

Nefronia Lombar Aguda em Lactente: Caso Clínico

NORBERTO ESTEVINHO, ANA MAIA FERREIRA, ARMANDO PINTO, M. VIRGÍNIA COSTA,
B P SODRÉ BORGES

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Porto (Serviço de Pediatria)

Resumo

A admissão de crianças num hospital oncológico ocorre muitas vezes após diagnóstico de tumor efectuado noutras instituições de saúde. Os autores apresentam um caso clínico de nefronia lobar aguda mimetizando massa renal num lactente transferido para o centro oncológico em que trabalham com o diagnóstico de nefroblastoma. A exclusão de patologia maligna só foi possível no decurso da laparotomia pela palpação directa da lesão e biópsia, cujo exame extemporâneo confirmou pielonefrite crónica. Apesar de ser uma entidade rara, com poucos casos descritos na literatura pediátrica, os autores desejam sublinhar a importância deste diagnóstico diferencial em todos os pacientes com massa renal diagnosticada durante um episódio de infecção urinária.

Summary

Acute lobar nephronia in an infant : Case report

The diagnosis of a tumor is often previous to referral to an oncological hospital. We present a case of an infant with a renal mass, detected during an episode of urinary tract infection and referred to our centre as nephroblastoma. Only after laparotomy and open biopsy, the diagnosis of chronic pyelonephritis was confirmed. Although rare, with few pediatric cases published, the authors would like to emphasize the importance of considering the diagnosis of focal pyelonephritis (acute lobar nephronia) in all patients with renal tumor and urinary tract infection.

Introdução

A admissão de crianças num hospital oncológico ocorre muitas vezes após diagnóstico de tumor efectuado noutras instituições de saúde. Este facto introduz, com frequência, um viés na apreciação dos diagnósticos diferenciais, ao qual é necessário estar atento.

Caso Clínico

M.I.R.G., 11 meses, filha única de pais saudáveis, sem antecedentes pessoais patológicos conhecidos. Em Novembro de 2001, após quadro de febre elevada, sem foco aparente, com 24 horas de evolução recorreu ao hospital da área de residência. Ao exame objectivo estava febril, prostrada, sem evidência de foco infeccioso. Estudo inicial: Anemia normocrómica normocítica (Hgb: 9,1 g/dl). Leucocitose com neutrofilia (GB: 36800/mm³ com 69% de neutrófilos). Proteína C reactiva elevada (10,2 mg/dl). Hiponatremia (129 mEq/l). Ureia e creatinina séricas normais. Leucocitúria ligeira (5-10 leucócitos /campo). Líquor sem pleiocitose, bioquímica normal e Gram amicrobiano. Rx tórax sem alterações.

Internada no H.P.H. durante 7 dias, medicada para pielonefrite aguda com ceftriaxone endovenoso, com boa evolução clínica. Cultura de líquido e hemocultura negativas. Urocultura com crescimento de 10⁴-10⁵ colónias de *Escherichia coli*/campo. Urocultura de controlo estéril. Efectuou ecografia renovesical no 3º dia de internamento que mostrou rim esquerdo com aspecto sugestivo de duplicação piélica com discreta ectasia de pielão inferior, e imagem nodular sólida, com 29 mm de diâmetro, na transição entre os dois sistemas, podendo corresponder a uma zona atípica de parênquima renal ou a uma neoplasia (Fig. 1). A tomografia computadorizada (TAC) abdominal no 6º dia de internamento confirmou massa renal esquerda compatível com tumor de Wilms ou nefroblastomatose (Fig. 2).

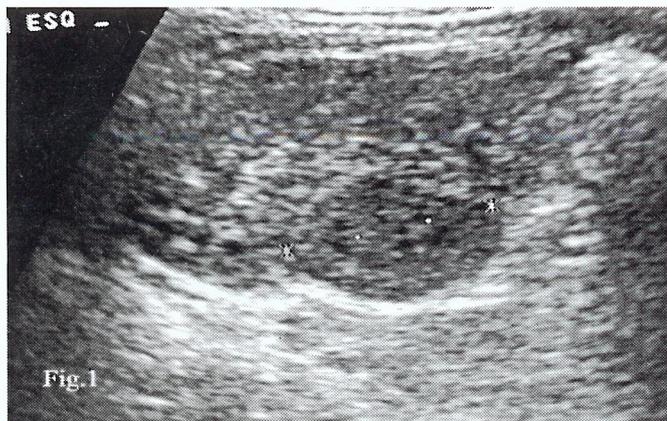


Fig. 1 - Ecografia renal : nódulo do rim esquerdo

No Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Porto, para onde foi transferida ao 7º dia de internamento, a biópsia aspirativa por agulha fina da massa renal sugeriu tratar-se de neoplasia de células pequenas, não permitindo um diagnóstico definitivo. Efetuou cintilograma ósseo e TAC torácica de estadiamento que não mostraram lesões sugestivas de metástases. Em Consulta de Grupo foi proposta nefrectomia esquerda por provável tumor de Wilms.

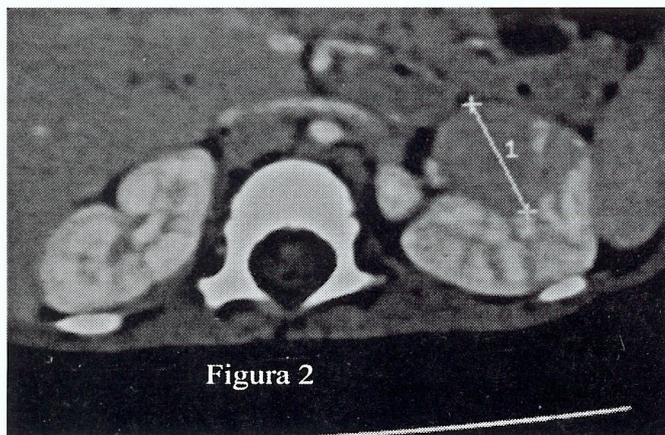


Fig. 2 - TAC abdominal : nódulo do rim esquerdo determinando efeito de massa

Trinta e seis dias após início da sintomatologia é efectuada cirurgia no decurso da qual se identificou rim esquerdo de dimensões e consistência normais excepto por área proeminente, de 2 cm de diâmetro, no parênquima renal justa-piélico, pelo que se efectuou apenas biópsia cujo exame extemporâneo confirmou natureza inflamatória (pielonefrite crónica). A cistouretrógrafia miccional, dois meses após cirurgia, pôs em evidência refluxo vesico-ureteral grau III à esquerda. O diagnóstico final foi pielonefrite bacteriana focal aguda (nefronia lobar) em lactente com refluxo vesico-ureteral.

Discussão

Com a evolução dos exames complementares o diagnóstico de alterações congénitas da árvore pielocalicial é feito com base em protocolos já bem estabelecidos após um primeiro sinal ou sintoma.¹ Por vezes, no decurso desta investigação são encontradas lesões cujo esclarecimento diagnóstico é tão importante que nos desvia do estudo inicial.

A pielonefrite aguda não se associa habitualmente a alterações imagiológicas. Os exames de imagem estão indicados no decurso da fase aguda quando se suspeita de pielonefrite aguda complicada.² Este quadro pode ser sugerido, como no caso descrito, pela forma de apresentação com leucocitose com neutrofilia marcadas e proteína C reactiva elevada. É mais consensual a realização de exames de imagem caso haja uma evolução clínica desfavorável após 48-72 horas de terapêutica antibiótica adequada^{2,3}. Neste contexto, o achado ecográfico de massa renal poderia fazer pensar na hipótese de pielonefrite focal, também chamada nefrite bacteriana focal ou nefronia lobar.

Esta entidade traduz extensão da infecção ao parênquima renal, envolvendo um ou mais lóbulos renais, sem evidência de liquefacção (estado pré-abstracto)^{4,5}. Pode aparecer como alteração renal localizada, em forma de cunha, ou associar efeito de massa mimetizando um tumor, quer na ecografia quer na TAC^{2,3}, já tendo sido relatadas formas de apresentação como massa abdominal palpável⁷ ou em que o diagnóstico só foi feito após laparotomia⁸. No entanto, encontram-se poucos casos pediátricos descritos na literatura, especialmente em lactentes⁹. Por outro lado, as neoplasias renais são a principal causa de massa sólida renal nesta idade^{1,2,3} pelo que, no caso descrito, a hipótese de diagnóstico de nefroblastoma não podia deixar de ser colocada.

Após a biópsia dirigida por radiologia de intervenção ter sido inconclusiva, impunha-se a realização de biópsia aberta ou mesmo nefrectomia, dada a elevada probabilidade de se tratar de um nefroblastoma. Durante a laparotomia não se encontrou lesão sugestiva de neoplasia devido à cicatrização do processo inicial com modificação da sua aparência macroscópica.

Conclusão

O diagnóstico de pielonefrite bacteriana focal aguda (nefronia lobar) deve ser considerado em crianças com massa renal detectada durante um episódio de infecção urinária.

Bibliografia

1. Gonzalez R., Urinary tract infections. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. Nelson's Textbook of Pediatrics, 15th ed.

- Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1360-5.
2. Saunders A J S. Renal infections. In: Cosgrove D., Meire H, Dewbury K, eds Abdominal and General Ultrasound. 1993; 2: 499-512.
 3. Kenney P J , McClennan B.L. . The kidney. In: Lee J K, Sagel S S, Stanley R J, Heiken J.P. eds. Computed Body Tomography with MRI correlation; 3rd ed. 1998:1087-170
 4. Uehling DT, Hahnfeld LE, Scanlan KA. Urinary tract abnormalities in children with acute focal bacterial nephritis *BJU Int* 2000; 85(7): 885-8
 5. Frieyro Segui MI, Martin Aguado MJ, Canals Baeza A, Molla Nicova J, Camps Herrero J, Segarra Aznar F. Acute lobar nephronia. Report of three new cases. *An Esp Pediatr* 2001; 55(3): 269-72.
 6. Zaontz MR, Pahira JJ, Wolfman M, Gargurevich AJ, Zeman RK. Acute focal bacterial nephritis: a systematic approach to diagnosis and treatment. *J Urol* 1985; 133(5): 752-7.
 7. Rathore MH, Barton LL, Luisiri A. Acute lobar nephronia: a review. *Pediatrics* 1991; 87(5): 728-34.
 8. Harris EE, Sweat M, Katsanis WA, Aronoff GR. Case report: acute focal bacterial pyelonephritis (lobar nephronia)--presentation as a palpable abdominal mass. *Am J Med Sci* 1992; 304(5): 303-5.
 9. Kumar PD, Brown LA. Focal bacterial nephritis (lobar nephronia) presenting as renal mass. *Am J Med Sci* 2000; 320(3): 209-11.