

TRATAMIENTO DEL REFLUJO VESICoureTERAL EN LA INFANCIA

*Dres.: Fredotovich, N.
Munner, A.
Davidzon, I.*

El tardío reconocimiento del rol que desempeña el reflujo en la patogenia de la pielonefritis, determinó que en la actualidad el urólogo extreme sus recursos diagnósticos para evidenciarlo en la infancia. Solo su diagnóstico precoz y su correcto tratamiento pueden salvar al niño de una lenta y progresiva destrucción del parénquima renal a través de la pielonefritis.

La práctica sistemática de una metodología diagnóstica en todo niño con síntomas o infección urinaria, permitió la detección de 19 reflujo vesicoureterales y su posterior tratamiento que pasamos a exponer.

MATERIAL Y METODOS

Durante el período de cinco años, comprendido entre enero de 1970 y diciembre de 1974, fueron estudiados un total de 54 niños con síntomas o infección urinaria. La metodología empleada en la exploración para la detección de reflujo vesicoureteral incluyó en todos los casos:

- a. Exámen clínico.
- b. Exámen radiológico, urograma excretor y cistouretrografía miccional.
- c. Exámen de laboratorio: hemograma, uremia, creatinemia, orina completa y urocultivo.
- d. Exámen endoscópico: previo al acto quirúrgico y bajo anestesia general, en la mayoría de los casos.

RESULTADOS Y DISCUSION

El seguimiento de las pautas diagnósticas enunciadas, permitió evidencias en 12 niños, 19 reflujo vesicoureterales, correspondiendo 7 a mujeres y 5 a varones, oscilando sus edades entre los dos años y medio y doce años.

El reflujo fue demostrado por el exámen radiológico, siendo en 5 casos unilateral y bilateral en los 7 restantes. Del total de las 19 observaciones, 9 presentaron un reflujo activo, que sólo fue demostrable durante el esfuerzo miccional. En los 10 restantes fue pasivo, comprobado por el libre flujo entre vejiga y uréter en la cistografía.

Etiológicamente se los pudo clasificar como congénitos en 7 casos correspondiendo 3 a megavejiga, 1 a megatrígono, 1 a megauréter, 1 duplicación ureteral completa y 1 a ureteroceles. Las otras 5 observaciones presentaron reflujo secundario o adquirido, determinado 2 de ellos por una obstrucción urinaria baja (estenosis del meato uretral) 2 como consecuencia de un proceso inflamatorio del meato y 1 por una vejiga neurógena oligosintomática.

Todos los pacientes presentaron asociada a su patología una infección urinaria, siendo ésta asintomática en 4 observaciones. En un solo caso la valoración de la función renal demostró una importante disminución del filtrado glomerular (la vejiga neurógena). En los casos de reflujo pasivo se efectuó siempre el tratamiento de la infección urinaria con antibióticos y el reimplante ureterovesical con técnica antirreflujo.

Todos los reflujos activos fueron pasibles, inicialmente del tratamiento de los factores coadyuvantes que los determinaban, como la dilatación de la obstrucción mínima baja y el tratamiento antibacteriano prolongado. Evaluada a través del tiempo su persistencia y a la imposibilidad de controlar la infección urinaria, se decidió su tratamiento quirúrgico con reimplante ureterovesical con técnica antirreflujo. De las 19 observaciones 17 se hicieron pasibles del tratamiento quirúrgico, efectuándose 16 reimplantes y ureterovesicales y 7 nefroureterectomía total (megauréter con hipoplasia renal).

En 8 casos se empleó la técnica de Paquin y en los 8 restantes, una modificación de la técnica de Politano-Leadbetter con búsqueda y liberación extravesical del uréter debiendo asociarse una de ellas con modelaje del ureter terminal y nefrostomía temporaria.

Los resultados alejados fueron valorados por la desaparición de los síntomas, el control de la infección urinaria y la ausencia de reflujo en la cistografía, comprobando que todos evolucionaban favorablemente durante períodos que van desde los 10 meses a los 4 años.

CONCLUSIONES

La metodología diagnóstica adoptada permitió demostrar en el 22 por ciento de los niños estudiados un reflujo uréterovesical. Recalcamos la importancia de establecer la causa etiológica del reflujo en todos los casos, permitiendo de esa manera efectuar un tratamiento racional.

Cuando el reflujo es pasivo requiere la corrección de la malformación congénita que le dió origen y el reimplante ureteral. En los casos de reflujo activo, el tratamiento del factor desencadenante es fundamental. El tratamiento quirúrgico con reimplante del uréter estará condicionado en este caso a la suficiencia del procedimiento previamente empleado.

BIBLIOGRAFIA

1. Politano V. A. y Lebdetter W. F. Anoperative technique for the correction of vesicoureteral reflux, J. Urol. 79: 932, 1958.
2. Paquin A. J. Jr. Ureterovesical Anastomosis: The description and evaluation of a technique. J. Urol. 82: 573, 1959.
3. Williams D. I., and Echstein H. B.: Surgical treatment of reflux in children Brit. J. Urol. 37: 13, 1965.
4. Hutch - Amar: Vesicoureteral reflux and pielonephritis. Appleton Century Crofts. 1972.