Código do Trabalho
3549

20º CONGRESSO DE CIRURGIA RIO DE JANEIRO
17 a 19/09/2020 | EVENTO VIRTUAL
O cirurgião geral de hoje

# CÁLCULO CORALIFORME BILATERAL: EVOLUÇÃO E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA. UM RELATO DE CASO

Clara de Araújo Dantas Teixeira[1], Thales Albuquerque Rocha[2], Arthur Ferreira Cerqueira Amorim[3], Francisco Heitor de Araújo Dantas Teixeira[4], Gessyelle Amaral Cavalcante de Queiroga[5], Sabryna Maciel da Cunha[6], Vinícius Almeida da Nóbrega[7], Isabella Beserra Ramos[8]

[1, 2, 3, 5, 8] Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, [4] Universidade Potiguar, [6, 7] Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

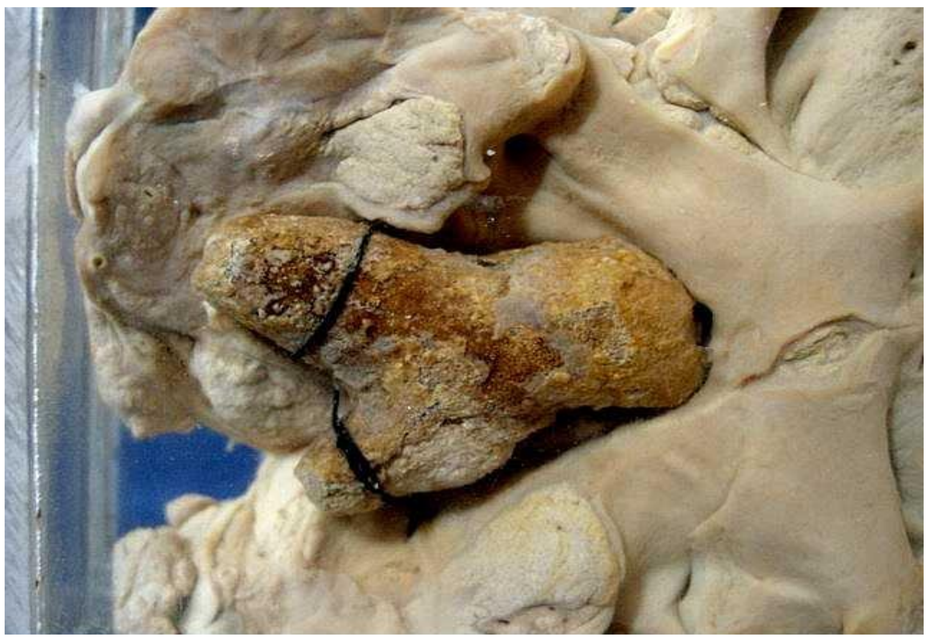
## INTRODUÇÃO

Os cálculos coraliformes são cálculos ramificados, que se moldam aos contornos do sistema coletor e ocupam mais de uma porção do mesmo, podendo ser completos ou parciais. (Diri, 2018). Embora a ocorrência de nefrolitíase seja maior no sexo masculino, os cálculos coraliformes são menos frequentemente relatados em homens em comparação às mulheres (10% a 11% vs. 4% em homens) e geralmente são unilaterais e comuns em pacientes idosos (Marien, 2015).

## RELATO DE CASO

Paciente R. I. B., feminino, 31 anos, apresentou-se com quadro de dor lombar de forte intensidade e histórico positivo para nefrolitíase. Na internação, a USG evidenciou cálculo coraliforme bilateral, com o rim direito contendo dois cálculos (medindo 0,8 e 1,1 cm) e o rim esquerdo contendo dois cálculos (ambos medindo 1,1cm). Nos meses subsequentes, ainda queixosa, retornou ao hospital com uma TC sem contraste que evidenciou cálculos renais coraliformes bilaterais, com densidade média de 720UH à direita e 740UH à esquerda. Nos exames laboratoriais do pré-operatório, a estimativa do ritmo de filtração glomerular foi de 79,61 mL/min. A cirurgia realizada foi uma nefrolitotomia anatrófica à esquerda que ocorreu com êxito e a paciente iniciou esquema antibiótico com Ciprofloxacino. No 2º DPO, referiu náuseas e vômitos. Os exames laboratoriais evidenciaram leucócitos de 14.720/mm³ (4% bastões/88% segmentados); PCR de 359,2; creatinina de 1,3mg/dL e MDRD de 50,78ml/min, além disso a TC mostrou focos de gás e material hemático, bem como densificação e enfisema em planos subcutâneos, indicando inflamação. Uma urocultura com antibiograma isolou Escherichia coli. Foi decidido alterar o antibiótico, no 3º DPO, por Piperacilina + Tazobactam. O esquema foi posteriormente substituído por Amicacina, e em seguida iniciado Meropenem. A partir do 8º DPO ficou apenas Meropenem até o 13º DPO.

Entre o 9º e 16º DPO, a paciente apresentou picos febris diariamente. A partir do 17º até o 19º DPO, apresentou boa função renal, negou queixas e a conduta foi mantida até receber alta hospitalar no 19º DPO.



Cálculo Coralifrme. Anatpat – UNICAMP, 2020. Disponível em: <http://anatpat.unicamp.br/pecasuro18.html>. Acesso em 12 de set. de 2020.

## DISCUSSÃO

A presença de cálculos coraliformes está associada à morbimortalidade, sendo imprescindível avaliação e tratamento imediatos. No caso apresentado, a cirurgia de escolha foi a nefrolitotomia anatrófica, devido às possibilidades do serviço. Entre as complicações, as mais descritas são febre pós-operatória, transfusão sanguínea, sangramento e sepse. No caso clínico, a complicação observada foi a febre pós-operatória, que possivelmente decorreu do uso profilático de ciprofloxacino, sendo que estudos apontaram uma alta taxa de resistência bacteriana a esse medicamento. Conclui-se, portanto, que é prudente a atualização das diretrizes para ampliar os antibióticos profiláticos antes da abordagem cirúrgica, já que, como mostrado, novos organismos estão sendo identificados com maior frequência na cultura de cálculos de estruvita, incluindo *E. coli*, bactéria presente na urocultura da paciente deste relato.

**REFERÊNCIAS:**

1. GUTIERREZ, Jorge; et al. **Urinary tract infections and post-operative fever in percutaneous nephrolithotomy.** World J Urol (2013) d. 31, p. 1135–1140. 25 fev. 2012.
2. PARKHOMENKO, Egor; et al. **A Multi-Institutional Study of Struvite Stones: Patterns of Infection and Colonization.** JOURNAL OF ENDOUROLOGY. d. 31 (5). P. 533-537. Maio, 2017.
3. DIRI, Akif; et al. **Management of staghorn renal stones.** RENAL FAILURE, VOL. 40, NO. 1, P. 357–362. 2018.
4. RIVERA, Marcelino; et al. **Pre- and Postoperative Predictors of Infection-Related Complications in Patients Undergoing Percutaneous Nephrolithotomy.** JOURNAL OF ENDOUROLOGY. Volume 30, Number 9, September 2016.
5. MARIEN, Tracy; et al. **Treatment of the Infected Stone.** Urol Clin N Am - (2015).
6. WU, Hui-Hsiu; et al. **Correlation between levofloxacin consumption and the incidence of nosocomial infections due to fluoroquinolone-resistant Escherichia coli.** Journal of Microbiology, Immunology and Infection 49, P. 424-429, 2016.
7. NICOLETTI, Joëlle; et al. **Risk factors for urinary tract infections due to ciprofloxacin-resistant Escherichia coli in a tertiary care urology department in Switzerland**. Swiss Medical Weekly, (140):w13059. July, 2010.