

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO VESICoureTERAL

Dr. Bekerman, Alberto David

El reflujo vesicoureteral es el paso retrógrado de orina vesical al uréter. Siempre es patológico, ya que indica el fallo del mecanismo valvular que normalmente existe a nivel de la unión ureterovesical.

Dicho fallo puede ser debido a la existencia de una malformación congénita del área trigonal (reflujo primario) o producirse por infecciones urinarias en forma secundaria.

Una válvula normal implica una entrada oblicua del uréter en la vejiga, un largo adecuado del uréter intramural. La válvula es principalmente pasiva aunque hay un componente activo que incluye los músculos longitudinales ureterotrigonales que cuando se comprime el detrusor, cierran el meato ureteral.

Muchos estudios anatómicos y fisiológicos se han realizado para descubrir el mecanismo de la unión vesicoureteral. Entre 1961 y 1965 los trabajos de Hutch, Tanago, Meyers, concuerdan en la descripción de la anatomía ureterotrigonal y su significado como válvula antirreflujo. El uréter está firmemente sujeto; por lo tanto, cuando comienza la mayor presión vesical el meato ureteral no se hernia, el túnel se alarga, y de esta forma el ángulo ureterovesical actúa como una válvula de una sola vía. Es evidente que el reflujo vesicoureteral está asociado con o tiene efectos nocivos sobre el riñón. Este daño es estructural, o funcional y silencioso. Las lesiones renales son irreversibles.

Se presenta en 30 % de los niños con infección urinaria y es inversamente proporcional a la edad. En pacientes asintomáticos se lo encuentra en 0,5 %.

El reflujo con o sin infección interfiere en el crecimiento renal y se ha visto que este crecimiento vuelve a normalizarse cuando se corrige el reflujo. Se produce asimismo hipertensión que no es relacionada a la falla renal, sino también posiblemente a lesiones vasculares asociadas.

La incidencia global del reflujo según algunos autores es del 2 por mil y la relación hombre-mujer es de uno a tres.

Etiológicamente el reflujo puede clasificarse en:

- Congénito
- Infeccioso
- Duplicación pieloureteral
- Obstructivo
- Neurógeno

- Otros:
- Ureterocele
- Ectópico
- Agenesia musculatura abdominal
- Extrofia vesical

Diagnóstico

La evidencia radiológica de reflujo es bastante patognomónica.

El sistema colector muestra, a medida que avanza el reflujo, la dilatación y pérdida de la peristalsis. La distensión de los cálices durante el reflujo sugiere la pérdida inminente de la competencia de la papila renal y reflujo túbulo calicial. Y se acompaña siempre de un mayor daño renal.

Hay una edad crítica luego de la cual esta dilatación no mejora y se hace permanente. Con el crecimiento el uréter submucoso se elonga y cambia la relación entre largo de túnel y diámetro ureteral. La gravedad del reflujo puede ser constatada cistoscópicamente por el grado de lateralización del orificio, también por su forma, grado de espatulación y el largo del túnel submucoso.

La evidencia radiológica de cicatrices se asocia permanentemente con reflujo vesicoureteral. En un 30 a 60 % de los casos de reflujo hay cicatrices renales, pero que sólo se observan en los niños con infecciones urinarias. En los casos de daño renal hay siempre una historia de bacteriuria.

A mayor grado de reflujo, mayor lesión renal, cuya evolución toma un período de aproximadamente 8 meses.

El concepto de la cicatriz renal va acompañado, como ya dije, íntimamente con el concepto de reflujo intrarrenal a través del cual las bacterias ganan acceso al parénquima renal.

El cistograma es la exploración básica para detectar el reflujo; consiste en el relleno progresivo con contraste de la vejiga previo cateterismo.

Es posible también colocar isótopos radiactivos en vejiga (gammagrafía) y detectar, si hay reflujo, su presencia en riñón. Hay estudios puestos en práctica recientemente, tales como la urografía excretora con radioisótopos. Si hay reflujo se va a captar la presencia de material en el riñón luego de haber sido primariamente excretado.

La cistoscopia nos muestra la forma y posición de los meatos ureterales con sus clásicos grupos 0, 1, 2 y 3 (oval, herradura, hoyo de golf) y el largo del túnel submucoso.

Material y métodos

Presentaré aquí los resultados iniciales y el tratamiento en 18 niños con reflujo.

Nueve de los niños presentaban un reflujo primario o congénito, dos de ellos con reflujo de origen infeccioso, uno cuya etiología fue un divertículo paraureteral, uno con divertículo vesical, cuatro con reflujo neurógeno y un uréter ectópico.

Los dos reflujo infecciosos desaparecieron luego del tratamiento médico con quimioterápicos administrados durante 6 meses y acompañados de dilataciones uretrales cada 3 meses. Se efectuó una cistografía de control a los 6 meses, observándose una completa remisión del reflujo.

Los dos pacientes con divertículos parauretrales y vesicales fueron quirúrgicos de entrada. Se les hizo un reimplante con la técnica de Leadbetter-Politano y excisión del divertículo.

Dos reflujo de origen neurógeno mejoraron drásticamente con terapéutica dirigida a disminuir su presión intravesical y cateterismo intermitente. Los otros dos niños que presentaban el reflujo de origen neurógeno fueron intervenidos quirúrgicamente. Los dos presentaban como enfermedad primaria una imperforación anal. Las técnicas usadas fueron las de Gregoir y Cohen. Uno de ellos mejoró totalmente, el segundo continuó con su masivo reflujo e infección urinaria.

Reflujo bilateral: 6

Reflujo unilateral: 12

Técnicas empleadas:

Gregoir: 2

Politano: 14

Cohen: 2

Un paciente presentaba válvulas uretrales posteriores (como tratamiento previo se le efectuó una uréterostomía bilateral). Se realizaron urocultivos seriados todos los meses posteriores al tratamiento. La cistografía miccional de control a los 6 meses. La medicación se continuó de acuerdo con los

resultados de los cultivos, en algunas ocasiones por varios meses.

El único fracaso observado ocurrió en la vejiga neurógena, en la cual se hizo el reimplante con la técnica de Gregoir aprovechando el abordaje posterior que se realizó para hacer el descenso anal.

Dilataciones transitorias del tracto urinario superior en ocasiones, que desaparece en algunos meses.

La incidencia de infecciones fue muy reducida, pero no siempre eliminada totalmente luego de una operación exitosa. Sí ha visto desaparecer, en algunos casos en forma evidente, los síntomas de enfermedad infecciosa sistémica.

Resultados

La pubertad no se asocia a una mayor desaparición del reflujo vesicoureteral. Es evidente que la mayoría de los casos RVU no acompañados por dilatación del tracto urinario superior desaparecen con el tiempo a un ritmo de 30 % cada 2 años. Con la administración continua quimioterápica las lesiones cicatrizales no empeoran. La desaparición es más difícil en los grados de RVU 3, 4 y 5.

El tratamiento médico consiste en dosis bajas continuadas de quimioterápicos que se administran hasta la comprobación radiológica de la desaparición del reflujo. Es recomendable enseñarle al paciente la micción doble y que evite los períodos de constipación.

Existen en la actualidad 18 centros en los Estados Unidos y 8 en Europa estudiando cooperativamente esta importante patología para dilucidar más que nada la controversia entre el tratamiento médico y el quirúrgico, si no sería más conveniente una operación exitosa temprana y si el reflujo estéril es dañino en sí mismo para el tracto urinario superior.

El tratamiento quirúrgico ofrece actualmente un 95 % de éxito y la mortalidad es prácticamente nula. Los mejores resultados los obtenemos los urólogos dedicados a la Urología Infantil, y no necesariamente con un método en especial, sino con el procedimiento quirúrgico que se adecue a cada caso en particular.

La corrección quirúrgica del RVU disminuye considerablemente la frecuencia de episodios pielonefriticos, y la necesidad de antibióticos continuos.