

Patología urogenital habitual en el recién nacido

V. Roqués, C. Domínguez y C. Reig

Anomalías de fusión (ectopia renal, riñón en herradura y ectopia renal cruzada)

Diagnóstico. Ecográfico prenatal.

Clínica. Asintomáticas.

Estudios. Ecografía para confirmar el diagnóstico. DMSA a los 21 días. Control posterior con ecografía a los 3-4 meses.

Displasia renal y adispasia

Diagnóstico. Ecográfico prenatal.

Clínica. Según afectación renal y/o asociación con otras anomalías.

Estudios. Ecografía y función renal al nacimiento. DMSA después de los 21 días.

Agnesia renal

Diagnóstico. Ecográfico prenatal.

Clínica. Si se asocia a síndromes complejos.

Estudios. Ecografía y función renal al nacimiento. DMSA después de los 21 días.

Riñón multiquístico

Diagnóstico. Ecográfico prenatal.

Clínica. Asintomático.

Controles. Ecografía y función renal. Si hay dilatación ureteral y/o anomalía de la función

renal, realizar CUMS. DMSA después de los 21 días.

Riñón poliquístico

Diagnóstico. Ecográfico prenatal.

Clínica. Asintomático. Se asocia con frecuencia a otras malformaciones.

Estudios. Ecografía posnatal renal, hepática, pancreática y esplénica. Función renal. Control de tensión arterial. DMSA después de los 21 días.

Dilatación detectada prenatalmente

Clínica. Asintomática en unilaterales y posible alteración funcional en bilaterales.

Estudios. Ecografía, función renal, urocultivo al nacimiento y a los 3 meses. Si hay dilatación, tratamiento antibiótico profiláctico hasta que la ecografía de control sea normal. CUMS si hay dilatación del uréter distal en la primera semana de vida, también en casos de sospecha ecográfica de duplicidad pieloureteral. En caso de dilatación de pelvis y cálices, estudio isotópico en los grados III-V para valorar el grado de obstrucción y función. Ecografía al mes en las dilataciones grados I-II.

Tratamiento si existen válvulas de uretra posterior o alteración de la función renal.

Válvulas de uretra posterior (VUP)

Diagnóstico. Ecográfico prenatal como dilatación de la vía.

Sintomatología. Si hay infección urinaria y/o sepsis secundaria.

Estudios. Ecografía que nos mostrará dilatación bilateral, con mayor o menor grado de atrofia parenquimatosa, y vejiga de paredes gruesas e irregulares, en algunos casos con divertículos, y con uretra posterior dilatada. Urocultivo. A la semana, tras el drenaje, se repetirá la ecografía y función renal, con el fin de objetivar el grado de disminución de la ureterohidronefrosis y las variaciones de la función renal.

Tratamiento. Se procederá al drenaje urinario precoz mediante sonda uretral o punción suprapúbica. La CUMS confirmará el diagnóstico de VUP e informará de la existencia o no de RVU. Tras el drenaje urinario, control estricto de peso y electrolitos en sangre (riesgo de depleción) y función renal (determinaciones de urea, creatinina y filtrado glomerular). Resección transuretral (RTU) de las válvulas, lo más precozmente posible. Si no mejora la función renal, realizar derivación urinaria, por vesicostomía cutánea o ureterostomía bilateral, dependiendo de si la ureterohidronefrosis ha disminuido o no tras el sondaje vesical.

Hidronefrosis secundaria a estenosis ureteropélvica

Diagnóstico. Ecográfico prenatal como dilatación de la vía.

Clínica. Si hay infección urinaria.

Estudios. Ecografía que nos mostrará los diversos grados de dilatación de pelvis y cálices (I-IV), sin visualizar uréter y el mayor o menor grado de atrofia parenquimatosa. A partir del día 21 de vida, DTPA y DMSA, para conocer la función porcentual de cada unidad renal y la existencia o no de obstrucción. La UIV sólo se realizará en caso de duda diagnóstica, y si se ha efectuado cirugía para conocer la morfología de la vía urinaria, en caso de que la función esté conservada.

Tratamiento. Profilaxis antibiótica hasta que el control ecográfico sea normal o hasta el tratamiento quirúrgico, que se establecerá según la evolución de los estudios funcionales y morfológicos.

Megauréter

Diagnóstico. Ecográfico (dilatación ureteral asociada o no a dilatación de pelvis y cálices) y en caso de ausencia de RVU en la CUMS.

Síntomas. Si hay infección urinaria.

Estudios. Los mismos que en la hidronefrosis.

Reflujo vesicoureteral

Diagnóstico. Mediante CUMS.

Sintomatología. Si hay infección urinaria o alteración de la función renal con reflujo masivo.

Estudios. DMSA para conocer el grado de afectación renal y de la función renal porcentual.

Tratamiento. Conservador independientemente del grado de reflujo y del grado de afectación, excepto en aquellos casos con alteración de la función renal, en los cuales se valorará la derivación renal para evitar el deterioro de la misma.

Duplicidad pieloureteral ureterocele/uréter ectópico

Diagnóstico. Ecográfico; la existencia de dos senos renales con o sin dilatación de vía nos indicará la posible existencia de duplicidad o bifidez. La existencia de dilatación pielocalicial del pielón superior es indicativa de esta patología.

Sintomatología. Si hay infección urinaria.

Estudios. Ecografía de la vía y vejiga para valorar la existencia o no de ureterocele o uréter ectópico. CUMS para detectar ureterocele/ureter ectópico. A los 21 días de UIV y gammagrafía renal con DMSA.

Tratamiento. En caso de ureterocele o sospecha del mismo, exploración endoscópica, y en caso afirmativo, punción del mismo. Cuando exista uréter ectópico y anulación funcional, se procederá a heminefroureterectomía polar superior.

Tumor renal

Diagnóstico. Neonato con masa abdominal.

Estudios. Ecografía que informará de tumor renal sólido (por orden de frecuencia: nefroma mesoblástico congénito, quiste multilocular, tumor de Wilms y neuroblastoma).

Tratamiento. Nefrectomía total, previa realización del estudio de extensión.

Extrofia vesical

Estudios. Previamente a la cirugía, ecografía renal.

Tratamiento. Cierre primario de la placa extrófica durante las primeras 72 horas de vida, no siendo necesario realizar osteotomía

sacra. Cuidados de la placa extrófica, con apósitos humedecidos con suero fisiológico. Tras el cierre primario, mantener una tracción constante de las extremidades inferiores, con el tronco en ángulo de 90°, y los glúteos sin contacto con la sabana. Tratamiento antibiótico en el postoperatorio, y el niño será dado de alta con tratamiento profiláctico ya que existe RVU es casi el 100% de casos.

Hipospadias

Diagnóstico. Valoración de las características anatómicas de la anomalía, posición del meato: glande, surco balanoprepucial, cuerpo del pene, escroto o unión penoescrotal y periné), existencia o no de estenosis de meato grave que dificulte la micción.

Estudios. Descartar anomalías asociadas, como RVU o criptorquidia. Urocultivo y ecografía renovesical. En caso de hipospadias muy graves cariotipo y CUMS.

Tratamiento. Meatotomía en caso de estenosis de meato grave. Cirugía correctora definitiva a partir de los 2 años.

Genitales ambiguos

Diagnósticos. Prenatal mediante amniocentesis para cariotipo y estudios hormonales si hay sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita. Generalmente posnatal.

Estudios. Valoración meticulosa de las características anatómicas de la anomalía. Cariotipo y estudio hormonal. Ecografía abdominal, y en determinados casos, genitroma.

Tratamiento. Pueden englobarse en tres grandes grupos de patologías con genitales ambiguos.

Seudohermafroditismo femenino (XX). Pacientes XX con ovarios normales. La causa

más frecuente de pseudohermafroditismo femenino es la hiperplasia suprarrenal congénita. Se asignará el sexo femenino, realizándose la genitoplastia feminizante a los 2 años. Tratamiento hormonal adecuado.

Seudohermafroditismo masculino (XY). Pacientes XY con testículos generalmente criptorquídicos (síndromes de insensibilidad androgénica). No hay tratamiento en el periodo neonatal. Estimulación hormonal y laparotomía antes de los 2 años con biopsia testicular. Posteriormente corrección quirúrgica de criptorquidia e hipospadias.

Disgenesias gonadales. Genitales ambiguos, gónadas disgenéticas y alteraciones diversas en el cariotipo (síndrome de Turner y disgenesia gonadal mixta). El sexo a asignar vendrá definido por las posibilidades de corrección quirúrgicas.

Hidrocele

Secundario a la persistencia del conducto peritoneo-vaginal permeable.

Tratamiento. Quirúrgico, consistente en ligadura y sección de dicho conducto; no deberá realizarse antes de los 2 años de edad.

Criptorquidia

Diagnóstico. Se detecta escroto vacío, uni o bilateral, en el 3,4% de los recién nacidos, valor que desciende al 0,8% tras el primer año de vida.

Tratamiento. Quirúrgico no antes de los primeros 12 meses, mejor entre los 18 y 30 meses.

Tratamiento médico en caso de testes criptorquídicos bilaterales.

Masa escrotal

Diagnóstico. Plantearse torsión extravejigal de cordón espermático intrauterina, tumor de testículo, hernia inguinal y traumatismo testicular durante el parto.

Estudios. Ecografía testicular. Marcadores tumorales y ecografía abdominal, si es preciso.

Tratamiento. Si existe torsión intrauterina, conservador hasta los 3 años de edad, después orquiectomía del teste atrófico, y prótesis testicular con fijación del teste contralateral.

Fimosis

Diagnóstico. En el neonato, el prepucio sólo se puede retraer en el 4% de los casos y en la mitad no se puede retraer lo suficiente para la visualización del meato.

Tratamiento. La retracción forzada del prepucio es una actitud errónea que produce dolor, hemorragia, balanitis y en ocasiones parafimosis. No hay indicaciones claras de la circuncisión en neonatos o lactantes, solo en caso de balanitis o infección urinaria de repetición, descartadas otras patologías.

Vejiga neurógena

Diagnóstico. Niño con mielomeningocele.

Estudios. Tras el nacimiento, y previamente al cierre quirúrgico del mielomeningocele, ecografía renovesical y urocultivo. Nuevo control ecográfico a la semana del cierre quirúrgico. Una vez cicatrizada la herida lumbosacra, se realizará el estudio urodinámico. La práctica de CUMS está indicada según los hallazgos ecográficos y urodinámicos.

Tratamiento. Sonda uretral tras las primeras 48 horas de postoperatorio, y después de su retirada, cateterismo intermitente.

