

Consideraciones sobre el Reflujo Vésico Ureteral en la infancia.

]Revista Médica Electrónica 2006;28(4)

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO "ELISEO NOEL CAAMAÑO". MATANZAS.

Consideraciones sobre el Reflujo Vésico Ureteral en la infancia.

Considerations on the vesica ureteral reflux in children

AUTOR

Dr. Francisco J. Fong Aldama

Especialista 2do. Grado en Urología. Profesor Asistente. Miembro Titular Sociedad Cubana de Urología.

E-mail: fong.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

El Reflujo Vésico-Ureteral es una enfermedad muy frecuente en la infancia. Se analizan 425 casos que fueron atendidos en el Hospital Pediátrico y en el Hospital Académico Universitario de Paramaribo, República de Suriname. Se hace una revisión de la embriología y anatomía de la porción intramural del uréter, causas, diferentes tipos de reflujo y anomalías asociadas, edad, sexo y raza más frecuentes. Se muestran los datos más relevantes. El tratamiento quirúrgico es necesario en algunos casos, existiendo diferentes técnicas.

DESCRIPTORES(DeCS):

REFLUJO VESICoureteral/ embriología

REFLUJO VESICoureteral/ epidemiología

REFLUJO VESICoureteral/ cirugía

URÉTER/ anatomía&histología

URÉTER/ anomalías

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS UROLÓGICOS/ métodos

HUMANO

NIÑO

INTRODUCCIÓN

El Reflujo Vésico-Ureteral (RVU) consiste en el flujo retrógrado de orina desde la vejiga hacia el tracto urinario superior. Embriológicamente el primordio ureteral es una rama colateral del conducto de wolff que se encarga del desarrollo del uréter y del riñón ipsilateral. (1-5)

El reflujo de la orina se evita mediante un simple mecanismo tipo válvula de charnela, basado en la longitud de la porción intramural del uréter. Durante el llenado de la vejiga, el aumento de presión intravesical cierra el esfínter ureteral. Cualquier desviación en el sitio de origen del primordio ureteral más cerca de la futura vejiga da lugar a la aparición de una porción intramural más corta, creando el reflujo vésico-ureteral. También es importante conocer desde el punto de vista

anatómico que el uréter terminal, a medida que se aproxima al hiato, presenta una disminución gradual de las fibras circulares, prevaleciendo las fibras longitudinales, las cuales a nivel del meato ureteral se abren en la mucosa vesical hacia las fibras musculares del uréter contralateral, que a la vez se continúan con la musculatura del trigono.

El RVU (4-6,8) puede ser primario, ocasionado por anomalía congénita de la inserción ureteral en vejiga que lleva a un mecanismo de válvula inadecuado o secundario a otras malformaciones congénitas: ureteroceles, duplicaciones ureterales, valvas de uretra por disfunción vesical, operaciones quirúrgicas anteriores, etc.

Internacionalmente (2,6) se clasifican en cinco grados:

- Sólo hay reflujo, sin llegar al riñón y sin dilatación.
- Llega al riñón sin dilatación.
- La dilatación en el riñón es leve.
- Reflujo grave dilata toda la vía.
- Existe lo anterior con deformación uretero-piello calicial.

Los objetivos que perseguimos con este trabajo son:

- Conocer la incidencia del RVU..
- Profundizar en el conocimiento de las causas más frecuentes.
- Garantizar el diagnóstico precoz para una mejor atención médica a nuestra infancia, con la consecuente mejoría en la calidad de vida.
- Definir de acuerdo a la causa del mismo el tratamiento más adecuado para el paciente (médico o quirúrgico).

Se realizó un estudio donde el universo son los pacientes que acudieron al Hospital Pediátrico por presentar RVU entre junio 1972 a junio 2004. Incluimos en estos últimos tres años los pacientes vistos y tratados por nosotros en el Hospital Académico Universitario de Paramaribo, República de Suriname, donde realizamos labor internacionalista.

Se vieron un total de 425 casos de esta patología y se analizaron los antecedentes patológicos personales y familiares, edad, sexo, uni o bilateralidad, lado afectado, causa, tratamiento efectuado.

DISCUSIÓN

El RVU es uno de los trastornos patológicos más frecuentes en la Urología Pediátrica (9 a 15). De los 425 casos estudiados pudimos constatar que la mayor incidencia ocurrió en pacientes menores de cinco años (286-67 %) seguido del grupo etario entre 5 y 10 años (108-25 %) y entre 10 a 15 años (32-8 %), datos similares a las estadísticas internacionales (4); la raza blanca es más frecuente que las otras en una relación de 5 a 1; el sexo femenino en relación al masculino en proporción 3 a 1.

Portadores de RVU bilateral fueron encontrados en 252 pacientes, lo que representa 504 unidades renales refluientes, sumando los casos uni y bilaterales se estudiaron 677 unidades refluientes. A todos los pacientes se les realizó análisis generales de rutina, cituria, urocultivo, ultrasonido del tractus urinario a posteriori de su introducción en nuestro país, programa descendente y uretrocistografía miccional, en ocasiones se procedió a realizar cistoscopia en algunos casos.

Del total de pacientes vistos (425 casos), se encontraron las siguientes patologías asociadas:

Pólipo pediculado de uretra posterior (1 caso).
Ectopia ureteral (2 casos).
Hipertrofia congénita del cuello vesical (2 casos).
Divertículos vesicales para ureterales (3 casos).
Vejigas neurogénicas (5 casos).
Valvas de uretra posterior (7 casos).
Megauréteres (8 casos).
Ureteroceles asociados o no a duplicación (9 casos).
Estenosis urétero-vesical (uno de estos casos presentaba además doble vejiga) (37 casos).

Para un total de 74 pacientes, similar a otros repórters de la literatura, los reflujos encontrados fueron altos (69 %) grados IV-V, los grados menores fueron encontrados en el resto de los pacientes en dos condiciones, solos o en el uréter contralateral asociados a los reflujos de mayor grado.

Se realizó tratamiento quirúrgico a un total de 202 casos, por diferentes técnicas quirúrgicas, (12, 16, 18) entre ellas la técnica de avanzamiento ureteral (Innes-Williams) que ha sido la más usada en nuestro servicio en los últimos 25 años. Con este estudio realizado, hemos podido comprobar en nuestro medio que los reflujos generalmente tributarios de tratamiento quirúrgico son los grados IV-V, y en menor escala el grado III. Consideramos éste debe ser indicado en el momento adecuado, a fin de tratar de garantizar un mejor pronóstico futuro de esta enfermedad. (17, 19, 20-22)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González O, López J, Delgado O. Evolución durante el tratamiento médico de niños con Reflujo Vésico-Ureteral primario. *Rev mex pediatr* 2002; 69 (5): 194-7.
2. Escala JM, Quitral M, Rivera M. Reflujo vésico-ureteral quirúrgico. Experiencia en el Hospital de niños Dr. Ixequiel González Cortés 1995-2000. *Rev chilena urol* 2002; 67(1): 42- 4
3. Encalada R, Acua C. Cirugía extravesical en Reflujo Vésico-Ureteral Primario en niños. *Rev chilena urol* 2002; 67(2): 95-8
4. Alconcher L, Tombesi.M. Reflujo Vésico-Ureteral primario detectado a través del estudio de las hidronefrosis antenatales: *Arch argent pediatr* 2001; 99 (3): 199.
5. Duran S. Reflujo vésico-ureteral. Conceptos actuales *Rev cubana ped* 2000; 72 (2): 132-43.
6. Moreno M, Molina M. Reflujo Vésico-Ureteral en la infancia. *Semergen* 2001; 24 (4): 272-6.
7. Polito C, La Manna A, Rambaldi PF . High incidente of a generally small kidney and primary vesico-ureteral. *Reflux j urol* 2000; 164(2): 479-82.
8. Lama g, Russo M, De Rosa E. Primary vésico-ureteric Reflux and renal damage in the firstyear of life. *Pediatr nephrol* 2000;15(2): 205-10.
9. Farhat W, Mclorie G. The natural history of neonatal vesico-ureteral reflux associated with anten al hydronephrosis. *J urol* 2000; 164:1057-60.
10. Kramer S. Vesico-ureteral reflux clinical *Pediatric. Urology kelalis* 2000; 6: 441
11. Rodríguez J. Reflujo Vésico-Ureteral. *Rev chilena ped* 2000;71 (5): 441-6

12. Barreiras D. Are post-operative studies justified after extravesical ureteral reimplantation. *J urol* 2000; 164: 1064-6
13. Hansson S, Jodal U. Urinary tract Infection En: Barrat TM, Avner E, Harmon W. *Pediatric nephrology* 4 ed Lippincott: Williams & Wilkings; 1999.p. 835 .
14. Muley Alonso R. Protocolo diagnóstico y evolutivo de la infección urinaria. *Rev esp pediatr* 1999; 55: 48-58.
15. Stock JA, Wilson D, Hanna M. K. Congenital Reflux nephropathy and severe unilateral reflux. *J urol* 1998; 160 (3): 1017-8.
16. Podeta M. Reflujo Vésico-Ureteral. *Tratado de Cirugía Pediátrica*. Prof. Joao Gilberto Maksoud: Ed. Revinter; 1998. p. 1178-9.
17. Vega JM. Da o Renal asociado a Reflujo Vésico-Ureteral primario e infección urinaria. *Urología pediatr* 1998; 13(3): 5-6.
18. Lapointes T. Modified Lich–Gregoir ureteral reimplantation: experience of a Canadian center. *J urol* 1998; 159(3): 1662-4.
19. Garin E H, Campos A. Primary vesico-ureteral reflux: review of current concepts. *Pediatr nephrol* 1998; 12: 249-56.
20. Edwards D, Normand ICS. Disappearance of vesico-ureteral reflux during longterm prophylaxis of urinary tract infection in children. *Br med j* 1997; 2: 285–8.
21. Alconcher L, Tombersi M. Anomalías nefrourológicas detectadas intrauterino: evolución post natal. *Arch argent ped* 1998; 96; p. 163-8.
22. Martin AJ, Peiró JL. Diez años de diagnóstico prenatal de uropatías. Estudio y conclusiones. *Cir pediatr* 1998; 11: 55-63.

SUMMARY

The Vésico-Ureteral Reflujo (VUR) is very frequently disease in the childhood. Is analysed 425 cases was attended in Matanzas Children Hospital and the Paramaribo Academic University Hospital, Republic of Suriname. We reviewed the embryology, anatomy of the intramural portion of the ureter, causes, different types of Reflux, associate anomalys. Age, sex and race more frequently. Is showed the most relieve datum. The surgical treatment is necessary in some cases, there are different technical approaches.

KEY WORDS

VESICO-URETERAL REFLUX/ embriology
VESICO-URETERAL REFLUX/ epidemiology
VESICO-URETERAL REFLUX/ surgery
URETER/ anatomy&histology
URETER/ abnormalities
UROLOGIC SURGICAL PROCEDURES/ methods
HUMAN
CHILD

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fong Aldama F. Consideraciones sobre el Reflujo Vésico Ureteral en la infancia. *Rev méd electrón* [Seriada en línea] 2006; 28(4). Disponible en:
 URL: http://www.cpimtz.sld.cu/revista medica/año 2006/vol4_2006/tema01.htm [consulta: fecha de acceso].