

Estenose Ureteropélvico Fetal – Diagnosticada pela Ultra-sonografia*Fetal Uretero-Pelvic Stenosis – Diagnosed by Ultrasonography*Guilherme de Almeida Bastos ¹Danilo Micheletto. Laurino ²Marcelo Kazuo Kashiwabuch ²Pedro Adri Oliveira Agostini ²Rafael de Souza Ramos Ploch ²**Palavras-chaves:**

Ultra-sonografia

Estenose

Ureteropélvico

Recém-nascido

Resumo

Os Autores relatam um caso de estenose na Junção Uretero-Pélvico à esquerda, diagnosticado no pré-natal pela ultra-sonografia com 25 semanas de gestação. A importância do diagnóstico precoce foi a interrupção da gestação antes de ocorrer uma perda renal fetal ou lesão irreversível renal do Recém-nascido (RN).

Abstract

The authors report a case of stenosis in Uretero-Pelvic Junction at the left side, diagnosed in pre-birth by ultrasonography at the 28th week of gestation. The importance of the previous diagnosis was the interruption of gestation before the occurrence of a fetal renal loss or a irreversible renal lesion in neonate.

Key words:

Ultrasonography

Uretero-Pelvic
Stenosis

Neonate

1. Introdução

As anomalias congênitas do trato urinário são responsáveis por grande parte das alterações que levam à insuficiência crônica e falência renal na infância. A alteração fetal mais frequentemente detectada no diagnóstico pré-natal é a hidronefrose, e apenas uma pequena parcela está associada a alterações urológicas significativas, as quais geralmente decorrem das uropatias obstrutivas altas, como a estenose das junções uretero-pélvica.

Nas últimas décadas, com o desenvolvimento da ultra-sonografia e suas indicações frequentes durante a gravidez, aumentaram os diagnósticos precoces das malformações do trato urinário, possibilitando uma melhora prognóstica devido ao tratamento intra-uterino ou neonatal imediato.

A estenose da junção uretero-pélvica é a causa mais comum de hidronefrose no rim fetal, acometendo mais o sexo masculino

e o rim esquerdo, com graus diferentes de severidade. O diagnóstico é confirmado pela ultra-sonografia quando visualizamos a pelve renal dilatada e a ectasia dos ductos. Os ureteres, em geral, não são visíveis, a bexiga fetal é normal e a quantidade de líquido amniótico não se altera, principalmente quando o rim contralateral é normal. Caso tenhamos a presença de oligodrâmnio, isso acarreta um mau prognóstico, pois sugere a presença de agenesia ou displasia no rim contralateral. Os principais fatores relacionados ao prognóstico são a lateralidade do acometimento (uni ou bilateral), a ocorrência de oligodrâmnio, sendo que a condição causadora do óbito neonatal são as malformações extra-renais como a hipoplasia pulmonar.

Em relação ao tratamento, existem duas correntes terapêuticas: na hidronefrose leve a moderada, com padrão não obstrutivo

¹ Mestre - Fisioterapia - UniFOA² Fisioterapeutas

e função renal preservada, adotou-se uma conduta expectante com controles necessários de ultra-som na gravidez e ultra-som, urografia excretora e cintilografia no pós-natal; verificou-se, então, uma involução progressiva da dilatação, não requerendo tratamento cirúrgico, apenas acompanhamento clínico e laboratorial. Na hidronefrose grave há necessidade de correção cirúrgica pós-natal (ureteropielostomia e pelvectomia) para alívio da obstrução e preservação da função renal.

2. Relato de caso

Paciente T. S., 27 anos, leucoderma, primigesta, iniciou acompanhamento pré-natal no dia 08/08/06 na Policlínica da Mulher, na cidade de Volta Redonda-RJ. Com Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), foram pedidos os exames de primeira rotina (DUM-05/06/06) o qual não apresentou nenhuma irregularidade. No PNAR foi feito um acompanhamento clínico e de exames ultrasonográfico mensal e no dia 27/11/06 foi diagnosticado, pela ultra-sonografia, uma imagem compatível com cisto renal à esquerda. No dia 20/12/06, a paciente fez outro exame de ultra-sonografia morfológica e 3D, que identificou uma “imagem sugestiva de dilatação da pelve renal esquerda fetal que medeia 27 x 21 mm de diâmetro” e nenhuma outras anormalidades anatômicas.

O acompanhamento clínico foi mantido até a ultra-sonografia do dia 22/02/07, quando tinha 37 semanas e 2 dias de amenorréia, observando-se: “uma acentuada dilatação do sistema pielocalicial renal esquerdo fetal. Nota-se também grande imagem cística regular, alongada, medindo 64 x 48 mm de diâmetro que pode corresponder a grande dilatação do ureter esquerdo fetal (estenose de junção ureteropélvico esquerda)”, sem oligohidramnia, ILA 13cm, neste interim, a gestante desencadeou a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Nesta ocasião, a paciente foi encaminhada para a maternidade do Hospital Municipal São João Batista, para interrupção da gestação e avaliação do RN pela cirurgia pediátrica.

Entretanto, a cesariana foi realizada no dia 26/02/07 no Hospital Municipal São João Batista, após feitura do exame de ultrasonografia e Doppler velocimetria,

para uma reavaliação obstétrica antes do ato cirúrgico do binômio materno fetal. O recém-nascido pesou 3885 gramas, capurro 37 semanas e 6 dias, Apgar 9/10, e foi internado no UTI neonatal no dia 27/02/07 a espera de cirurgia, no dia 03/03/07. A cirurgia do RN consistiu em uma ureteropielostomia + pelvectomia à esquerda, com tratamento per-operatório com Cefazolina do dia 03/03/07 a 06/03/07, Cefalexina do dia 07/03/07 a 20/03/07 e Gentamicina do dia 17/03/07 a 27/03/07, após colheita da urina para exames. No dia 18/03/07, o resultado da urocultura deu positivo para *Enterobacter aeruginosus* e sensíveis aos antibióticos usados.

No dia 14/03/07, foi realizado um estudo radiológico contrastado que demonstrou a passagem de contraste pela junção. A alta hospitalar curada do RN ocorreu após 24 dias da internação na UTI neonatal.



Fig 1- Presença de imagem anecóica em loja renal esquerda

3. Discussão

A obstrução da junção ureteropélvica é a causa mais freqüente de hidronefrose fetal (85-90%). Sendo que a maior ocorrência se dá nos fetos de sexo masculino, e de forma unilateral em 70% dos casos. (PASTORE E CERRI, 1997). A junção ureteropélvica é sítio mais comum de obstrução do trato urinário, ocorrendo em um a cada 1.500 nascidos vivos. (APOCALYPSE, 2003)

Caso a obstrução não ocorra de uma forma total, podemos ter um desenvolvimento renal normal, se ela ocorrer durante o segundo trimestre da gravidez, poderemos observar uma hidronefrose, dependendo então o dano renal do grau e da duração da obstrução. Porém, quando a obstrução é completa e ocorre na fase precoce da vida intra-uterina, podemos observar no feto a ocorrência

de hipoplasia renal (rins pequenos com parênquima renal aparentemente normal) e Potter tipo II (formação anormal de néfrons e estroma mesenquimal). (PILU, 2001)

O diagnóstico é dado por meio da ultra-sonografia, quando visualizamos uma pelve renal dilatada e ectasia dos ductos. Os ureteres, em geral, não são visíveis, a bexiga fetal é normal e a quantidade de líquido amniótico não se altera, principalmente, quando o rim contralateral é normal, caso tenhamos a presença de oligodrâmnio, isso acarreta um mau prognóstico, pois sugere a presença de agenesia ou displasia no rim contralateral. Algumas vezes, identificamos anomalias do trato urinário em 27% dos casos, como: refluxo vesicoureteral, duplicação ureteral bilateral, obstrução ureteral mais baixa, agenesia renal contralateral, estenose meatal e hipospádia. Anomalias do sistema extra-urinário podem ser vistas em 19% dos casos (PASTORE E CERRI, 1997)

A obstrução do ureter quase sempre não é completa e resulta de um estreitamento fibrótico intrínseco da junção entre o ureter e a pelve. Essa obstrução pode variar desde uma obstrução completa, rara, levando a alterações displásicas graves do parênquima renal, até a quadros de hidronefrose leve, não-obstrutiva, que melhoram ao longo do tempo espontaneamente.

O dano renal inicial é menor nos casos detectados no período pré-natal, todavia, é controverso se há melhor resposta pós pieloplastia, quando comparado com crianças diagnosticadas tardiamente. Essa detecção precoce criou duas correntes terapêuticas: uma que defende a correção cirúrgica precoce, outra que opta pela observação criteriosa, reservando a cirurgia para os casos de deterioração renal. Desde então, muitos estudos têm avaliado se a conduta conservadora, não cirúrgica, é segura no manejo da obstrução da junção ureteropélvica, nesses casos, assintomática. O estudo de Ransley et al demonstrou que apenas 30% das unidades renais tratadas conservadoramente tiveram de ser submetidos à pieloplastia, uma vez que houve declínio da função renal na segunda avaliação cintilográfica. Outro estudo publicado recentemente foi realizado com o objetivo de avaliar a melhor abordagem da obstrução da junção ureteropélvica em recém-nascidos com hidronefrose de grau III e função renal

diferencial maior que 40% no renograma. Após um ano de seguimento, o grupo submetido ao tratamento cirúrgico apresentou melhora significativa da hidronefrose e do padrão da cintilografia em comparação com o grupo de tratamento conservador. Contudo, não houve diferença significativa na comparação da função renal em ambos os grupos (OLIVEIRA, 2001).

Para os casos de hidronefrose grave (grau IV) - padrão obstrutivo inequívoco no renograma e função renal alterada - a indicação de correção cirúrgica é consensual entre os autores. No entanto, em casos de hidronefrose leve (grau I ou no máximo grau IV) – padrão não obstrutivo na cintilografia e com função renal preservada- a conduta conservadora é segura. Contudo, nos casos de hidronefrose moderada (grau II a IV), mas com padrão intermediário na cintilografia e função renal normal, a conduta ainda é controversa (FILHO, 2002)



Fig 2 - Dilatação na junção ureteropélvica renal esquerda e hidronefrose de grau II

4. Conclusão

Nos dias atuais, a medicina fetal tem beneficiado os recém-natos, principalmente com o uso da ultrasonografia, favorecendo o diagnóstico precoce e intra-útero de patologias congênitas, propiciando o tratamento cirúrgico do RN no pós-parto imediato, evitando com isso lesões irreversíveis de órgãos vitais, em

alguns casos e, em determinadas patologias, esse tratamento poderá ser realizado, também, intra-útero.

5. Referências

APOCALYPSE, G. T., RABELO, E. A. S., DINIZ, J. S. S., MARINO, V. S. P., SIMAL, C. J. R., RODRIGUES, A. M., FAGUNDES L. A. e OLIVEIRA E. A. **Abordagem da obstrução de junção ureteropélvica identificada na investigação de hidronefrose fetal.** Rev Med Minas Gerais 2003; 13(4): 285-9

FILHO, A. A. M., MIRANDA, M.L., NETO, L. S., KÖHLER, H. F., SILVA, J. M. B. e BARINI, R. **Hidronefrose pré-natal:** Experiência do grupo de medicina fetal – UNICAMP. HB Científica, Janeiro – Abril 2002, Vol. 9 nº 1 (11-18)

OLIVEIRA, E.A., DINIZ, J. S. S., MESQUITA, F.M. **Revisão: Hidronefrose fetal** – abordagem pós-natal, avanços e controvérsias. J Bras Nefrol 2001;23(3):152-65

PASTORE, A. R., CERRI, G.C. **Ultrasonografia:** obstetrícia, ginecologia. editora Sarvier. 1997

PILU, G., NICOLAIDES, K., XIMESNES, R., JEANTY, P. **Diagnóstico de Anomalias Fetais.** The Fetal Medicine Foundation. 2001

VUOLO, M. E. L. **Diagnóstico diferencial em ecografia obstétrica,**1992

Informações bibliográficas:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma:

BASTOS, G.A.; LAURINO, M.; KASHIWABUCH, M. K.; AGOSTINI, P.A. R.; RAMOS, R. S.. Estenose Ureteropélvico Fetal – Diagnosticada pela Ultra-sonografia. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, ano 2, nº. 5, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/edicao/05/80.pdf>>