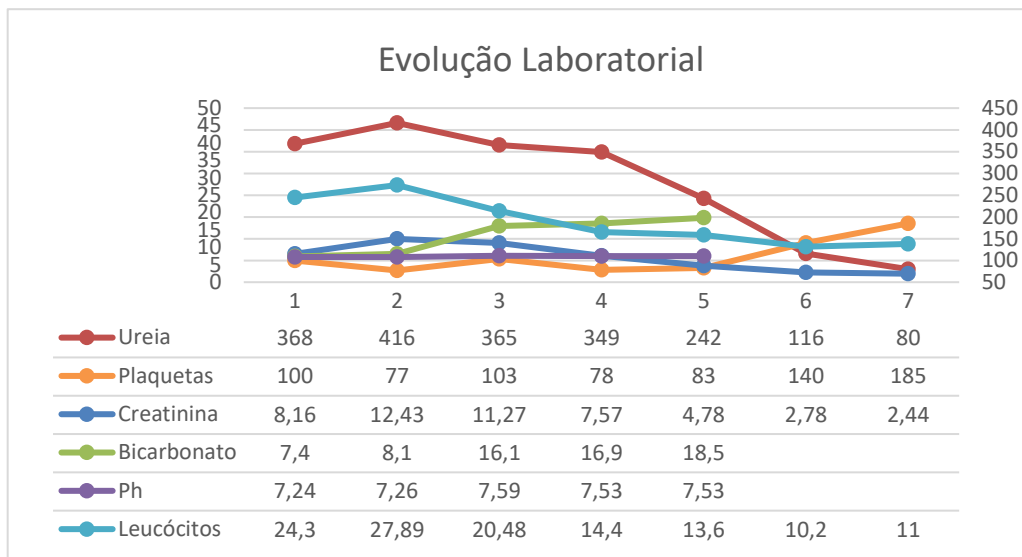
Figura 2. Tomografia computadorizada de abdômen total. Observa-se à esquerda bexigoma e à direita hidronefrose e atrofia renal bilateral.



A equipe da urologia realizou intervenção cirúrgica no leito com anestesia local, com incisão do prepúcio e exposição da glândula para passagem de sonda vesical de demora (2 vias número 18), com saída de 1.000 ml de urina, sendo realizado o controle com clampeamento e abertura paulatina a fim de evitar hematúria *ex vacuo*, totalizando um débito de 6.000 ml em 18 horas.

Paciente apresentou importante melhora de curva clínica e laboratorial (Gráfico 1). Apresentou resolução das disfunções orgânicas e recebeu alta da UTI quatro dias após a admissão. A sonda vesical foi retirada no quinto dia e o paciente teve alta hospitalar com planejamento de postectomia e em acompanhamento nefrológico ambulatorial.

Gráfico 1. Representação gráfica da evolução laboratorial ao longo dos seis dias internados, sendo a ureia e as plaquetas representadas no eixo vertical da direita e os demais no eixo da esquerda; considerar para leucócitos e plaquetas os valores multiplicados por cem. Valores de creatinina e ureia representados em mg/dl, plaquetas e leucócitos em mm³ e bicarbonato em mmol/L.



DISCUSSÃO

A fimose é uma condição em que o prepúcio encontra-se estreitado, não permitindo a exteriorização da glândula.¹ Quase a totalidade dos meninos nasce com a glândula aderida ao prepúcio, o que se denomina fimose fisiológica ou primária.^{2,4} A maioria dos casos apresenta resolução espontânea, cerca de 90% até os três anos de idade e 99% até os 17 anos.³

A fimose secundária (ou patológica) é definida como a não exposição da glândula devido à presença de um anel fibroso no prepúcio, atribuído a balanopostites de repetição, dermatite amoniacal e ao líquen escleroatrófico (também chamado de balanite xerótica obliterante).²

Devido ao caráter benigno de sua evolução e resultados encorajadores do uso de corticoides, a tendência atual é limitar e postergar o tratamento cirúrgico da fimose, restringindo-o aos pacientes que apresentem infecções recorrentes, fimose patológica e a adolescentes que não apresentarem resolução espontânea.⁵

A insuficiência renal é caracterizada pela piora da capacidade excretora dos rins, cursando com azotemia, oligoanúria, distúrbios eletrolíticos e disfunções de outros sistemas se não tratada.^{6,8} Pode ser classificada em aguda ou crônica conforme o tempo de instalação, devendo avaliar-se a sintomatologia e a elevação dos níveis de ureia e creatinina recentes, bem como achados de insuficiência renal crônica (IRC) que incluem neuropatia, anemia e rins diminuídos de tamanho ao exame ultrassonográfico.

A insuficiência renal aguda (IRA) pode fazer parte de diversas doenças. Para fins de diagnóstico e tratamento, costuma ser dividida em três grupos etiológicos: pré-renal, renal e pós-renal.

A IRA pós-renal corresponde a 5% dos casos. Tem como etiologia doenças associadas à obstrução do trato urinário, tais como obstrução ureteral bilateral, causada por neoplasia de próstata, neoplasia de colo uterino, fibrose retroperitoneal idiopática, iatrogenia ou obstrução intraluminal (cristais, edema, coágulos); obstrução na bexiga devido à neoplasia de bexiga, infecção ou neuropatia; obstrução uretral devido à válvula congênita, hipertrofia prostática benigna (HPB) ou funcional.^{6,7}

A obstrução aguda inicialmente produz vasodilatação arteriolar com aumento da TFG. Em seguida, são produzidas substâncias vasoconstritoras, reduzindo a TFG. Caso a obstrução permaneça por mais de duas a quatro semanas podem ocorrer fibrose intersticial, atrofia tubular progressiva e nefropatia obstrutiva crônica.⁷

O diagnóstico propriamente dito ocorre com rápida melhora da função renal após a desobstrução e realização de exames radiológicos que comprovem essa obstrução.⁷

A fimose com aderência prepucial é uma causa pouco citada na literatura como causas de IRA pós-renal, com escassez de relatos de caso. Por outro lado, é comum a insuficiência renal pós-renal atribuída à hiperplasia prostática benigna, cálculo renal e processos obstrutivos por lesões expansivas.

CONCLUSÃO

A fimose é uma condição fisiológica frequente evidenciada em praticamente todos os meninos; é de fácil abordagem no nível de atenção primária à saúde e com altas taxas de resolução, tendo em vista a regressão espontânea, tratamento tópico e possectomia.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

O não reconhecimento das complicações decorrentes da fimose pode, de forma rara, gerar insuficiência renal pós-renal e disfunção de múltiplos órgãos, como evidenciado neste relato de caso.

Tendo em vista que o paciente passou por avaliação na atenção primária à saúde e em duas oportunidades na UPA e não houve reconhecimento dos profissionais de saúde mesmo durante a tentativa de sondagem vesical e com evidência de bexigoma no último atendimento anterior à internação, fazem-se necessárias maiores discussões a respeito do tema e a realização de mais estudos para elucidar o comportamento epidemiológico e o grau de incidência de insuficiência renal pós-renal e complicações sistêmicas secundárias à fimose complicada sem o devido tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Urologia. Urologia fundamental. São Paulo: PlanMark; 2010.
2. Tannuri U. Eficácia do tratamento tópico da balanitexerótica obliterante (fimose adquirida) com cremes de cortisona. *Rev Assoc Méd Bras.* 2006;52(1):2. doi: 10.1590/s0104-42302006000100002.
3. Kaplan GW. Complications of circumcision. *Urol Clin North Am.* 1983;10(3): 543-9.
4. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J.* 1949;2(4642):1433-7. doi: 10.1136/bmj.2.4642.1433.
5. Baratella, JRS. Fimose: quando a cirurgia é indicada? [documento científico]. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2020.
6. Al-Saqladi, AWM. Acute kidney injury: new definitions and beyond. *J Nephrol Ther.* 2016;6:1. doi: 10.4172/2161-0959.1000234.
7. Kellum JA, Lameire N, Aspelin P, Barsoum RS, Burdmann EA, Goldstein SL, et al. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. *Kidney Int Suppl.* 2012;2(1):1-138. doi: 10.1038/kisup.2012.1.
8. Nunes TF, Brunetta DM, Leal CM, Pisi PCB, Roriz-Filho JS. Insuficiência renal aguda. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2010;43(3):272-8. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v43i3p272-282.

Como citar este artigo:

Tessarolo JL, Miranda LDF, Bastos HD, Hofmann EL. Insuficiência renal pós-renal secundária à fimose com aderência prepucial no adulto: relato de caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2024;26:e64313. doi: 10.23925/1984-4840.2024v26a16.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.