

## **XXXIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Pediátrica**

Sesión: Sesión científica nº 1

*Moderadores:* A. Bujons y M.E. Martín

Sala: Sala Santa Catalina - Hotel Meliá Palma Bay; Día: viernes 14 de junio; Hora: 09:00-10:15

---

### **C-1: MANEJO UROLÓGICO DE LOS PACIENTES CON SD.OCHOA : ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA EVOLUCIÓN A INSUFICIENCIA RENAL**

M.G. Sevilla; R. Gander; M B Oliver; G. Royo; M. Aguilera; M. López-Paredes; M. Asensio

*Hospital Universitario Vall d´Hebron*

### **C-2: Prevalencia a largo plazo de síntomas del tracto urinario inferior en pacientes intervenidos de reimplante ureteral transtrigonal en la infancia**

Ainhoa Lombardero Hidalgo; Oriol Martín Sole; Sonia Pérez Bertolez; Paula Salcedo Arroyo;

Blanca Capdevila Vilario; Leopoldo Tapia Moral; Xavier Tarrado Castellarnau; Luis García Aparicio

*Hospital Sant Joan de Déu*

### **C-3: Optimización del estudio diagnóstico videourodinámico en pacientes pediátricos. Resultados en nuestro centro.**

Valenzuela López , C.\*; Calleja Aguayo , E.\*\*; Estors Sastre, B.\*; Hernández Calvarro, A.E.\*

*\*Unidad de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son*

*Espases. \*\*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Navarra.*

### **C-4: Manejo laparoscópico de las reestenosis pieloureterales, tras pieloplastia fallida**

Proaño Landázuri, Sara Monserrat; Cabezalí Barbancho, Daniel; Tordable Ojeda, Cristina; Gómez

Fraile, Andrés

*Hospital Universitario 12 de Octubre*

### **C-5: UN CASO CLÍNICO DE TUBERCULOSIS GENITOURINARIA EN EDAD PEDIÁTRICA**

ROMY GANDER; RAQUEL MENA; GLORIA FATOU ROYO; MONTSERRAT AGUILERA; MANUEL

LÓPEZ; MARINO ASENSIO

*Hospital Universitario Vall d´Hebron Barcelona*

### **C-6: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL MEGAUÉRTER OBSTRUCTIVO PRIMARIO CONGÉNITO**

Romy Gander; Marino Asensio; Gloria Fatou Royo; Montserrat Aguilera; Manuel López

*Hospital Universitario Vall d´Hebron Barcelona*

**MANEJO UROLÓGICO DE LOS PACIENTES CON SD.OCHOA : ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA EVOLUCIÓN A INSUFICIENCIA RENAL**

M.G. Sevilla; R. Gander; M B Oliver; G. Royo; M. Aguilera; M. López-Paredes; M. Asensio

*Hospital Universitario Vall d'Hebron***OBJETIVOS.**

El síndrome de Ochoa (SO) es una condición compleja que afecta al sistema urinario y la expresión facial. El diagnóstico se obtiene mediante la sospecha clínica y confirmación genética. El objetivo es presentar nuestra experiencia en el manejo de esta patología y las estrategias para prevenir la evolución a insuficiencia renal (IR).

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Estudio retrospectivo de pacientes con SO tratados entre enero 2015- diciembre 2023. Se recopilaron datos epidemiológicos, estudios radiológicos, estudios funcionales (urodinamia y flujometría) y la evolución de la función renal de los pacientes mediante la medición de parámetros como la creatinina sérica, la tasa de filtración glomerular y la presencia de proteinuria.

**RESULTADOS.**

Tratamos 5 pacientes (3/5 mutación *HPSE2*; 2/5 mutación *LRIG2*), todos fruto de progenitores consanguíneos. 4/5 tenían un diagnóstico de hidronefrosis prenatal, sin embargo la edad media de diagnóstico del síndrome fue de 8.4 años (DT 5.2). Los síntomas al debut fueron: IRA (2), PNA (2) y asintomático detectado por estudio familiar (1). En las exploraciones iniciales 4 presentaban hidronefrosis en la ecografía, 4 vejiga trabeculada en la CUMS y 2 RVU bilateral de alto grado. En la urodinamia 4 presentaban vejiga hipertónica de riesgo y capacidad vesical reducida con una alteración severa del vaciado.

En los 4 pacientes sintomáticos se realizó derivación urinaria de entrada: cistostomía suprapúbica (1) y vesicostomía (3). Todos presentaron una mejora inmediata de la FR y cese las infecciones. Posteriormente se realizó mitrofanoff laparoscópico y en uno además ampliación vesical (diagnóstico tardío a los 11 años).

Actualmente solo uno presenta IR G3 (FGe Schwartz 2009 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), con mejoría respecto a la función inicial. El seguimiento medio fue de 31.4 meses.

**CONCLUSIÓN.**

El diagnóstico precoz del SO se basa en la sospecha clínica. El tratamiento está dirigido a mejorar el vaciado vesical y es determinante para evitar su evolución a IR. La mayoría requerirán una derivación urinaria precoz para evitar la necesidad de ampliación en un futuro.

**Prevalencia a largo plazo de síntomas del tracto urinario inferior en pacientes intervenidos de reimplante ureteral transtrigonal en la infancia**

Ainhoa Lombardero Hidalgo; Oriol Martín Sole; Sonia Pérez Bertolez; Paula Salcedo Arroyo; Blanca Capdevila Vilaro; Leopoldo Tapia Moral; Xavier Tarrado Castellarnau; Luis García Aparicio

*Hospital Sant Joan de Dèu*

**Objetivo:** Analizar la prevalencia a largo plazo de síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) en pacientes intervenidos de reimplante ureteral transtrigonal y compararlos con la población general.

**Materiales y métodos:** Evaluación de LUTS mediante las definiciones de la International Continence Society en 319 pacientes intervenidos de reimplante ureteral entre 2000- 2015. Se excluyeron 76 pacientes cuyas condiciones médicas implicaban la presencia inevitable de LUTS. Se compararon las prevalencias de LUTS respecto a las prevalencias poblacionales (PP) de misma edad y género.

**Resultados:** Estudiamos 243 pacientes (edad mediana: 18,6 años). Las prevalencias de incontinencia y LUTS en hombres y mujeres fueron similares a estudios demográficos, siendo mayores en mujeres. Presentaban incontinencia el 16,96% de las mujeres y el 3,82% de los hombres ( $p=0,001$ ), afectando esta al 2-37% y al 2-5% respectivamente en la población general. La incontinencia más frecuente fue la de esfuerzo con 8,04% de las mujeres y 1,53% de los hombres ( $p=0,016$ ) (PP: 3,7-10,8% y 0,1-3,4%), seguida de la de urgencia afectando a 7,14% de las mujeres y al 0,76% de los hombres ( $p=0,01$ ) (pp: 1- 6,4% y 0,4-0,9%). El LUTS más frecuente fue la nicturia afectando al 33,93% de las mujeres y al 25,19% de los hombres ( $p=0,08$ ) (PP 19,1-43,9% y 5,2-34,5%) y la sensación de vaciado incompleto al 27,68% en mujeres y 18,32% en hombres ( $p=0,057$ ) (PP 11,9- 17,2% y 9,5-17,2%).

**Conclusión:** Los pacientes con reimplante ureteral no presentan mayor prevalencia de LUTS a largo plazo que la población general. Las mujeres intervenidas tienen más sintomatología, siguiendo patrones poblacionales generales.

**Optimización del estudio diagnóstico videourodinámico en pacientes pediátricos. Resultados en nuestro centro.**

Valenzuela López , C.\*; Calleja Aguayo , E.\*\*; Estors Sastre, B.\*; Hernández Calvarro, A.E.\*

*\*Unidad de Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. \*\*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Navarra.*

**INTRODUCCIÓN:** Los estudios de urodinamia con fluoroscopia facilitan una mejor interpretación y evitan dobles procedimientos de sondaje, en casos seleccionados. Existen diferentes métodos de realización, según las facilidades del centro. Presentamos los resultados de una mejora en el protocolo de estudio videourodinámico pediátrico en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos en los que se aplicó el nuevo protocolo, de junio 2022 a abril 2024. Los cambios incluyen la realización del procedimiento en sedestación, con flujómetro, e imágenes laterales por fluoroscopia.

**RESULTADOS:** Se pudieron realizar 18, de los 20 estudios programados. La mediana de edad en momento del procedimiento fue de 8.6 años [RIQ 7]. Los motivos de solicitud fueron por protocolo de vejiga neurógena o tras ampliación vesical en 6 pacientes (33%), ITUs con síntomas de vía urinaria inferior (LUTS) y RVU en 9 pacientes (50%), LUTS aislados en 1 paciente con antecedentes de RVU (5.6%) y deterioro del TUS en 2 pacientes (11.1%). El sondaje fue por Mitrofanoff en 2 casos, líneas suprapúbicas colocadas previamente en quirófano en 2 pacientes, 1 sonda tipo Tiemann uretral y sonda uretral habitual en el resto de los casos. Solo un paciente precisó sedación con óxido nitroso. El 33% presentaron una fase de llenado patológica. La fase de vaciado no fue valorable en 3 pacientes, en 11 fue patológica y 4 fueron normales. Hallamos alteraciones patológicas en el 83% de las fluoroscopias. Los estudios fueron concluyentes en 16 (88.9%) de los pacientes, lo que supuso cambios en el tratamiento médico en 11(61.1%) y en el tratamiento quirúrgico en 8 (44%) de ellos. De la serie, 3 pacientes presentaron complicaciones, siendo una ITU con hematuria en un paciente con vesicostomía y 2 extravasaciones de contraste en los pacientes con líneas suprapúbicas. Las principales dificultades ocurrieron en los primeros 8 meses de implementación del protocolo, permitiendo optimizar el número de personal necesario a 3, de las 5 iniciales.

**CONCLUSIÓN:** El estudio de fluoroscopia con imágenes laterales permite una adecuada visualización y facilita la interpretación en malformaciones complejas. La videourodinamia pediátrica se ha demostrado útil y factible en nuestro centro.

**Manejo laparoscópico de las reestenosis pieloureterales, tras pieloplastia fallida**

Proaño Landázuri, Sara Monserrat; Cabezalí Barbancho, Daniel; Tordable Ojeda, Cristina; Gómez Fraile, Andrés  
*Hospital Universitario 12 de Octubre*

**Introducción:**

La pieloplastia según técnica de Anderson-Hynes tiene un éxito del 90-98%, En aquellos casos en los que fracasa, la actitud terapéutica a seguir sigue siendo controvertida, desde técnicas endoscópicas hasta una repieloplastia o ureterocalicostomía. El objetivo del trabajo es valorar la efectividad de la laparoscopia en el tratamiento de la reestenosis pieloureteral.

**Materiales y métodos:**

Se realizó una revisión retrospectiva de aquellos pacientes que presentaron reestenosis de la unión pieloureteral (UPU) tras pieloplastia abierta y laparoscópica desde el 2007-2023, se incluyeron a todos aquellos que presentaron un renograma con curva de eliminación obstructiva en el control postoperatorio y se comparó las diferentes técnicas laparoscópicas empleadas para su tratamiento.

**Resultados:**

De 402 pacientes intervenidos de estenosis pieloureteral (EPU), 20 (4.9%) presentaron reestenosis de la UPU, y 6 de ellos se trataron mediante laparoscopia (en 5, el abordaje de la primera cirugía fue abierto y en uno laparoscópico) En dos pacientes se reparó la reestenosis mediante la técnica de Anderson-Hynes, en 2 casos se ligó la UPU y se realizó la pieloplastia en otra zona de la pelvis, y en dos se empleó la técnica de Scardinno-Prince. La causa de la reestenosis fue: un vaso polar en 3 pacientes (50%) y fibrosis de la UPU en tres casos (50%). No hubo complicaciones en ningún paciente y la estenosis quedó resuelta en todos ellos.

**Conclusiones:**

La laparoscopia es un abordaje válido y eficaz para el tratamiento de la reestenosis de la UPU. La pieloplastia según la técnica de Anderson-Hynes es el gold estándar para el tratamiento tanto de las estenosis, como de las reestenosis de la UPU, pero existen otras técnicas eficaces que se pueden efectuar cuando el caso clínico así lo requiera.

**UN CASO CLÍNICO DE TUBERCULOSIS GENITOURINARIA EN EDAD PEDIÁTRICA**

ROMY GANDER; RAQUEL MENA; GLORIA FATOU ROYO; MONTSERRAT AGUILERA; MANUEL LÓPEZ; MARINO ASENSIO

*Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona***OBJETIVOS**

La tuberculosis genitourinaria (TGU) representa el 30-40% de tuberculosis extrapulmonar y es extremadamente rara en edad pediátrica. Generalmente, se diagnostica en etapas avanzadas y su tratamiento requiere un enfoque combinado de terapia antituberculosa y cirugía. Presentamos un caso de TGU en edad pediátrica.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 14 años que presentó pielonefritis recurrentes. Todos los cultivos de orina evidenciaron piuria estéril. Desarrolló síntomas persistentes del tracto urinario inferior (polaquiuria y dolor suprapúbico). Se realizó tomografía abdominal revelando lesiones vertebrales sugestivas de TBC por lo que se realizaron análisis microbiológicos específicos en la orina, resultando la PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antituberculoso cuádruple. No había antecedentes previos de TB pulmonar.

**RESULTADOS**

Los síntomas vesicales mejoraron con la colocación de catéter suprapúbico, anticolinérgicos e instilaciones de ácido hialurónico. Las ecografías de seguimiento revelaron aumento de la ureterohidronefrosis derecha (28mm pelvis y 20mm uréter distal). Se realizó un renograma mostrando un riñón izquierdo normal y derecho hipofuncionante (8%) con signos de obstrucción. La urografía por TC reveló atrofia renal, calcificaciones parenquimatosas y múltiples estenosis ureterales en el lado derecho. Se colocó un catéter doble-J y la gammagrafía confirmó un riñón no funcional (6%). Se programó para nefroureterectomía que se realizó mediante abordaje laparoscópico transperitoneal, sin complicaciones. El tratamiento definitivo de la vejiga está pendiente y consistirá probablemente en una ampliación vesical.

**CONCLUSIONES**

La TGU requiere una alta sospecha clínica. Un enfoque multidisciplinario es crucial. El abordaje laparoscópico para el riñón afecto parece seguro y factible a pesar de la intensa fibrosis y cicatrización. La intensa fibrosis vesical puede requerir ampliación vesical en un futuro.

**RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL MEGAUÉRTER OBSTRUCTIVO PRIMARIO CONGÉNITO**

Romy Gander; Marino Asensio; Gloria Fatou Royo; Montserrat Aguilera; Manuel López

*Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona***OBJETIVO.**

La mayoría de las recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento del megauréter obstructivo primario (MOP) se basan en el consenso de la BAPU publicado hace 10 años y que no se ha actualizado desde entonces. Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados de una encuesta sobre el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del MOP en la actualidad.

**MATERIALES Y MÉTODOS.**

Se distribuyó una encuesta en línea a través de la red eUROGEN y algunas sociedades de urología pediátrica.

El cuestionario se llevó a cabo mediante Google Forms y constó de 14 preguntas.

**RESULTADOS.**

103 profesionales respondieron (96.1% urólogos pediátricos). El 67.3% afirman iniciar profilaxis antibiótica en todos los pacientes. El 63.7 % realizan el diagnóstico de obstrucción en función de una combinación de hallazgos que incluyen FRD inicial <40%, disminución de FRD >5% en exploraciones seriadas y empeoramiento de la dilatación en la ecografía. Solo el 11.9% consideran una FRD inicial <40% como único hallazgo, sin síntomas o dilatación masiva, como indicación de cirugía. En cuanto al reimplante ureteral (RU) en menores de 1 año, el 45.1% lo consideraban un procedimiento seguro y eficaz. En el aislamiento del uréter durante el RU el abordaje intravesical es el más utilizado y la técnica de Hendren la más popular para el modelaje ureteral. Entre las intervenciones temporales, la dilatación endoscópica (DE) parece la más empleada en la actualidad (46.3%) seguida de la ureterostomía cutánea (28.4%).

**CONCLUSIÓN.**

Aunque el RU en menores de 1 año es considerado un procedimiento seguro y eficaz, la mayoría de los especialistas lo evitan por temor a la disfunción vesical a largo plazo. La DE parece el procedimiento temporal más utilizado.