

Todo o RN é Suspeito Enquanto se não Provar o Contrário?

H. CARMONA DA MOTA

Nos dois últimos números da APP de 1999 foram publicados trabalhos que avaliaram a prevalência de RVU em lactentes com diagnóstico pré-natal de anomalias urinárias ^(1, 2).

Estudaram 57 crianças (39 rapazes) com diagnóstico pré-natal de hidronefrose congénita, confirmado após o nascimento. Todas fizeram cistografia (CUM) que identificou doze crianças (21%) com refluxo vesico ureteral (RVU) ⁽¹⁾.

Em 109 RN com diagnóstico pré-natal de anomalias do tracto urinário, encontraram 19 (17.4%) de criança com RVU. Seis crianças tinham outras anomalias identificadas por ecografia. Em 82.6% (88%, sem estas seis crianças) «a CUM terá sido desnecessária» ⁽²⁾.

Numa revisão da literatura não encontrei provas sólidas da utilidade comprovada de tais atitudes, que não são específicas de pediatras portugueses, tanto nestas crianças como na infecção urinária.

«Approximately 10 to 30% of prenatal cases of hydronephrosis result in the postnatal diagnosis of vesicoureteral reflux» ⁽³⁾.

«Babies with hydronephrosis detected antenatally... were followed up. Fifty-one (56%) patients had hydronephrosis without organic obstruction, and 80% of these became normal in 3 years» ⁽⁴⁾.

«We reviewed the records of 58 black... patients in whom prenatal hydronephrosis was confirmed postnatally. The prevalence of reflux in black patients was 0% (0-6; IC 95%)» ⁽⁵⁾.

«A systematic overview of the literature... was undertaken. No controlled trials or analytic studies evaluating routine diagnostic imaging were found. None of the studies provided evidence of the impact of routine imaging on the development of renal scars and clinical outcomes in children with their first urinary tract infection.

CONCLUSION: Methodologically sound, prospective studies are needed to assess whether children with their first urinary tract infection who have routine diagnostic imaging are better off than children who have imaging for specific indications. We conclude that the current recommendations are not based on firm evidence» ⁽⁶⁾.

Não há provas que a antibioterapia contínua seja mais eficaz que o tratamento precoce das infecções urinárias agudas, **na prevenção de cicatrizes** ⁽⁷⁾.

«The aim, in conservative management of vesico-ureteric reflux by antimicrobial prophylaxis, is to prevent recurrent febrile urinary tract infections and consequent renal scarring. However, the effects of this prophylactic strategy are difficult to evaluate, since the required **studies comparing children on prophylaxis with controls (without prophylaxis but under careful supervision) are lacking**» ⁽⁸⁾.

«Some important evidence-based conclusions... were drawn from the literature review-**Reflux without UTI has not been shown to be dangerous.**

A normal DMSA scintigraphy excludes reflux of clinical significance and may therefore make a VCU unnecessary» ⁽⁹⁾.

Será indispensável cistografar 88% de crianças que de tal não necessitam para identificar 12% (10 a 30%; 0% em algumas etnias) de RVU dos quais 80% desaparecerão espontaneamente em 3A e cujo significado como factor de risco de cicatriz renal **nestas circunstâncias** não está provado?

Os inconvenientes, os custos e os riscos da cistografia não serão maiores que as alegadas vantagens? Por cada pielonefrite eventualmente evitada pela cistografia sistemática quantas infecções urinárias iatrogénicas com germes hospitalares em crianças sem RVU? Quantos incidentes?

Será esta a prioridade em Serviços de Radiologia saturados?

Não seria correcta a alternativa de manter estas crianças sob vigilância clínica, com ecografias repetidas e urocultura e terapia adequadas, ao menor sinal de alarme para os quais os pais estariam alertados?

Todos os casos anómalos ou suspeitos seriam abordados selectivamente.

Um estudo prospectivo, cooperativo entre os Serviços de Pediatria portugueses, que comparasse as duas atitudes, seria utilíssimo.

Bibliografia

1. Calhau P, Duarte A, Braga M et al. A importância da cistografia no estudo da hidronefrose congénita. *APP* 1999; 30: 377-80.
2. Batista J, Abranches M, Silva A et al. Diagnóstico pré-natal de anomalias do tracto urinário e valor da cistografia miccional no estudo evolutivo pós-natal. *APP* 1999; 30: 477-80.
3. Herndon CD, McKenna PH, Kolon TF, Gonzales ET, Baker LA, Docimo SG. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. *J Urol* 1999; 162 (3 Pt 2): 1203-8.
4. Kitagawa H, Pringle KC, Stone P, Flower J, Murakami N, Robinson R. Postnatal follow-up of hydronephrosis detected by prenatal ultrasound: the natural history. *Fetal Diagn Ther* 1998; 13: 19-25.
5. Horowitz M, Gershbein AB, Glassberg KI. Vesicoureteral reflux in infants with prenatal hydronephrosis confirmed at birth: racial differences. *J Urol* 1999; 161: 248-50.
6. Dick PT, Feldman W. Routine diagnostic imaging for childhood urinary tract infections: a systematic overview. *J Pediatr* 1996; 128: 15-22.
7. Verrier Jones K. Prognosis for vesicoureteric reflux. *Arch Dis Child* 1999; 81: 287-9.
8. Bollgren I. Antibacterial prophylaxis in children with urinary tract infection. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 88(431): 48-52.
9. Jodal U, Lindberg U. Guidelines for management of children with urinary tract infection and vesico-ureteric reflux. Recommendations from a Swedish state-of-the-art conference. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 88(431): 87-9.

Dilemas e Controvérsias Perante o Diagnóstico Pré-natal de Dilatação Moderada do Bacinete

MAGDA RIBEIRO

Serviço de Pediatria – Hospital de Santa Maria

O desenvolvimento da ecografia pré-natal e a detecção da existência de anomalias do aparelho urinário fetal veio criar um novo campo e novos desafios para a urologia pediátrica.

O diagnóstico pré-natal de dilatação piélica ligeira, defenida como existência de um bacinete com um diâmetro anteroposterior de 4 a 10 mm, tornou-se um achado frequente na ecografia fetal. O significado e a história natural destas dilatações não são claros e daí resultou certa confusão e falta de consenso no que diz respeito à atitude apropriada no manejo e investigação pós-natal destes recém-nascidos. Como distinguir por ecografia quais as dilatações com significado patológico das que são devidas somente a um atraso da maturação do aparelho urinário?

Segundo alguns autores, um diâmetro piélico anteroposterior igual ou superior a 7 mm a partir da 27.^a semana de gestação, tem um valor predictivo positivo no que diz respeito à existência de uropatia, devendo todos estes casos serem investigados após o nascimento ⁽¹⁾. Outros autores classificaram as idades gestacionais em 3 grupos e determinaram os valores preditivos dos diâmetros anteroposteriores em cada grupo, orientando a investigação pós-natal de acordo com essas determinações ⁽²⁾.

A atitude mais agressiva no que diz respeito à abordagem e manejo das crianças com diagnóstico pré-natal de dilatação do bacinete tem como finalidade a preservação da integridade do parênquima renal, mediante a instituição atempada das terapêuticas adequadas para cada caso.

Estarão as crianças com diagnóstico pré-natal de dilatação moderada do bacinete a ser investigadas e tratadas demais? Talvez sim, mas parece-me que a não investigação destes casos poderá deixar por diagnosticar e tratar precocemente casos de Refluxo Vesico Ureteral (RVU),

conforme comprovaram alguns autores ^(3, 4, 5, 6, 7). Esta atitude torna-se ainda mais importante se tivermos em conta que a nefropatia de refluxo e as anomalias estruturais são a primeira causa de insuficiência renal crónica nos primeiros anos de vida ⁽⁸⁾, e que é ainda significativo o número de crianças em que este diagnóstico só é efectuado já na fase terminal da insuficiência renal.

Uma dilatação moderada do bacinete pode corresponder à existência de um Refluxo Vesico Ureteral primário (RVU) de Grau III, o que justifica um estudo das características do parênquima renal nestes casos, uma vez que pode em alguns já haver alteração da função do rim atingido, devido à existência de certo grau de displasia congénita do parênquima renal, a qual tem sido constactada em alguns casos com RVU de grau = ou >3 ⁽⁹⁾, antes de ter tido qualquer Infecção Urinária (IU).

O RVU é considerado como um dos factores do hospedeiro favorecedores do estabelecimento de IU, quer baixas quer altas, constituindo as últimas um factor de risco para a integridade do parênquima renal, uma vez que a resolução da reacção inflamatória provocada pela presença de agentes infectantes no rim pode dar origem ao aparecimento de cicatrizes no parênquima renal ⁽⁹⁾, com as consequências que daí podem resultar, tais como diminuição da função do rim atingido e/ou Hipertensão Arterial. Para tentar evitar as IU tornou-se norma internacional a instituição de quimioprofilaxia das Infecções Urinárias. Em Portugal a profilaxia das IU com trimetoprim (1.^a escolha em todas as idades) tem o consenso das secções de Neonatologia e Nefrologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Apesar do RVU primário ter tendência para melhoria e resolução espontânea no decorrer dos 2-3 primeiros anos de vida, é também durante esse mesmo período que o risco de as IU provocarem cicatrizes renais é maior.

Tendo em conta que o RVU primário, conforme consta na literatura internacional e também por nós documentado ⁽¹⁰⁾ representa entre 20 a 30% da etiologia das dilatações pré-natais, favorece o estabelecimento de infecções

*Vissititudes várias levaram ao atraso na resposta à carta do Sr. Prof. Doutor H. Carmona da Mota. Por este facto nos penitenciamos e pedimos as nossas desculpas. - A.P.P.

urinárias, e não há ainda estudos comparativos que provejam que tratar agressivamente e precocemente uma IU alta protege tanto o parênquima renal quanto fazer profilaxia das IU, achamos que perante o diagnóstico pré-natal de dilatação moderada do bacinete devemos continuar a pesquisar a existência de RVU, e em caso de existência deste, manter a atitude de indicar a quimioprofilaxia das IU.

Bibliografia

1. Kent A et al. *Prenat Diagn* 2000; 20(3): 206-9.
2. Siemmens et al. *Tech Urol* 1998; 4(4): 198-201.
3. Dudley JA et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1997; 76(1): 31-4.
4. Scott JE et als. *BJU Int* 1999; 84(6): 693-700.
5. McIlroy PJ et als. *J Paediatric Child Health* 2000; 36(6): 569-73.
6. Jawson MS et als. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999 Mar; 80(2): 135-8.
7. Anderson Ng et als. *Ped Nephrol* 1977; 11(5): 610-6.
8. Wassner SJ et al. *Pediatric Nephrology*: Ed T. Martin Barrat, Ellis Avner William E. Harmon 1999; 1155-82.
9. Agace W et als. *Urinary Tract Infection – Molecular Pathogenesis and Clinical Management*: Ed Harry LT Mosbley, John W Warren 1996; 221-43.
10. Nefropatia Congénita – História natural desde o diagnóstico preñatal. Apresentado na reunião conjunta XIV Reunião da Secção de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria, XXVII Congreso de la Asociacion Española de Nefrologia Pediatrica, III Reunião Ibérica de Nefrologia Pediátrica, que teve lugar no Porto em Novembro de 2000.