

196P

Dr. Dótilson
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO PEDIATRIA

REFLUXO VESICoureTERAL - ANÁLISE CLÍNICA
DE 31 CASOS

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO 1983

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO PEDIATRIA

REFLUXO VESICoureTERAL - ANÁLISE CLÍNICA
DE 31 CASOS

AUTORES:

DÉCIO OWczARZAK JÚNIOR

JOEL ANTONIO BERNHARDT

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. NEWTON DJALMA DO VALLE PEREIRA pela valorosa orientação científica.
- Ao Dr. ADILSON OSÓRIO pelo material bibliográfico.
- Ao Dr. MARCOS MAY PHILIPPI pelo interesse.
- Aos Funcionários do Serviço de Arquivos Médicos (SAME) do H.I.J.G. pela disponibilidade.

ÍNDICE

RESUMO	1
INTRODUÇÃO	2
CASUÍSTICA E MÉTODOS	4
RESULTADOS	7
COMENTÁRIOS	16
CONCLUSÃO.....	22
SUMARY	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMO

Os autores estudam retrospectivamente 31 casos de refluxo vesicoureteral em crianças. São abordados os aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos.

60% dos casos ocorreram em lactantes, sendo 67% do sexo femininos.

O quadro clínico foi inespecífico, sendo o principal sinal, a febre em 54% dos casos.

O hemograma e o parcial de urina não forneceram dados muito significativos, enquanto que a urocultura comprovou infecção urinária em 61% dos pacientes.

Demonstra-se radiologicamente complicações renais em 70,5% e bilateralidade do refluxo em 64% das UCGM.

Os autores procuram demonstrar a importância do diagnóstico correto e precoce de refluxo em crianças.

INTRODUÇÃO

As infecções das vias urinárias em crianças são relativamente frequentes e em proporções que vão de 12% até 50% (6,3) está associado o refluxo vesicoureteral.

Para melhor entender esta patologia é necessário uma breve revisão do mecanismo normal anti-refluxo.

O ureter penetra na bexiga através do hiato ureteral e forma 3 segmentos: um segmento intra - vascular que atravessa o músculo detrusor, um segmento submucoso localizado imediatamente abaixo da mucosa vesical e um segmento intravesical situado dentro das fibras fibromusculares da bainha de Waldeyer.

O mecanismo anti-refluxo da junção ureterovesical atua segundo o princípio da "válvula de chapeleta". Durante a micção ocorre a contração do músculo detrusor comprimindo o ureter intramuscular e na medida que vai aumentando a pressão hidrostática intravesical, o ureter submucoso é comprimido contra o músculo detrusor ocluindo sua luz. Soma-se a isso a ação da musculatura trigonal, que fixa o ureter impedindo sua retração, mantendo maior o comprimento do ureter submucoso.

Uma série de alterações anômicas, do mecanismo anti-refluxo pode determinar incompetência se instalando o RVU.

O RVU induz alterações do ureter e mais tardiamente alterações renais como pielonefrite crônica, hidronefrose e até atrofia total do parênquima renal.

Considerando a importância desta patologia, cuja maior incidência ocorre nas crianças, o maior interesse que o RVU vem despertando nos últimos anos, as várias controvérsias sobre o assunto e a falta de trabalho semelhante em nosso meio, escolhemos o RVU para este estudo. Nos propomos a analisar os aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos.

Desta forma gostaríamos de colaborar para um melhor e mais precoce diagnóstico, como forma de prevenir sequelas renais potencialmente graves com o evoluir da doença.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No presente estudo foram analisados retrospectivamente 31 casos de refluxo vesicoureteral, no período de 12 de março de 1980 até 08 de agosto de 1983.

Os prontuários relativos aos 31 casos estão arquivados no Serviço de Arquivos Médicos do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Os pacientes foram analisados quanto aos aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos, não sendo objetivo deste estudo analisar o tratamento do refluxo.

Os critérios de avaliação clínica constaram de: sexo, idade na primeira internação, sintomatologia e dados de exame físico.

O estado nutricional dos pacientes foi avaliado e catalogado em:

- Eutrófico: deficit ponderal 10%
- Desnutrido I grau: deficit ponderal entre 10,1 e 25%
- Desnutrido II grau: deficit ponderal entre 25,1 a 40%
- Desnutrido III grau: deficit ponderal entre 40%

Os critérios para esta avaliação foram de GO MES.

Quanto aos exames laboratoriais analisamos : Hemograma, Parcial de urina e urocultura.

No hemograma o estudo de série vermelha foi

dividido em:

- Normal: quando o hematócrito esteve acima de 35%
- Anemia: quando o hematócrito estava abaixo de 35%

Na análise da série branca considerou-se:

- Leucocitose: quando contagens acima de 10.000 leucócitos
- Leucograma normal entre 5.000 a 10.00 leucócitos.

Ao exame de urina os parâmetros normais do exame microscópio do sedimento foram até 5.000 hemáceas e 10.000 leucócitos por ml de urina, conforme método de S.S. DE ALMEIDA.

Nos caracteres químicos da urina, foi considerada proteinúria a valores acima de 200 mg.

A urocultura foi considerada positiva quando a contagem esteve acima de 100.000 colônias de bactérias por mililitro sendo catalogada a bactéria que proliferou.

O Refluxo Vesicoureteral foi estudado radiologicamente em todos os casos, através da realização de urograma excretor e uretrocistograma miccional (UCGM).

Segundo o aspecto urográfico, leva-se em consideração alterações nas unidades renais quanto a sua forma e dimensões.

As alterações anatômicas do sistema pedocalicial e de ureteres também foram avaliados pela urografia excretora.

Segundo o aspecto uretrocistográfico foi diagnosticado e avaliado o RVU quanto a sua localização e

intensidade, esta ficando classificada em 4 graus:

- Grau I - enchimento somente da porção inferior do ureter.
- Grau II- enchimento do ureter e sistema pielocali-
cial, sem dilatações.
- Grau III- enchimento do ureter e sistema pieloca-
licial, com dilatação leve e moderada da
pelve, mas sem tortuosidade, sistema ca-
licial, formato arredondado.
- Grau IV- Ureteres e pelve com grande dilatação e
tortuosidade.

Conforme Dwoskin and Perlmutter, 1973.

Também na UCGM, foram estudados alterações anatomicas da uretra e anatomo funcionais vesicais.

O Refluxo foi dividido em primário, quando não há uma obstrução vesical ou da uretra e que não haja enfermidade nerogênica demonstrável, sendo que foi consi-
derado reflexo secundário quando este está associado a obstruções, transtornos neurogênicos e causas iatrogêni-
cas.

RESULTADOS

3.1. IDADE

Dos 31 casos o limite mínimo foi de 01 mês e o limite máximo foi de 13 anos e 4 meses. A faixa etária de maior incidência foi de 0 - 1 ano com 13 casos (41.9%) Do total de 31 casos 13 (41.9%) de 0 - 1 a, 6 (19.3%) de 1 - 2 a, 5 (16.1%) de 2 - 4a, 2 (6.4%) de 4 - 6 a, 2 (6.4%) de 6 - 8 a, nenhum caso de 8 - 10a, 2 (6.4%) de 10 - 12 a e 1 (3.2%) de 12-14 a (Tabela 1):

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DO RVU CONFORME SEXO E IDADE.

SEXO	M	%	F	%	Total	%
<u>IDADE</u>						
0 - 1a	8	2,58	5	16.1	13	4.19
1a- 2a	1	3.2	5	16.1	6	19.3
2a- 4a	1	3.2	4	12.9	6	16.1
4a- 6a	-	-	2	6.4	2	6.4
6a- 8a	-	-	2	6.4	2	6.4
8a-10a	-	-	-	-	-	-
10a-12a	-	-	2	6.4	2	6.4
12a-14a	-	-	1	3.2	1	3.2
TOTAL	10	32.2	21	67.7	31	100,0

FONTE: SAME do HIJG.

3.2. SEXO

Quanto ao sexo predominou o feminino com 21 casos (67.7%). O sexo masculino contribuiu com 10 casos (32.2%) (Tabela 1).

3.3. ASPECTOS CLÍNICOS

O sintoma mais frequente foi a febre 17 casos (54.8%). Seguiram os sintomas miccionais: Disúria 8 casos (25.8%), algúria 7 casos (22.5%) e outros distúrbios 7 (22.5%) que em ordem decrescente estão colocados na tabela 2. O exame físico não forneceu dados significativos para o diagnóstico.

TABELA 2. ASPECTOS CLÍNICOS MAIS IMPORTANTES DO RVU.

ASPECTOS CLÍNICOS	INCIDÊNCIA	%
febre	17	54,8
Disúria	8	25.8
<u>Algúria</u>	7	22,5
outros distúrbios		
miccionais	7	22.5
vômitos	5	16.1
palidez	5	16.1
icterícia	3	9.6

FONTE: SAME do HIJG.

3.4. ESTADO NUTRITIVO

A desnutrição ocorrem em 12 casos (38.8%) sendo que 7 de I grau, 4 de II grau e 1 do III grau. Em 19 (61.2%) os pacientes foram considerados eutróficos (Tabela 3):

TABELA 3: ANÁLISE DO ESTADO NUTRITIVO DOS 31 CASOS DE RVU.

GRAU	ESTADO	%
Eutróficos	19	61.2
I grau	7	22.5
II grau	4	12.9
III grau	1	3.2
TOTAL	31	100.0

FONTE: SAME do HIJG.

3.5. ASPECTOS LABORATORIAIS

3.5.1. Hemograma

Foi considerado anemia em 11 casos (35.4%), destes, em 10 casos (32.2%). O hematócrito estava entre 25% e 35% e 1 caso hematócrito menor do que 25% (Tabela 4).

O leucograma apresentou leucocitose em 17 casos (54.8%). (Tabela 4).

TABELA 4: ANÁLISE DO HEMOGRAMA NO RVU

	nº	%
Anemia	11	35.4
Leucocitose	17	54.8

FONTE: SAME do HIJG.

3.5.2. Achados urinários

Nos exames parciais de urina houve leucocitúria em 19 casos (61.2%), hematúria e proteinúria em 10 casos (32.2%) (Tabela 5):

TABELA 5: ANÁLISE DO SEDIMENTO URINÁRIO

BIOQUÍMICA DA URINA

	HEMATÚRIA		PROTEINÚRIA		LEUCOCITÚRIA	
	nº casos	%	nº casos	%	nº casos	%
Presente	10	32.2	10	32.2	19	61.2
Ausente	21	67.8	21	67.8	12	38.8
TOTAL	31	100.0	31	100.0	31	100.0

FONTE: SAME do HIJG

3.5.3. Urocultura

Nas uroculturas houve crescimento bacteriano com número de colônias maior do que 10^5 em 19 casos (61.2%). As bactérias mais encontradas foram: E.COLI¹¹, KLEBSIELLA 4 casos. Houve associação de 2 bactérias em 3 casos (9.6%) (Tabela 6).

TABELA 6: CRESCIMENTO BACTERIANO NA UROCULTURA

BACTÉRIA	Nº DE CASOS	%
E.Coli	11	57.8
Klebsiella	4	21.0
Proteus sp.	2	10.5
Salmonella	2	10.5
Serratia	1	5.2
Enterococo	1	5.2
Pseudomonas	1	5.2

FONTE: SAME do HIJG.

3.6. ASPECTOS RADIOLÓGICOS

3.6.1. Urograma excretor.

Ao exame radiológico do rim verificou-se o RVU atingindo a 51 junções ureteres vesicais incompetentes.

Destes, 36 (70.5%) unidades renais apresentavam alterações enquanto que as (29.5%) estavam normais. As alterações estão na tabela 7.

TABELA 7: AVALIAÇÃO RENAL PELA UROGRAFIA EXCRETORA

RIM	BILATERAL	UNILATERAL (nº casos)	
	Nº CASOS	DIREITA	ESQUERDA
Atrofia do Parênquima	8	4	2
Pielonefrite crônica	5	3	1
Aumento de volume	3	1	-
Hidronefrose	2	-	3
Exclusão funcional	-	-	1

FONTE: SAME do HIJG.

3.6.2. Uretrocistografia miccional (UCGM)

3.6.2.1. Estudo do RVU

Em todos os 31 casos a UCGM demonstrou a presença de RVU, sendo que a bilateralidade ocorreu em 20 casos (64.5%), unilateral à direita 6 casos (19.3%) e unilateral à esquerda 5 casos (16.1%).

Considerando-se a intensidade do RVU, verificou-se:

RVU - Grau I -	8
RVU - Grau II-	7
RVU - Grau III-	15
RVU - Grau IV-	19

Em um caso de duplicidade completa de ureter, o RVU no polo superior grau II, enquanto que no polo inferior foi grau IV.

Em outro caso de duplicidade de ureter houve RVU apenas para o ureter que drenava o polo inferior atingindo grau Iv (Tabela 8):

TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DO REFLUXO QUANTO AO LADO E INTENSIDADE PELA UCGM.

G R A U	UNILATERAL		BILATERAL	
	LADO		LADO	
	DIREITO	ESQUERDO	DIREITO	ESQUERDO
I	3	1	2	2
II	1	1	3	2
III	1	-	8	6
IV	1	3	5	10
TOTAL	11		20	

FONTE: SAME do HIJG.

3.6.2.2. Bexiga.

O estudo da bexiga revelou-se normal em 21 casos (67.7%). As alterações mais frequentes foram: Resíduos

miccional 5 casos, bexiga neurogênica 4 casos e contornos irregulares 4 casos (Tabela 9).

TABELA 9: AVALIAÇÃO DA BEXIGA PELA UCGM

BEXIGA	Nº
Normal	21
Resíduos miccional	5
Neurogênico	4
Contornos irregulares	4
Obstrução da junção vesicoureteral	2
Divertículos	1
Aumento de volume	1

FONTE: SAME do HIJG.

3.6.2.3. Uretra

Apresentou-se normal em 27 casos válvula de uretra posterior 3 casos. Tabela 10:

TABELA 10: ANÁLISE URETRA ATRAVÉS DA UCGM:

URETRA	Nº CASOS	%
Normal	27	87.1
Válvula uretra posterior	4	12.9
TOTAL	31	100.0

FONTE: SAME do HIJG.

3.6.2.4. Causa do RVU

Quanto a causa, o RVU foi primário em 20 casos (64.5%) e secundário em 10 casos (35.5%). Distribuídos conforme tabela 11.

TABELA 11: RVU QUANTO À CAUSA

PRIMÁRIO	TOTAL	20 CASOS
<u>SECUNDÁRIO</u>		
Bexiga neurogênica		4 casos
Válvula uretra posterior		3 casos
Duplicidade de ureter		2 casos
Divertículo de Bexiga		1 caso
Ureter ectópico		1 caso
TOTAL SECUNDÁRIO		11 casos

FONTE: SAME do HIJG.

COMENTÁRIOS

No presente trabalho a faixa etária em que predominou o Refluxo Vesicoureteral foi de zero a um ano de idade, com um percentual de 41.9%. Até os dois anos de idade a incidência chegou a 60% dos casos. O número de casos foi decaindo progressivamente até a idade de 14 anos.

Considerando-se estes dados com a literatura, vê-se que em nossa casuística houve o pico de incidência em idade mais precoce. No entanto, todos os autores concordam que há um predomínio nítido do refluxo na infância sendo muito pouco frequente no adulto.

Em busca de uma justificativa para este fato o trabalho de HUTCH mostrou uma variação do comprimento do ureter submucoso. Este autor constatou que no recém-nascido prematuro média 0,1 cm; na criança de 1 ano 0,7cm; crianças de 10 anos 1.15 cm; e no jovem de 19 anos 1.45cm. Este aumento progressivo no comprimento do ureter submucoso juntamente com a maturação das propriedades musculares do ureter seriam os responsáveis pela maior proteção contra o refluxo de desaparecimento espontâneo do refluxo

com o aumento da idade¹⁶.

O sexo feminino ocorrer em uma proporção aproximada a 2.1 masculino. Este dado, concordante com a literatura⁶, seria explicado pela maior frequência com que ocorre infecção urinária nas meninas, fato que determina uma maior investigação sobre as vias urinárias nestas³. A incidência tenderia a ser até maior no sexo masculino conforme demonstrou CUSSEN em 747 autopsias⁵.

Considerando-se a relação sexo/idade, houve predomínio de meninos apenas na faixa etária de zero a um ano, predominando as meninas nas demais faixas etárias. Estes dados são concordantes com a literatura⁴, que mostra predomínio do sexo masculino em idades mais precoces.

A apresentação clínica dos casos de refluxo vesicoureteral demonstra a febre como principal achado, ocorrendo em 54.8% dos casos. Sintomas ligados ao aparelho urinário apresenta disúria em 25.8%, algúria em 22.5% e outros sintomas urinários em 22.5%. Sintomas gerais tais como vômitos, palidez e icterícia também fizeram parte do quadro clínico.

A febre foi, em muitos casos, a única manifestação clínica, este fato somada à baixa incidência a sintomas relacionados ao trato urinário, torna mais difícil o diagnóstico de infecção urinária. Como na maior parte dos casos o RUV foi diagnosticado após infecções urinárias, este quando inespecífico retarda o diagnóstico do reflexo com consequência mais danosas para os rins.

A desnutrição ocorreu em 38.8%, e o outro

dados na apresentação clínica do refluxo, se bem que em nosso meio pela alta prevalência da desnutrição não é um dado muito importante.

Os achados laboratoriais mostram no hemograma, anemia em 35.4% dos pacientes. A leucocitose ocorreu em 54.8% sendo manifestação do quadro de infecção urinária.

A avaliação dos achados urinários, demonstra leucocitúria em 61.2% dos casos e em igual percentual houve crescimento bacteriano na urocultura.

A incidência de infecção comprovada laboratorialmente pela urocultura certamente está abaixo do esperado. A infecção urinária está associada ao refluxo mais frequentemente chegando até 95% esta associação³. Explica-se este fato pelo tratamento de infecção urinária no período anterior à internação.

Durante muito tempo se pensou que a infecção do trato urinário era a causa do refluxo. Atualmente há uma tendência a considerar o refluxo resultado de uma anormalidade primária da função ureterovesical, sendo a infecção responsável por alguns casos de refluxo transitório em crianças com anatomia da função "Bordeline"⁹.

A comprovação diagnóstica do RVU foi feita radiologicamente através da uretrocistografia miccional. Esta demonstrou refluxo bilateral em 20 casos 64.5% contra 11 casos de unilateralidade, abrangendo um total de 51 unidades renais.

Analisando a causa do refluxo, vimos que

foi primário em 20 casos sendo secundário nos demais 11 casos.

As alterações que levaram ao refluxo secundário abrangeram 4 casos de bexiga neurogênica, 3 válvulas de uretra posterior, 2 duplicidades completas de ureter, 1 divertículo de bexiga e 1 ureter ectópico.

A bexiga neurogênica e a válvula de uretra posterior provocam uma obstrução na saída da bexiga. Esta, quando submetida a uma dificuldade de esvaziamento, responde com hipertrofia e trabeculação do músculo detrusor. O músculo trigonal também se hipertrofia, puxando assim o orifício uretral até próximo do esfíncter interno da bexiga. Isto determina um maior trajeto do ureter submucoso e conseqüentemente uma proteção maior contra o refluxo^{15,16}.

Quando o mecanismo anti-refluxo reforçado pela hipertrofia da musculatura trigonal não é suficiente, pode haver saculação da bexiga no hiato ureteral, com desligamento do ureter até fora do hiato, determinando refluxo. Segundo INNES WILLIAMS isto ocorre em 44% dos casos de válvula de uretra posterior¹⁶.

A duplicidade ureteral completa ocorreu em 2 casos com refluxo para os ureteres do polo superior e inferior em um caso e apenas para o ureter que drena o polo inferior no outro caso.

As duplicidades ureterais completas apresentam refluxo pelo seguinte mecanismo: os dois ureteres estão unidos por uma adventícia comum que penetra na bexiga pelo mesmo hiato. O ureter que drena o polo superior pene-

tra inferiormente ao ureter do polo inferior. Devido a esta conformação anatômica o ureter que drena o polo superior percorre um maior trajeto submucoso, tendo maior proteção contra o refluxo^{2,4,9,15,16}.

O RVU no ureter ectópico ocorre devido a uma fragilidade da musculatura lisa do ureter, além disso o trajeto que deveria ser submucoso é mais profundo, não formando o mecanismo da válvula se chapeleta: anti-refluxo.

O refluxo secundário ao divertículo é devido ao deslizamento do ureter até o hiato ureteral, podendo a porção submucosa, sem dúvida, a maior proteção anti-refluxo¹⁵.

Na avaliação da bexiga encontrou-se 5 casos de resíduos miccional, o que se constitui num dos fatores de repetição e manutenção da infecção.

O urograma excretor salientou porque é importante diagnosticar o RVU precocemente para evitar com isso lesões renais graves e irreversíveis.

As sequelas renais encontradas nas 51 junções ureterovesicais que pertiram refluxo, mostrou atrofia do parênquima em 22 unidades renais, 14 pielonefrites crônicas, hidronefrose em 7 unidades renais, aumento de volume em 7 unidades renais e em uma unidade renal foi constatado exclusão funcional total.

O mecanismo pelo qual estas lesões ocorreu é devido ao fluxo retrógrado da urina transmitido durante a micção. Se o conteúdo vesical estiver infectado por

bactérias, estas são levadas até o rim, produzindo pielo
nefríte^{2,4,6,15,16}.

Em face ao RVU, o trato urinário não consegue esvaziar-se completamente, permitindo a perpetuação da infecção levando o tím a uma série de lesões progressivas até a exclusão total deste órgão, ou seja, a sua morte fisiológica.

CONCLUSÃO

1. A maior incidência do RVU ocorreu em lactentes com 60% dos pacientes.
2. O sexo feminino foi predominante representado 67% dos pacientes.
3. O quadro clínico do Refluxo foi inespecífico, sendo a febre o sinal mais frequente.
4. O refluxo bilateral predominou com 64% dos casos.
5. Complicações renais ocorreram em 70,5% das unidades renais.
6. O RVU foi considerado primário em 64,5% e secundário em 35,5% dos pacientes.

S U M A R Y

The authors present a retrospective analysis of 31 cases of vesicoureteral reflux in children.

There was a greater incidence from 10 to 2 year of age and in females.

Urinary infection was comproved by uroculture in 61% of the patients.

Radiologic renal complications were demonstred in 70% and bilateral reflux was evident by CUM in 64% of the cases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAP.S.; CABRAL, A.D. & FREIRE, J.G.V. - Ureteroplastia pela técnica de Gregoir. Folha Médica. 58:437-439 , 1969.
2. ARAP, S.; CABRAL, A.D. & FREIRE, J.G.V. - Propedeutica urológica. In Pedro de Alcantara e Eduardo Marcondes, ed., Pediatria Básica. São Paulo, Ed. Sarvier, 1968, vol. 11, pp.745-746.
3. BENT, J.E; GENSTER, H.; OLESEN, S. & NIGAARD, E. - Vesico_ureteral reflux in children. The Year Book of Pediatrics. pp. 199-200, 1979.
4. CAMPBELL, M.F. - UROLOGY Second edition. Philadelphia and London, W.B. Saunders Company, 1963.
5. CUSSEN, L.J. - Dimensions of the normal ureter in infancy and childhood. Invest. Urol. 5: 164-178, 1967.
6. GOVAN, D.E., FAIR, W.R., FRIEDLAND, G.W., et al.: Management of children with urinary tract infections. Urol. 6: 273, 1975.

7. HUCH, J.A. - The Theory of maturation of the intravesical ureter. J. Urol. 68: 390, 1961.
8. GREGOIR, W. & VANREGEMORTER, G. - Le reflux vésico-ureteral congenital. Urol. int, 18: 122-136, 1964.
9. POLITANO, V.A. & LEADBETTER, W.F. - An operative technique for correction of vesicoureteral reflux. J. Urol., 79: 932-941, 1958.
10. POLITANO, V.A. & LEADBETTER, W.F. - An operative technique for correction of vesicoureteral reflux. J: Urol. 98:195-197, 1967.
11. MARGILETH, A.M.; PEDREIRA, A.F.; HIRSCHMAN, G.H.; COLEMAN, T.H. - Infecciones bacterianas de vias urinárias. Clínica Pediátrica da America do Norte. 725-737, 1976.
12. BELMAN, A.B. - Importância clínica del refluxo vesicoureteral. Clínica Pediátrica da America do Norte. 709-721, 1976.
13. FREIRE, J.G.C.; SILVA, F.Q.; ARAP, S. - Fundamentos para a interpretação clínica e indicação cirúrgica do refluxo vesicoureteral. Rev. Paul. Méd. 83: 17-27. 1974.
14. GROSS, G.W. & LEBOWITZ, R.L. - Infections does not cause relflux. The Year Book of Pediatrics, 207, 1963.

15. SMITH, D.R. - Urologia Geral. Oitava edição. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1979.

16. WILLIAMS, D.I. Nefrologia Pediatrica. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1974.

TCC
UFSC
PE
0196

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0196

Autor: Owczarzak Júnior,

Título: Refluxo vesicoureteral : análise



972808485

Ac. 253836

Ex.1 UFSC BSCCSM