

Pinotti, J. V. P.¹; Barros, S. W.²; Fanti Silva, D. A.³; Castiglia, M.²; Shigueoka, D. C.⁴; Colleoni, R.³

1. Graduando – Escola Paulista de Medicina (EPM-Unifesp); 2. Plantonista chefe do PS da Cirurgia Geral – Hospital São Paulo (HSP); 3. Professor Adjunto da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da EPM; 4. Professor Adjunto do Departamento de Diagnóstico Por Imagem da EPM

Introdução

A cistite enfisematosa é uma manifestação rara, porém grave, de infecção do trato urinário. É causada por fungos e bactérias produtores de gás, como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Candida albicans*. Pode manifestar-se com sintomas urinários irritativos, desconforto abdominal, febre e pneumatúria; porém, em geral, a clínica é escassa. É mais prevalente em pacientes do sexo feminino, imunodeficientes, diabéticos, transplantados e nos indivíduos com bexiga neurogênica. O diagnóstico é feito com exames de imagem, dando destaque à tomografia computadorizada (TC). Requer tratamento agressivo, com antibioticoterapia parenteral e drenagem da bexiga. Descrevemos um caso com manifestações clínicas, radiológicas e achados cirúrgicos de cistite enfisematosa.

Relato de Caso

Paciente de 84 anos, sexo feminino, deu entrada com queixa de urina escura havia 2 dias. Atendida pela Clínica Médica, que prescreveu ciprofloxacino por 7 dias para tratamento de cistite. Porém, paciente retornou referindo clareamento transitório da urina, a qual voltou a adquirir tom escurecido após a antibioticoterapia. Além disso, queixava-se de febre e adinamia. Ao exame físico estava confusa, hipotensa, taquicárdica e descorada, com sinais de peritonite à avaliação do abdome. A paciente tinha história prévia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e histerectomia.

Diagnóstico e Tratamento

Feita a hipótese de abdome agudo inflamatório com sepse, a paciente foi monitorizada em sala de emergência para estabilização clínica. Ultrassonografia à beira do leito demonstrou presença de gás intravesical. Em TC, foi evidenciada coleção intraperitoneal e provável fístula vesicoentestinal, gás intravesical, densificação e borramento perivesicais (figuras 1 e 5). Indicada laparotomia a partir dos achados. À exploração da bexiga, verificou-se que a porção da cúpula que estava bloqueada pelo intestino apresentava adelgaçamento irregular da parede, indicando risco iminente de rotura ou rotura antiga em resolução (figuras 2 e 3). Pela presença de líquido na cavidade, não foi possível descartar uma perfuração puntiforme. Portanto, optou-se por realizar a rafia da região mais comprometida pelo processo inflamatório (figura 4), associada à limpeza e drenagem da cavidade abdominal.



Figura 1. TC (gás intravesical)

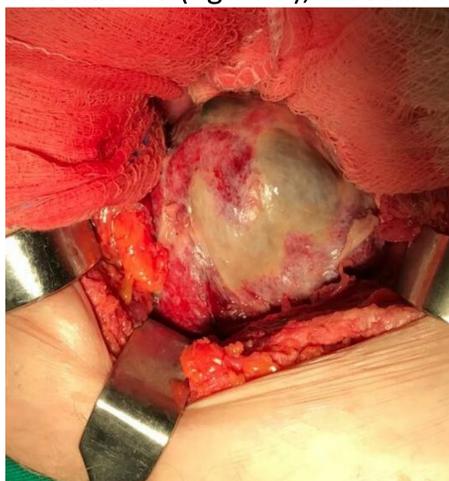


Figura 2. Aspecto da bexiga

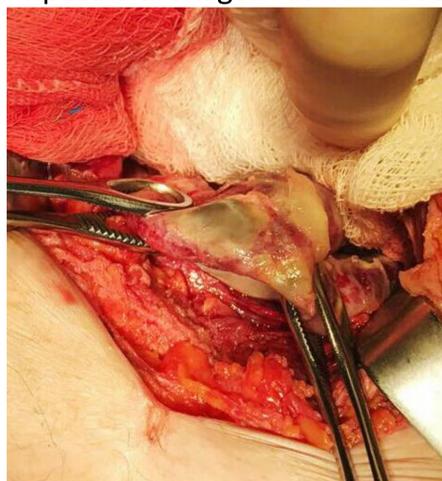


Figura 3. Porção vesical ressecada

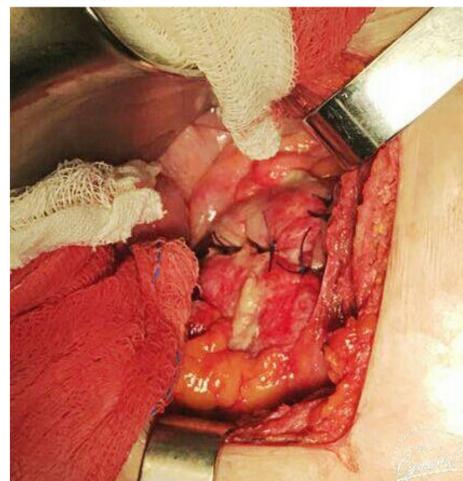


Figura 4. Rafia da bexiga

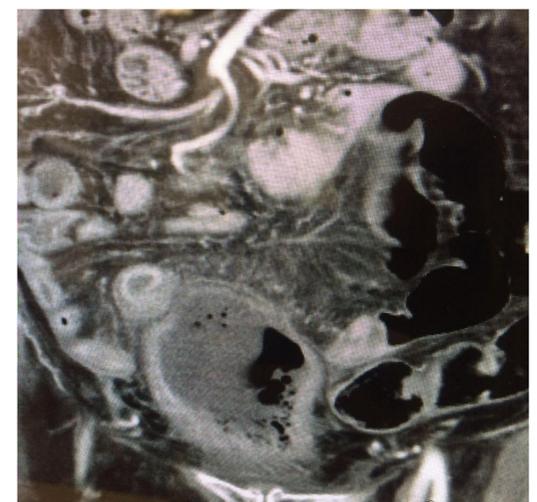


Figura 5. TC (borramento e densificação perivesicais)

Cultura de líquido de cavidade pélvica com crescimento de *C. albicans*, uroculturas com positividade para *Pseudomonas aeruginosa*, *C. albicans* e *E. coli*. Foram introduzidos ceftriaxone, metronidazol e fluconazol e a paciente teve alta no 8º dia com antibióticos.

Discussão

A cistite enfisematosa é uma entidade incomum no contexto de abdome agudo inflamatório. Apresenta quadro clínico inespecífico e necessita de alta suspeição nos pacientes que apresentam fatores de risco. Pode evoluir com necrose transmural e perfuração de bexiga, resultando em abdome agudo com necessidade de abordagem cirúrgica, como no caso relatado.

Referências

- Bobba RK, Arsura EL, Sarna PS, Sawh AK. Emphysematous cystitis: an unusual disease of the Genito-Urinary system suspected on imaging. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2004;3:20. DOI: 10.1186/1476-0711-3-20.
Tzou KY, Chiang YT. Emphysematous Cystitis. *New Eng J Med.* 2016; 375:1779. DOI: 10.1056/NEJMicm1509543.