

Relato de caso de um diagnóstico tardio de válvula de uretra posterior

Case report of a late diagnosis of posterior urethral valve

DOI:10.34119/bjhrv5n3-153

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Vinicius Camilo Silva de Alencar

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: R. Cônego Machado, 984 - Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: viniciuscsa4@gmail.com

Cristian Lima Duarte

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: R. Cônego Machado, 984 - Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: cristianlimad@gmail.com

Geórgia Araújo Pacheco

Pós-doutorado pela Universidade Federal de Pernambuco

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: R. Cônego Machado, 984 - Farol, Maceió - AL, CEP: 57051-160

E-mail: georgia_a_pacheco@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A válvula de uretra posterior (VUP) é uma condição clínica grave, que só ocorre no sexo masculino e é caracterizada por se apresentar como uma membrana localizada na porção próxima à bexiga, na uretra prostática. Sua presença está relacionada a alterações miccionais desencadeadas pela elevação da pressão intravesical, a qual implica em diversas complicações e maior predisposição à doença renal crônica. **Objetivo:** Descrever um relato de caso de diagnóstico tardio, seus aspectos clínicos e terapêuticos de VUP. **Relato de caso:** Menino, 7 anos e 7 meses, pardo, diagnosticado tardiamente com VUP, no qual apresenta diversos sinais clínicos de obstrução urinária e complicações - tais como infecções urinárias de repetição, incontinência urinária e bexiga miogênica-, sendo tudo isso em decorrência da sobrecarga contínua de rins e vias urinárias. **Conclusão:** Nesta perspectiva, a VUP deve ser diagnosticada e tratada o mais precoce possível, de preferência nos primeiros anos de vida, a fim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes e evitar complicações futuras.

Palavras-chave: válvula de uretra posterior, anomalias congênitas dos rins e do trato urinário, diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: The posterior urethral valve (PUV) is a serious clinical condition, which only occurs in males and is characterized by presenting itself as a membrane located in the portion close to the bladder, in the prostatic urethra. Its presence is related to voiding changes triggered by increased intravesical pressure, which implies several complications and a greater

predisposition to chronic kidney disease. Objective: To describe a case report of late diagnosis, its clinical and therapeutic aspects of PUV. Case report: Boy, 7 years and 7 months, brown, diagnosed late with PUV, in which he presents several clinical signs of urinary obstruction and complications, such as recurrent urinary infections, urinary incontinence and myogenic bladder, all of which are due to the continuous overload of kidneys and urinary tract. Conclusion: From this perspective, PUV should be diagnosed and treated as early as possible, preferably in the first years of life, in order to improve the quality of life of these patients and avoid future complications.

Keywords: posterior urethra valve, thought anomalies of rinses and urinary tract, diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A Válvula de Uretra Posterior (VUP) se caracteriza como uma malformação do trato urinário que ocorre durante o desenvolvimento fetal e que pode perdurar no pós-natal (ZORNOZA *et al.*, 2015). A fisiopatologia da VUP envolve alterações vesicais que são desencadeadas pelo aumento da pressão intravesical e que proporcionam resistência ao fluxo e hipertrofia do músculo detrusor (LOURENÇO, 2017).

A alteração clínica mais comum de VUP no período fetal é a ureterohidronefrose bilateral em fetos do sexo masculino, encontrada na ultrassonografia obstétrica, sobretudo se associada a alterações vesicais como bexiga espessada e megabexiga. A hidronefrose é uma condição de dilatação do sistema coletor renal, e apresenta critérios clínicos ultrassonográficos que são utilizados para diagnóstico e acompanhamento ambulatorial do pré-natal. O ultrassom de 2º trimestre é o melhor para se fazer essa avaliação de anomalias do trato urinário, sendo normalmente realizado entre a 20ª e 24ª semanas.

Outra condição clínica observada no período é o oligodrômio: uma sequela desencadeada pela obstrução do trato urinário inferior, que se configura como fator de risco aumentado para doença renal crônica e hipoplasia pulmonar. A hipoplasia pulmonar é a principal responsável pelas mortes de pacientes portadores de VUP, devido a dificuldades de expansão intraútero e movimentação torácica, podendo ocasionar insuficiência respiratória no recém-nascido (LOURENÇO, 2017; NGUYEN *et al.*, 2010).

O funcionamento inadequado da bexiga é uma das principais complicações decorrentes da elevação de pressão intravesical crônica. Neste cenário, a bexiga hiperativa vem se mostrando como a apresentação mais comum de doença não neuropática - ocasionada por essa obstrução de trato urinário inferior nas crianças maiores. A partir disso, é comum a ocorrência de sintomas como a incontinência e urgência miccional, disúria, jato fraco, enurese e gotejamento pós-miccional (HODGES *et al.*, 2009; TANG *et al.*, 2020).

O tratamento inicial pode ser feito com terapia profilática antibiótica e cateterismo uretral de demora para descompressão do trato urinário. Deve ser feita a avaliação da função renal a cada 48 horas com a creatina sérica e controle de diurese. Se não houver melhora da função renal após a drenagem vesical, pode se tratar de um caso de mau prognóstico renal ou de uma descompressão ineficaz (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

A partir disso, outra opção seria a vesicostomia, que é uma via de acesso cirúrgico a bexiga. Este procedimento pode oferecer uma descompressão mais eficaz do trato urinário em pacientes com uretra pouco calibrosa em que apenas cateteres de pequeno calibre podem ser utilizados. Nessa lógica, ela constitui uma alternativa de tratamento em locais que não disponham de endoscópio pediátrico para a ablação das VUP (KAJBAFZADEH *et al.*, 2015).

Por fim, a ablação transuretral é considerada padrão ouro para esse tratamento, sendo feita através de um cistoscópio pediátrico, que tem acesso através do canal uretral. Além disso, uma segunda alternativa seria a eliminação através de alças de ressecção e até mesmo fibras a laser (KAJBAFZADEH *et al.*, 2015).

O seguimento clínico deve ser iniciado no primeiro mês após a ablação das válvulas, com análise de função renal e vias urinárias - mediante ultrassonografia. A avaliação do aspecto uretral deve complementar a investigação a fim de avaliar a persistência de obstrução e prever a possibilidade de prognóstico inadequado e infecções recorrentes. Por fim, o estudo urodinâmico também é importante no acompanhamento para análise do dano vesical (HOLMES, 2016).

Esse trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso de um paciente diagnosticado tardiamente com Válvula de Uretra Posterior, reforçando a importância do diagnóstico precoce desta patologia com o intuito de evitar complicações urinárias e sequelas anatômicas e funcionais.

2 RELATO DE CASO

Menino, 7 anos e 7 meses, pardo, apresenta-se para a primeira consulta com a nefropediatra. Relata a persistência de queixas urinárias, após a realização de ressecção endoscópica para tratamento de Válvula de Uretra Posterior, tardiamente diagnosticada aos 5 anos de idade. Durante o interrogatório, as queixas urinárias referidas foram: jato fraco e intermitente, perdas urinárias em gotejamento e infecções urinárias de repetição.

Na consulta de retorno, o paciente compareceu com diário miccional feito em 4 dias: diurese de 12 a 15 vezes ao dia - com episódios de urgência, e perdas urinárias e micções entre 50 e 150 ml - sendo que a sua capacidade vesical esperada para a idade é de 240 a 270 ml. Ao

exame físico, perceberam-se perdas urinárias na roupa íntima, embora o paciente tenha negado desejo miccional. Ademais, foram fornecidas orientações gerais e solicitação de estudo urodinâmico (EUD) para avaliação da disfunção vesical.

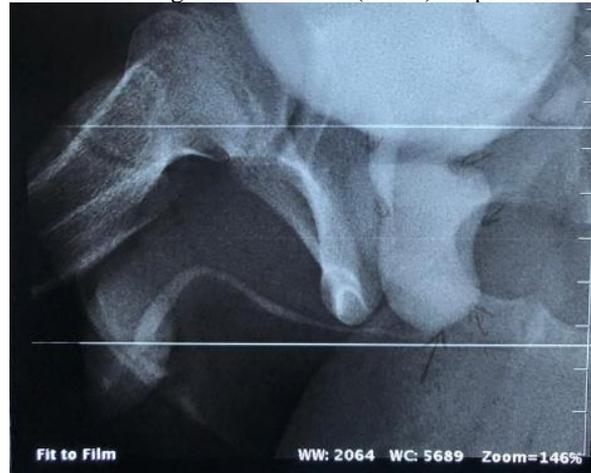
Em seguimento clínico posterior, o estudo urodinâmico constatou hiperatividade detrusora com dissinergia vesico-esfincteriana, atingindo pressões detrusoras de alto risco para o trato urinário superior. Assim, foi prescrito oxibutinina como anticolinérgico, uma vez que esse medicamento possui efeito antiespasmódico direto no músculo liso e atua na prevenção de eventos de incontinência urinária, urgência miccional e outros distúrbios da micção.

Após o início do tratamento com a oxibutinina, o paciente relatou melhora do quadro de urgência miccional, redução da frequência urinária e das perdas nos intervalos das micções. No exame físico, não foi detectado bexigoma e não havia tido perda urinária na roupa íntima. Manteve-se a conduta prévia, havendo apenas ajuste das doses. Nos retornos subsequentes, apesar do uso contínuo da medicação e do hábito intestinal regular, não houve resolução completa dos sintomas.

Durante o seguimento ambulatorial, o paciente apresentou diário miccional com frequência de 6 a 7 micções ao dia, e volume mínimo de 150 ml e máximo de 300 ml - com perdas esporádicas em pequena quantidade. Além disso, sua ultrassonografia evidenciou dilatação pielocalicial à esquerda - com diâmetro anteroposterior da pelve de 0,9 cm, redução de parênquima e dilatação do terço distal do ureter (calibre de 7,7 a 15,8 mm) e ausência de hidronefrose em rim direito.

Devido à persistência dos sintomas de disfunção miccional e presença de ureterohidronefrose, foi solicitada a realização de uma uretrocistografia miccional (UCM), uma vez que este exame representa o padrão ouro para diagnóstico de VUP e de associação com refluxo vesicoureteral secundário. Durante a fase miccional da UCM foram evidenciadas as seguintes situações: a micção fracionada, jato fraco e imagem de contraste de forma alargada em uretra posterior com “stop” ao nível da uretra bulbar (Figura 1).

Figura 1: Uretrocistografia miccional (UCM) do paciente relatado.



Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, foi indicada a avaliação endoscópica da uretra, por meio da cistoscopia, com o objetivo de se observar a presença de algum componente obstrutivo. Após a realização do exame, foram visualizadas muitas trabeculações na bexiga, sem presença de elementos obstrutivos anatômicos.

3 DISCUSSÃO

O principal método diagnóstico da VUP é por meio da ultrassonografia durante o período pré-natal (ZORNOZA *et al.*, 2015). Apesar da suspeita do diagnóstico ser feita através da ultrassonografia obstétrica, o padrão ouro para VUP é a UCM. No exame, pode-se observar a uretra posterior mais dilatada e, até mesmo, mais alongada. Além disso, podem-se ter outros achados em decorrência da obstrução, sendo eles, o aumento e irregularidade da bexiga e dos ureteres (TALABI *et al.*, 2015).

A importância desse diagnóstico precoce está relacionada à sua alta gravidade e complicações fetais e pós-natais, configurando-se como a principal causa de obstrução congênita da uretra posterior que pode ocorrer no neonato do sexo masculino (JESUS; TRINDADE FILHO; GOLDBERG, 2008; ZORNOZA *et al.*, 2015). Com isso, seu rastreamento e diagnóstico precoces são fundamentais para se evitar hidronefrose e outras complicações, tais como oligoâmnio e hipoplasia pulmonar (NGUYEN *et al.*, 2010; LOURENÇO, 2017).

Em crianças mais velhas, a VUP pode cursar com a presença de incontinência urinária intratável, poliúria, infecções do trato urinário (ITU) de repetição, enurese, jato urinário fraco e intermitente, hesitação, estrangúria e polaciúria. De forma geral, esses acometimentos estão associados a déficits pômbero-estaturais e a distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, tais como desidratação, acidose, hiponatremia e sede excessiva. De maneira mais incomum, esse

grupo também pode adquirir orquiepididimites de repetição e retenção urinária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). No entanto, em vigência de muitos pré-natais inadequados e de manifestações clínicas inespecíficas ou similares com outras comorbidades do trato urinário, muitas vezes, seu diagnóstico e tratamento não são feitos de forma precoce. No caso deste paciente, nenhuma alteração do trato urinário foi detectada ou suspeitada no período pré-natal, o que impediu que condutas fossem tomadas nos primeiros anos de vida.

Devido ao diagnóstico e correção tardios, o paciente evoluiu com quadro de disfunção miccional associados a alterações urodinâmicas. Essas modificações implicaram na piora da qualidade de vida do paciente, apresentando complicações, como infecção urinária de repetição, que está presente em grande parte dos portadores de VUP com idade superior a um ano. Assim, foi necessário iniciar o tratamento contínuo com oxibutinina, com objetivo de diminuir as contrações involuntárias do detrusor, e assim, melhorar o quadro.

Nesse sentido, a avaliação da perviedade uretral se mostra bastante importante, visto que se ainda houver sinais de obstrução, torna-se necessário realizar novamente a avaliação endoscópica da uretra, através da cistoscopia para realizar uma ablação de provável válvula residual. A estenose de uretra é uma complicação descrita na minoria dos pacientes, a qual pode ser diagnosticada a partir deste acompanhamento.

Por fim, foi indicada a nova cistoscopia, para descartar a presença de algum componente obstrutivo. Após a realização do exame, foram visualizadas alterações compatíveis com bexiga de esforço secundárias ao diagnóstico e correção tardios do processo obstrutivo congênito.

4 CONCLUSÃO

Dessa forma, sabe-se que o quadro de VUP do paciente poderia ter sido diagnosticado de maneira precoce no pré-natal por meio do ultrassom obstétrico. Portanto, a demora do diagnóstico levou a uma alteração da funcionalidade vesical que fez aumentar a sobrecarga renal e das vias urinárias, causando assim, disfunção miccional e infecções urinárias de repetição. Por isso, torna-se indiscutível a importância do diagnóstico precoce e seguimento clínico com especialista até a vida adulta, visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes e evitar complicações futuras.

REFERÊNCIAS

- HERBST, K. W.; TOMLINSON, P.; LOCKWOOD, G. *et al.* Survival and kidney outcomes of children with an early diagnosis of posterior urethral valves. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 14, n. 11, p. 1572-1580, 2019.
- HODGES, S. J.; PATEL, B.; McLORIE, G.; ATALA, A. Posterior urethral valves. **The Scientific World Journal**, v. 9, p. 1119-1126, 2009.
- HOLMES, N. Clinical presentation and diagnosis of posterior urethral valves. **UpToDate**, 2016.
- JESUS, C. M. N.; TRINDADE FILHO, J. C. S.; GOLDBERG, J. Late presentation of posterior urethral valve: two case reports. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 126, n. 2, p. 126-127, 2008.
- KAJBAFZADEH, A-M.; SHARIFI, S. H. H.; KEIHANI, S. *et al.* Concomitant anterior and posterior urethral valves in pediatrics: A single center experience over 12 years and long-term follow up after endoscopic treatment. **International Journal of Urology**, v. 22, n. 5, p. 514-519, 2015.
- LOURENÇO, E. M. **Análise retrospectiva do tratamento clínico e cirúrgico de pacientes portadores de válvula de uretra posterior**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2017.
- NGUYEN, H. T.; HERNDON, C. D. A.; COOPER, C. *et al.* The Society for Fetal Urology consensus statement on the evaluation and management of antenatal hydronephrosis. **Journal of Pediatric Urology**, v. 6, n. 3, p. 212-231, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Uropediatria: Guia para pediatras**. 1. ed. 2020. p. 276-301.
- PIÇARRO, C.; SILVA, J. M. P.; OLIVEIRA, E. A. Hidronefrose na criança. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, supl. 2, p. S61-S65, 2014.
- TALABI, A. O.; SOWANDE, O. A.; ETONYUEAKU, A. C. *et al.* Posterior urethral valves in children: Pattern of presentation and outcome of initial treatment in Ile-Ife, Nigeria. **Nigerian Journal of Surgery**, v. 21, n. 2, p. 151-156, 2015.
- TANG, L-F.; BI, Y-L.; FAN, Y. *et al.* Posterior Urethral Valves with Lower Urinary Tract Symptoms: Perspective on Urodynamics. **Journal of Investigative Surgery**, v. 34, n. 10, p. 1066-1071, 2021.
- ZORNOZA, M.; ANGULO J. M.; PARENTE, A. *et al.* Late diagnosis of posterior urethral valves. **Actas Urológicas Españolas (English Edition)**, v. 39, n. 10, p. 646-650, 2015.