

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **ESTENOSIS URETEROPIÉLICA** en Pediatría

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SEDENA-300-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

N13.0 Hidronefrosis con obstrucción de la unión ureteropielica
N13.1 Hidronefrosis con estrechez ureteral, no clasificada en otra parte
N13.3 Otras hidronefrosis y las no especificadas
N13.5 Torsión y estrechez del uréter sin hidronefrosis
Q62.0 Hidronefrosis congénita
Q62.1 Atresia y estenosis del uréter

GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Estenosis Ureteropielica en Pediatría

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La obstrucción se define como cualquier restricción al flujo urinario que, si se deja sin tratamiento, causará daño renal progresivo. (1)

La estenosis de la unión ureteropielica (EUP) se define como el impedimento al flujo de orina de la pelvis renal al uréter proximal con la dilatación subsecuente del sistema colector y potencial daño al riñón. (2)

La obstrucción de la unión ureterovesical (OUV) es una condición obstructiva del uréter distal en su entrada a la vejiga, comúnmente llamada megareter obstructivo primario. (3)

EPIDEMIOLOGIA

A. EN EL MUNDO:

La EUP es la causa más frecuente de hidronefrosis neonatal. Tiene una incidencia de 1:1500 (Europa), 1:1000 (E.U.A.) neonatos y una relación masculino/femenino de 2:1.

La OUV es la segunda causa más frecuente de hidronefrosis neonatal. Es más frecuente también en el varón y del lado izquierdo. (2,3)

B. EN MEXICO:

La EUP y la OUV son las causas más frecuentes de hidronefrosis.

ETIOPATOGENIA

Ambos son padecimientos congénitos. La EUP se divide en obstrucción intrínseca y extrínseca. La primera se presenta en el 90% de los casos a nivel de la unión de la pelvis renal y el uretero. La obstrucción es resultado de causas tanto funcionales (actividad muscular ureteral anormal) como anatómicas (disminución del diámetro intraluminal). La obstrucción extrínseca es consecuencia de un vaso aberrante hacia el polo inferior del riñón.

En la OUV la causa es una anomalía congénita en la implantación del uréter en su entrada a la vejiga o consecuencia de una estenosis ureteral a este nivel.

ESTENOSIS URETEROPIÉLICA PREVENCIÓN PRIMARIA

FACTORES DE RIESGO

- A. No hay diferencia en cuanto a la raza.
- B. Relación Hombre/mujer 2:1.
- C. Anomalías congénitas del riñón contralateral:
 - a. Riñón ectópico.
 - b. Riñón en herradura.
 - c. Duplicación renal.
 - d. Agenesia renal.
 - e. Riñón displásico multiquístico.
 - f. Reflujo vesicoureteral.
- D. Anomalías congénitas de otros órganos y sistemas.
 - a. Asociación VATER (anomalías vertebrales, ano imperforado, fístula traqueoesofágica con atresia esofágica, displasia renal y radial).

PREVENCIÓN

- No se conoce forma de prevención, sin embargo en la detección temprana se sugiere el ultrasonido prenatal después de la semana 28 de gestación. (4 y 5).

ESTENOSIS URETEROPIÉLICA PREVENCIÓN SECUNDARIA

HISTORIA CLÍNICA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

VALORACIÓN INICIAL

- a. ANTECEDENTES:
 - 1. Heredo familiares.
 - 2. Ultrasonido prenatal.
- b. SÍNTOMAS Y SIGNOS:
 - 1. Dolor abdominal o en el flanco episódico (50% de los casos sintomáticos).
 - 2. Masa en el flanco abdominal (50% de los casos sintomáticos)
 - 3. Infección de vías urinarias recurrente (30% de los casos sintomáticos).
 - 4. Otros: Nausea, vómito, falla de medro, hematuria, fiebre.

DIAGNOSTICO

HALLAZGOS CLÍNICOS

La mayor parte de la detección de esta patología se realiza actualmente mediante el ultrasonido prenatal. Los casos que no son diagnosticados en el periodo neonatal pueden permanecer asintomáticos por largos periodos incluso hasta la adolescencia, Los síntomas en las obstrucciones severas se presentan durante la lactancia y en la etapa preescolar e incluyen los mencionados en el apartado anterior de síntomas y signos

ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMAGEN

ESTUDIOS DE LABORATORIO

1. Biometría hemática y Pruebas de tendencia hemorrágica.
2. Urea y Creatinina séricas.
3. Electrolitos séricos (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)

Ultrasonido

Ultrasonido prenatal

Posterior a las 28 semanas de gestación es el periodo más sensible para realizarlo. Debe enfocarse a la lateralidad, severidad de la dilatación, ecogenicidad de los riñones, hidronefrosis o hidrouretero-nefrosis, volumen y vaciamiento vesical, sexo, volumen de líquido amniótico. (5)

Ultrasonido postnatal

Debido a la deshidratación neonatal transitoria durante las primeras 48 horas, el ultrasonido debe ser llevado a cabo después de este periodo de oliguria postnatal. En los casos severos (dilatación bilateral, riñón único, oligohidramnios) se recomienda el ultrasonido postnatal inmediato. Debe valorarse el diámetro antero posterior de la pelvis renal, la dilatación caliceal, tamaño renal, grosor del parénquima, ecogenicidad cortical, ureteros, pared vesical, y orina residual. (6)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a. Reflujo vesicoureteral.
- b. Riñón displásico multiquistico.
- c. Enfermedad renal poliquística.

Cistouretrografía

En los neonatos con dilatación del tracto superior el reflujo vesicoureteral se presenta en el 25% de los casos. También la cistouretrografía es útil para detectar patología asociada como valvas uretrales posteriores, ureteroceles, divertículos y vejiga neurogénica. (7, 15)

Gamagrama renal con diurético

El Gamagrama renal con diurético es el medio de diagnóstico más frecuentemente usado para detectar la severidad y el significado funcional de los problemas de transporte de orina. El 99m-Tc-MAG3 es el radionúclido de elección. (8,9)

Urograma excretor

Esta indicado en solo en casos esporádicos y cuando el Gamagrama es dudoso o no concluyente y hay sospecha de otra patología urológica asociada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- d. Valvas uretrales posteriores.
- e. Vejiga neurogénica.
- f. Uretero retrocava.
- g. Duplicación ureteral con obstrucción.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MÉDICO

Prenatal.

Explicar patología a los padres. (10)

Posnatal.

Profilaxis antibiótica para mantener orina estéril.
Vigilancia y monitoreo con Ultrasonido y
Gamagrama renal.

EVOLUCION

PRONÓSTICO

1. PARA LA VIDA: Bueno en la mayoría de los casos, sobre todo si el problema es unilateral. 85% de remisión espontánea en la lactancia para la obstrucción ureterovesical. Requieren cirugía 1 de 4 estenosis ureteropielícas detectadas en el periodo neonatal.
2. PARA LA FUNCION en relación a factores pronósticos.
3. FACTORES PRONOSTICO:
 - i. Grado de hidronefrosis, y detección oportuna.

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

Promedio días estancia para esta patología con tratamiento médico: no requieren hospitalización.

Promedio días estancia para esta patología con

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

1. Está indicado el tratamiento quirúrgico en casos asintomáticos con obstrucción severa con función renal menor de 30%-40%, o bien con disminución del 10% de la función en estudios consecutivos, así como en hidronefrosis grado III y IV según la clasificación de la Sociedad Fetal de Urología.
2. Indicado también en los casos sintomáticos (dolor abdominal recurrente, infecciones urinarias recurrentes febriles).
3. La técnica de elección en niños es la pieloplastía desmembrada de Hynes y Anderson. (11)
4. Otras técnicas incluyen la pieloplastía por abordaje de invasión mínima (laparoscópica). (16)

COMPLICACIONES

1. Retraso en crecimiento y desarrollo.
2. Urosepsis
3. Pérdida de la función renal.
4. Transoperatorias (hemorragia, lesión vascular, lesión de otros órganos)
5. Re-estenosis posquirúrgica.
6. Muerte.

CRITERIOS DE EGRESO

PACIENTES CON TRATAMIENTO MEDICO.
No requieren hospitalización.

PACIENTES CON TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Buen estado general.
- Buena tolerancia a la vía oral.
- Ausencia de fiebre.
- Buen gasto urinario.
- Signos vitales normales.

PLAN DE EGRESO

- Continuar tratamiento específico.
- Indicaciones higiénico-dietéticas.
- Programar citas de control y seguimiento en consulta externa de Cirugía y/o urología pediátrica.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETEROPIELICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO FLUJOGRAMA

