

11237

Rej
43



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

*Hospital Infantil de México
Dr. Federico Gómez*

**HALLAZGOS CLINICOS Y UROLOGICOS
EN EL RECIEN NACIDO Y LACTANTE CON
VALVAS URETRALES POSTERIORES**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Esquivel del Río'.

T E S I S

*Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA
presenta*

DRA. CAROLINA ESQUIVEL DEL RIO



Asesor: Dr. Luis Eraña Guerra

México, D. F.

1989

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las valvas uretrales posteriores, no son un padecimiento que se diagnostique con certeza en nuestro medio. Como pediatras generales no acostumbramos a pensar en ellas; la importancia de un diagnóstico oportuno se refleja en la prevención de las lesiones secundarias al resto del sistema urinario.

A últimas fechas el conocimiento de este problema, se ha incrementado, gracias a las nuevas técnicas endoscópicas y radiológicas.

La incidencia que se ha reportado en varios centros pediátricos extranjeros ha sido variable; Williams (1), reportó 206 casos en un periodo de 22 años; Landen y Rall (2), han reportado mayor incidencia en niños escolares, Hendren ha reportado 2-7 casos por año(3), en este hospital en los últimos 6 años se han reportado 24 casos de valvas uretrales, 6 en escolares, 1 caso en el sexo femenino en el año de 1982, en una paciente con diagnóstico de Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

Embriológicamente la presencia de valvas, es una etapa de la evolución normal que persiste en otra época no deseada en el feto masculino existen los pliegues uretrales que se absorben entre la 12 ava. y 16 ava. semana, es cuando se forman los conductos prostáticos y los mesonefricos han migrado en sentido caudal, quedando situados a nivel del veromontanum y funcionarán como conductos eyaculadores y espermáticos, la detección y obstrucción que producen estos pliegues originará la entidad conocida como valvas uretrales, en la mujer se ha implicado al conducto de Wolff como origen de las mismas.

La descripción más utilizada y aceptada es la propuesta por Young en 1919 (4), clasificandolas en 3 tipos:

Tipo I: (más frecuente). los pliegues se extienden distalmente del extremo inferior del veromontanum y corren hasta la pared lateral de la uretra.

Tipo II: Los pliegues ascienden desde el veromontanum hacia el -
cuello vesical, según autores diversos, esto es un error ya que
las crestas son consecuencia secundaria de la excavación de la u-
retra posterior, a causa de la obstrucción distal y por tanto las
crestas no tienen efecto obstructivo.

Tipo III: Las valvas están centralmente perforadas, no tienen re-
lación con el veromontanum y su situación es caudal o cefálica.

el desconocimiento del cuadro clínico y la falta de experiencia
en los hallazgos uroradiológicos, retrasan el diagnóstico, lo -
cual produce mayor morbilidad.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes de 13 pacientes cuya edad varió de 17 días a 2 años, abarcando de 1978 a 1984. Todos los casos fueron diagnosticados como valvas uretrales Tipo I, masculino en su totalidad.

El diagnóstico de estos pacientes se basó predominantemente en el cuadro clínico presentado, (cuadro Num. 1) y se corroboró por el estudio radiológico y endoscópico.

Se efectuó uretrocistograma miccional y funcional, con intensificador de imágenes en 10 pacientes, estudio endoscópico en 6 pacientes y urografía excretora en la totalidad de ellos.

La técnica de resolución del problema fue la electrofulguración transuretral sin colocación de sonda.

Para su tratamiento se clasificaron de acuerdo a la propuesta por Hendren, por considerarla muy completa ya que valora el aspecto clínico, radiológico y pronóstico a corto y largo plazo (5).

RESULTADOS.

De los 13 pacientes estudiados, en 8 de ellos se encontraron los siguientes hallazgos en el uretrocistograma miccional: Dilatación y elongación de la uretra posterior, con llenado disminuido de la anterior. En 5 pacientes el diagnóstico se realizó por medio de la endoscopia, en todos ellos se encontró imagen de valvas uretrales posteriores Tipo I.

La presencia de trabeculaciones vesicales puede orientarnos hacia el diagnóstico de obstrucción del tracto de salida de la vejiga, este dato se encontró en 9 pacientes del estudio. Otros datos encontrados fueron:

Divertículos (6 pacientes), reflujo vesicouretral bilateral en 8, de ellos: Grado IV en 5, Grado III en 1, grado II en 2, Reflujo Unilateral en 2 pacientes, grado II en ambos.

Cuadro 1
 CUADRO CLINICO PRESENTE A SU INGRESO A
 ESTE HOSPITAL.

a) R.NACIDOS b) L.MENOR c) L.MAYOR

PESO BAJO:	1	2	1
ORINA POR GOTEO:	0	3	1
I.V.U:	0	1	3
CHORRO UTERINO RECORRADO:	0	3	2
FIEBRE:	1	2	1
VOMITOS:	1	1	0
DIARREA:	0	1	0
INSUF. RESP:	1	1	0
ANURIA:	0	0	1
TUMOR ABDOMIN:	4	1	0
ASCITIS:	1	0	0

a) RN: Hasta los 23 días VEU
 b) Lactante menor: 28 días-1 año
 c) Lactante mayor: 1 año-5 años

De acuerdo a la clasificación de Hendren se dividieron en 4 grupos:

Grupo I: se encuentran valvas tanto radiológicamente como endoscópicamente, las vías urinarias son normales (1 paciente).

Grupo II: Se encuentran cambios secundarios o mínimos tales como divertículos, reflujo leve y trabeculaciones vesicales, el sistema urinario superior está conservado. (1 Paciente).

Grupo III: cambios importantes en las vías urinarias con divertículos paraureterales, reflujo vesico-ureteral que requiere intervención quirúrgica, exista megalouretero e hidronefrosis, el sistema urinario superior es anormal. (3 pacientes).

Grupo IV: Existe severo daño renal, megaloureteros, hidronefrosis, acompañándose frecuentemente de insuficiencia renal crónica. (8 pacientes).

Para su tratamiento inmediato en este Hospital se ha utilizado una clasificación, mencionada por varios autores (3), (5), (6), en que se tiene en cuenta el cuadro clínico y radiológico.

DATOS CLINICOS

	Edo. Gral.	Infección.	Desc. Hidroelectr.	Trabuc. P. Vesic.
GRUPO A:	Buena	Negativa	Negativo	(-)
GRUPO B:	Mala	Positiva	Negativo	(-)
GRUPO C:	Mala	Negativa	Positivo	(+)
GRUPO D:	Mala	Positiva	Positivo	(+)
GRUPO E:	Mala	Positiva	Positivo	(+)

DATOS RADIOLOGICOS

	Divert.	RVU btl.	RVU Inf.	Trabeculac.	Hidronefrosis
GRUPO A:	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
GRUPO B:	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
GRUPO C:	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
GRUPO D:	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
GRUPO E:	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

actualmente se ha considerado que solo existe un tipo verdadero de valvas uretrales: La tipo I, ya que la Tipo II se considera que no es obstructiva y la tipo III al parecer es un anillo.

el cuadro clínico es variable dependiendo de la edad del paciente como podemos corroborar en el cuadro número 1, es de notar que en el recién nacido la sintomatología es muy bizarra, en este estudio el dato predominante fué la tumoración abdominal, este dato aunado al chorro urinario entrecortado, y disminuido de volumen, los reportan como los más importantes a esta edad, (11, 12, 13), concidiendo con la sintomatología que se reporta en otros estudios como más frecuente en el lactante menor y mayor. Se han descrito casos de orina en la cavidad torácica y distocia al momento del parto (5,6), han aparecido reportes en relación a la presentación de neumotórax y neumomediastino, en nuestro estudio no se encontraron estos datos.

Se corroboró el diagnóstico clínico con el uretrocistograma miccional, la endoscopia y el urograma excretor, se ha descrito la ayuda del otoscopio a través de uretrotomía perineal en caso de no contar con cistoscopio pediátrico, esto ha sido publicado por Johnston (7), este método no se ha utilizado en el Hospital por contar con el instrumental adecuado. Es de mencionar que sería conveniente utilizar el ultrasonograma como método diagnóstico previo a utilizar métodos invasivos, (11).

La clasificación propuesta por Hendren es la más completa hasta el momento actual, es importante recalcar los resultados tan diversos dependiendo de la etapa en que se diagnostique al paciente ya que en el grupo I, II y III se reporta una evolución satisfactoria del 90-100% de los pacientes, y en los del grupo IV, se ha reportado una mortalidad del 40-50% (8,9,10). en nuestro estudio se encontró una mortalidad del 50% en este grupo. Es de notar que Johnston en su trabajo de valvas uretrales (8), ha encontrado la mortalidad más alta en el grupo de recién nacido, nosotros encontramos 4 recién nacidos, vivos todos en la actualidad, clasificados como Hendren II y III, esto podría explicar la baja mortalidad de este grupo, aunque es de suponer que pueden existir casos no diagnosticados en que se ignora el motivo del fallecimiento y se trate a este problema. Todos los autores coinciden en que es en la edad de recién nacido donde se presentan las obstrucciones más graves, el riñón fetal comienza a formar orina al tercer mes de vida fetal, si existe una obstrucción valvular de la uretra

criterio de esta Institución, es que en cuanto el diagnóstico se efectúe, se debe intentar el tratamiento integral no postergándolo hasta el año de edad, como en algunos centros pediátricos de nuestro país se recomienda.

BIBLIOGRAFIA

1. Lattimer J.K. Hybbar M.: Relative Incidencia of Pediatric Urological conditions, J. Urol. 71:759-764.1954.
2. Landes H.E. Roll R.: Congenital Valvular Obstruction of The Posterior Urethra, J. Urol. 106: 254-257, 1955.
3. Hendren W.H.: Posterior Urethral Valves in Boys; A broad Clinical Spectrum. J. Urol. 106:298 1971.
4. Young H.H. Frontz W.A. Balding J.C.: Congenital Obstruccion of The Posterior Urethra, J. Urol. 31: 289-365. 1919.
5. Dockray K.T.: The Perirendl. P. Sind: A New Roent Genogram Index to the cause and treatemte of urinary ascitis Inbobies. Am. J. Dis. Child, 119: 519-1974.
6. Cass A. S. Stephens F.D.: Posterior Urethral Valves: Diagnosis and Management, J. Urol. 112:519- 1974.
7. Johnston J.H.: Posterior Urethral Valves: An Operative Technic Using And Electric Auriscope. J. Pediatric Surgery, 1583. 1966.
8. Johnston J.H.: Kulatilake. A.F.: The Secuelae Of Posterior Urethral Valves. Br. J. Urol. 43: 743. 1971.
9. Wickramasinghe. S.F. and Stephens. F.D. : Associated renal morphology and embryogenesis. Invest. Urol, 14: 381,1977.
10. Beck, A.D.: The Effect of Intra-uterine Urinary obstruccion upon the development of the fetal Kidney. J. Urol. 105:784, 1971
11. Williams D.I. Whitaker B.H. Barrat Tru el al: Urethral Valves. Br. J. Urol. 45: 200, 1973.
12. North A. F. Jr. Edrenga D.M. Talpey W.B: Abdominal distension at Birth due to ascitis asociates with obstructive uropathy. A.M. J. Dis. Child, 11: 613. 1966.
13. Fiel P.L. Stephens F.D.: Congenital Urethral Valves in boys a broad clinical Spectrum. J. Urol, 106: 298. 1971

14. Presman D. : congenital Valves of the posterior Urethral. J. Urol. 86:602. 1964.

15. Brandesky G.: Conservatively treated Urethral Valves. J. Pediatrics Surg. 8:945. 1973.

16. Mark R.Z. Casimir F.F.: Percutaneous Antegrade ablation of posterior urethral valves in Infants with small caliber urethras: An alternative to urinary diversion. J. Urol. 136:247. 1986.

17. Zaontz, M.R. and Gibbons, M.D.: An antegrade Technique for a - blation of posterior urethral valves. J. Urol., 132:982: 1984.

18. Mulvaney, W.P. and Beck, C.W.: the laser beam in urology. J.Urol. 99:112,1978.

19. Milliken, L.D. Jr. and Hodgson, N.B.: Renal Dysplasia and Urethral vales. J. Urol., 108: 960,1972.