

## Cistos e doença policística renal

### Introdução

Cistos simples (com paredes finais e regulares e conteúdo líquido) são considerados benignos, não sendo necessário nenhum seguimento ou exame complementar para afastar neoplasia. São frequentemente observados em rins normais, podem ser solitários ou múltiplos e bilaterais. São as massas renais mais comuns. São mais frequentes em homens, e em pessoas com mais de 50 anos.

### Avaliação do Cistos Renais

Existem três principais critérios para caracterizar um cisto renal simples em ultrassonografia:

- massa anecóica, arredondada e bem demarcada;
- paredes lisas e finas;
- reforço posterior, indicando boa transmissão através do cisto;

Essas características, quando presentes, permitem que o cisto seja diferenciado de um carcinoma ou abscesso. Qualquer outra lesão cística que não preencha os critérios ultrassonográficos de cisto simples deve ser estudada por outros métodos de imagem mais específicos, preferencialmente a tomografia computadorizada (TC).

Os seguintes critérios são altamente sugestivos de lesão neoplásica:

- Paredes espessas e irregulares;
- Septo espesso ou com realce no interior da massa;
- Realce da massa após a injeção de contraste;
- Massa multilocular.

Normalmente os cistos simples não produzem sintomas, sendo raramente necessário tratamento para dor ou infecção.

O sistema de classificação de Bosniak foi criado para ajudar a diagnosticar e gerenciar as massas renais císticas, com base em características morfológicas vistas na tomografia computadorizada.

<b>Classificação Tomográfica de Bosniak para cistos renais</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>Risco de Malignidade (%)</b>
<b>I</b>	<b>Cistos simples:</b> conteúdo hipoatenuante homogêneo de 0 a 20 UH, contornos regulares. Ausência de calcificações, espessamento parietais, septações ou realce pelo contraste.	<b>0</b>
<b>II</b>	<b>Cistos minimamente complicados:</b> septações finais (<1 mm), pequenas calcificações lineares parietais ou septais, cistos hiperdensos (> 20 UH) menores que 3 cm, sem realce pelo contraste.	<b>Próximo a 0</b>
<b>II F</b>	<b>Cistos minimamente complicados que requerem seguimento:</b> Maior nº de septações finas, septos ou paredes minimamente espessados, porém regulares, calcificações espessas ou nodulares, cistos hiperdensos intra-renais $\geq$ 3 cm.	<b>5</b>
<b>III</b>	<b>Cistos indeterminados:</b> espessamento parietal ou septações espessas e irregulares, com realce pelo contraste, com ou sem calcificações.	<b>45 a 60</b>
<b>IV</b>	<b>Neoplasias císticas:</b> espessamento parietal ou septal grosseiro e nodular, tecido sólido junto as paredes ou septos.	<b>90 a 100</b>

Fonte: Pompeo (2006).

### Manejo dos cistos renais de acordo com a classificação de Bosniak:

Cisto I e II: Nenhuma avaliação complementar é necessária, ou mesmo necessidade de repetir o exame de imagem. Se não for possível diferenciar entre II e IIF, considerar seguimento como cisto IIF.

Cisto IIF: Apesar de ser considerado benigno, esta lesão deve ser monitorada e sua estabilidade documentada. Indicamos o encaminhamento para serviço de urologia para acompanhamento. O seguimento com TC é uma maneira efetiva de manejar estes cistos, já que, se a lesão permanecer estável, é altamente sugestivo de doença benigna, ao passo que qualquer

alteração indica um processo neoplásico. Sugere-se repetir o exame em seis meses e, se não houver mudança, uma vez ao ano.

Cisto III: Em caso de dúvida, se a lesão for IIF ou III, realizar ressonância magnética (RNM). Em caso de incerteza, pode-se ainda realizar RMN seriada em 3, 6 e 12 meses. Nos casos enquadrados como categoria III está indicado o encaminhamento para urologia para remoção cirúrgica.

Cisto IV: Devido à alta taxa de malignidade 90%-100%, está indicada a remoção cirúrgica.

## Doença Policística Renal

Uma das principais preocupações em pacientes com cistos renais é saber se eles podem ter doença policística renal hereditária, mais especificamente Doença Policística Renal Autossômica Dominante (DPRAD), a forma mais comum de doença renal hereditária. Para isso, a informação principal é questionar a presença de história familiar (parente de primeiro grau com doença policística renal).

Em pacientes **com história familiar** positiva, as alterações ecográficas sugestivas de DPRAD (Doença Policística Renal Autossômica Dominante) são:

- entre 15 e 39 anos: três ou mais cistos uni ou bilaterais;
- entre 40 e 59 anos: dois ou mais cistos em cada rim;
- com idade igual ou superior a 60 anos: quatro ou mais cistos em cada rim.

Em pacientes **sem história familiar** de DPRAD, o diagnóstico é sugerido na presença de 10 ou mais cistos em cada rim, especialmente se presença de cistos extra-renais.

Pacientes com suspeita de Doença Policística Renal devem ser encaminhados para um serviço de **nefrologia** para avaliação.



## Tratamento de Cistos Renais

O objetivo do tratamento é preservar a função renal, controlar a pressão arterial e minimizar os riscos de ruptura dos cistos por traumas.

Para dor provocada pelos cistos, faz-se tratamento conservador com analgésicos (paracetamol) ou anti-inflamatório não esteroide (se função renal preservada), por três a cinco dias. Se a dor é persistente mesmo com o tratamento farmacológico, pode-se encaminhar o paciente para serviço de urologista para avaliar opção de procedimento cirúrgico.

Cistos infectados geralmente são refratários ao tratamento com antibióticos, já que alguns destes não penetram no interior do cisto. Em situações em que a terapia por via oral não apresenta efeito é necessário tratamento parenteral intra-hospitalar. Em casos reservados pode-se realizar a punção aspirativa do cisto e em casos extremos a nefrectomia pode ser considerada.

O tratamento da hipertensão pode ser feito com medicamento inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA) associado a diuréticos.

Nefrectomia pode ser necessária em pacientes com cistos grandes acima de 35 cm, infecções recorrentes, hipertensão incontrolável e suspeita de malignidade.

### Quando encaminhar:

Para urologia:

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade.
- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Para nefrologia:

- Suspeita de doença policística renal.



## Referência

Bennett WM, Kruskal JB, Richie JP. Simple and complex renal cysts in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2013. [atualizada em 25/11/2013; acesso em 30/01/2014].

Papadakis, M. McPhee, S. & Rabow, M.W. Current: Medical Diagnosis & Treatment. 52º Ed. USA: MGH; 2013.

Torres VE, Bennett WM. Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2013. [atualizada em 11/01/2013; acesso em 27/01/2014].

Chapman AB, FF Rahbari-Oskoui, Bennett WM. Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2013. [atualizada em 07/10/2013; acesso em 27/01/2014].

Niaudet P. Renal hypoplasia [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2013. [atualizada em 04/11/2013; acesso em 27/01/2014].

Barros E, Fochesatto L. F. [et.al]. Medicina Interna na Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Pompeo ACL, et al. Câncer Renal: Diagnóstico e Estadiamento. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira, 2006.

Krebs RK, Andreoni C, Paiva C, Kaufmann OG, Gatás N, Khalil W, Ortiz V. Atualização em cistos renais complexos: avaliação e conduta. RBM 2004;68-72.