

Reflujo vésico-ureteral primario.

¿Una enfermedad genética? DR. GUILLERMO GAZZARA ¹

EL REFLUJO VÉSICO-URETERAL (RVU) constituye una enfermedad nefrourológica pediátrica de gran importancia. Su frecuencia, secundaria a su cada vez mejor conocimiento y búsqueda por el médico tratante, aumenta progresivamente. El pediatra general lo investiga con empeño cuando un paciente presenta infección urinaria y, cuando lo encuentra, plantea su tratamiento para evitar la nefropatía por reflujo posible causante de insuficiencia renal y/o hipertensión arterial. La infección urinaria persiste como el indicador biológico fundamental del reflujo, pero hoy conocemos situaciones, de menor frecuencia, donde puede existir en ausencia permanente o transitoria de aquélla. La naturaleza congénita del RVU primario es aceptada universalmente. Actualmente existe una fuerte corriente de opinión que cree que también es una enfermedad genética. Varios autores han señalado la frecuencia de este hallazgo en niños totalmente asintomáticos, hermanos de portadores de RVU. El mecanismo de transmisión genética no está aclarado (autosómico dominante, poligénico, ligado al cromosoma X), pero se acepta que si en una familia hay un niño con RVU, los hermanos están en riesgo de presentarlo también ⁽¹⁻⁴⁾. Van der Abbeele ⁽²⁾ comprobó que el 45% de los niños cuyos hermanos presentaban reflujo, también lo tenían. Estudió su población mediante cistografía convencional. Peeden ⁽¹⁾ encontró un porcentaje de 46% de RVU en los hermanos estudiados, elevándose esta relación al 50% si se hace con respecto a los recién nacidos. Indica a la población estudio con ecografía y cistografía convencional. Noe ⁽³⁾ señaló que su porcentaje es de 34%, el que se eleva si se considera solamente la población de lactantes. Comparó la evolución a distancia de los pacientes índices y de los hermanos, comprobando que entre los primeros existían varios con cicatrices e insuficiencia renal, lo que no se presentó en ninguno de los del segundo grupo. Wan ⁽⁴⁾ encontró 27% de hermanos con reflujo, estudiándolos con cistografía isotópica, a la que agregó la convencional si el reflujo era de alto grado. Realizó centellograma renal con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) encontrando entre los hermanos estudiados 14% de nefropatías por reflujo. Todos estos pacientes eran portadores de reflujo severos o eran mayores de 10 años. Connolly ⁽⁵⁾ insiste en el estudio temprano de los hermanos menores de 72 meses. Comprobó en la población menor de 24 meses un porcentaje de hermanos con reflujo de 24%. Indica cistografía isotópica y DMSA en aquéllos que presentan reflujo. Bonnin ⁽⁶⁾ comprobó 26% de hermanos con RVU, siendo también el porcentaje mayor en los lactantes. Indica ecografía, cistografía isotópica y DMSA. Comprobó un solo caso de reflujo y nefropatía concomitante, por lo que cree que el centellograma renal no es necesario. Isky Gordon (comunicación personal) señala que no todos los hermanos de niños con RVU requieren estudio. Lo indica: a) si integran familias con historia reiterada de reflujo; b) si el niño propósito presenta insuficiencia renal terminal secundaria a infección urinaria (IU) y RVU; c) si existe en la familia más de un niño con lesiones renales secundarias a IU y RVU. 1. Ex Profesor de Pediatría. Nefrólogo Pediatra. Artículo relacionado: Estudio de hermanos de niños portadores de reflujo vésico-ureteral, página 5.



La comprobación por diversos autores de que el porcentaje es siempre mayor en lactantes, estaría de acuerdo con lo ya conocido de la historia natural del reflujo que espontáneamente mejoraría y/o desaparecería en el curso del tiempo, por lo que aconsejan su detección oportuna. Es de gran interés la observación de Wan ⁽⁴⁾ que comprobó nefropatías por reflujo en niños cuya enfermedad era importante y su evolución, aunque asintomática, prolongada.

Nguyen ⁽⁷⁾ comprobó que 20% de aquellos recién nacidos a los que se les demostraron durante el período gestacional dilataciones urinarias altas mediante ecografía, estudiados luego del nacimiento con cistografía isotópica, presentaban reflujo. Ninguno presentaba alteraciones urinarias aunque en alto número alteraciones centellográficas importantes. En esta situación la infección tampoco jugaría un rol en estas lesiones, planteándose displasias renales concomitantes o, como lo sugiere un comentario editorial conjunto, serían producidas por un mecanismo de hipertensión endoluminal, como Ransley ⁽⁸⁾ clásicamente lo describió. El RVU podría ser, de acuerdo a lo expuesto, una enfermedad genética, y la necesidad de detectarlo en niños aparentemente sanos, hermanos de un niño propósito, una necesidad para algunos autores. Esta posición plantearía dudas para otros. Personalmente no los hemos estudiado en forma rutinaria, lo que podría ser considerado como un error. La mayor experiencia futura dirá la necesidad o no de realizar estudios costosos e irradiantes para detectar estas posibles malformaciones.

Bibliografía

1. **Peeden JN Jr, Noe HN.** Is it practical to screen for familial vesicoureteral reflux within a private pediatric practice? *Pediatrics* 1992; 89: 758-60.
2. **Van der Abbeele AD, Treves T, Lebowitz RL, Bauer S, Davis RT, Retik A, Coldoy A.** Vesicoureteral reflux in asymptomatic siblings of patients with known reflux: radionuclide cystography. *Pediatrics* 1987; 79: 147-53.
3. **Noe HN.** The long-term results of prospective sibling reflux screening. *J Urol* 1992; 148: 1739-42.
4. **Wan J, Grenfield SP, Manyan NG, Zerlin M, Ritchey ML, Bloom D.** Sibling reflux: a dual center retrospective study. *J Urol* 1996; 156: 677-9.
5. **Connolly LP, Treves ST, Zurakowski D, Share JC, Bar-Sever Z, Mitchell KD et al.** Vesicoureteral reflux in children: incidence and severity in siblings. *J Urol* 1997; 157: 2287-90.
6. **Bonnin F, Lottmann H, Sauty L, Garel C, Archambaud F, Baudoin V et al.** Scintigraphic screening for renal damage in siblings of children with symptomatic primary vesico-ureteral reflux. *BJU Int* 2001; 87(6): 463-6.
7. **Nguyen HT, Bauer SB, Peters CA, Connolly LP, Gobet R, Borer JG et al.** 99 m Technetium dimercapto-succinic acid renal scintigraphy abnormalities in infants with sterile high grade vesicoureteral reflux. *J Urol* 2000; 164: 1674-18. Discussion: 1678-9.
8. **Ransley PG, Risdon RA.** Reflux and renal scarring. *Br J Radiol* 1978; 14(suppl): 1.