

XXXIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Pediátrica

Sesión: Sesión científica nº 3

Moderadores: D. Cabezalí y G. Zambudio

Sala: Sala Santa Catalina - Hotel Meliá Palma Bay; Día: viernes 14 de junio; Hora: 12:30-13:45

C-13: EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE APENDICOVESICOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M.G. Sevilla; R. Gander; M.B. Oliver; G. Royo; M. Aguilera; M. López-Paredes; M. Asensio
Hospital Universitario Vall d'Hebron

C-14: Manejo urológico de la Hipertensión arterial renovascular (HTRV) pediátrica: Serie de casos en un centro de referencia.

Castillo-Antón, DJ; Espinosa Vañó, J; Rojas Butrón, I; Martín Benlloch, J; Conca Baena, MA; Polo Rodrigo, A; Bonastre Torró, C; Serrano Durbá, A
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

C-15: Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) en pacientes pediátricos. ¿Es segura y efectiva? Análisis de resultados en un centro de referencia.

Espinosa-Vañó, J.; Castillo-Antón, D.J.; Conca-Baenas, M.A.; Polo-Rodrigo, A.; Bonastre-Torró, C.; Bahilo-Mateu, P.; Serrano-Durbá, A.; Budía-Alba, A.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

C-16: ¿ESTÁ EL SÍNDROME DE OHVIRA INFRADIAGNOSTICADO EN NUESTRO MEDIO?

Menacho Hernandez, C; Guirao Piñera, MJ; Padilla Zhucuzhañay, M.A; Zambudio Carmona, G
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

C-17: DOBLE PATOLOGÍA URETERAL EN UNA MISMA UNIDAD FUNCIÓN RENAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO.

M.G. Sevilla; R. Gander; G.F.Royo; M. Aguilera; M. López-Paredes; M. Asensio
Hospital Universitario Vall d'Hebron

V-18: Reimplante ureteral tipo Shanfield modificado con remodelaje tipo Hendren asistido por laparoscopia en megauréter obstructivo primario en un paciente menor de 12 meses.

M.G. Sevilla; R. Gander; G.F.Royo; M. Aguilera; M. López-Paredes; M. Asensio
Hospital Universitario Vall d'Hebron

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE APENDICOVESICOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA

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

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

El principio de Mitrofanoff ha sido extensamente evaluado en cuanto a morbimortalidad asociada. En términos de **calidad de vida (CV), y particularmente relacionado con el procedimiento laparoscópico**, existe escasa literatura. El objetivo fue evaluar el impacto del mitrofanoff laparoscópico (ML) en la **CV** mediante la aplicación de un cuestionario específico dirigido a pacientes y sus familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional, descriptivo de pacientes intervenidos de ML entre mayo 2018-diciembre 2023. Se utilizó un cuestionario de 29 preguntas organizadas en tres bloques: satisfacción con la cirugía, resultados y estado de continencia actual. Las respuestas se graduaron con la escala Likert (1-5) (1=muy desacuerdo-5=muy de acuerdo).

RESULTADOS.

De las 29 familias contactadas, respondieron 23 (92%). La edad media fue 12.3 años (DT 4.4), el 82.6% de sexo masculino. En el 77% la indicación de cirugía fue dolor al sondaje uretral. El seguimiento medio postoperatorio fue de 36.5 meses.

En cuanto a la satisfacción con la cirugía: la satisfacción global, duración de hospitalización y control del dolor el 69.6%, 60.9% y 63.3% respectivamente, lo calificaron con una puntuación de 5. En referencia a los resultados: un 59.1% puntuó con 5 los resultados estéticos y el 86.4% puntuó con 4-5 la mejoría de la CV. Evaluando el estado de continencia, el 72.7% estaban muy satisfechos con los resultados y no tenían fugas (puntuación de 5).

CONCLUSIONES.

Este estudio respalda la mejora en la CV percibida en los pacientes que requieren un ML. La satisfacción global con el procedimiento y los resultados en cuanto a continencia son percibidos como muy buenos por los pacientes y familiares.

Manejo urológico de la Hipertensión arterial renovascular (HTRV) pediátrica: Serie de casos en un centro de referencia.

Castillo-Antón, DJ; Espinosa Vañó, J; Rojas Butrón, I; Martín Benlloch, J; Conca Baena, MA; Polo Rodrigo, A; Bonastre Torró, C; Serrano Durbá, A

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Introducción

La tensión arterial(TA) elevada en niños es habitualmente secundaria y ocasionalmente se debe a alteraciones en la vascularización renal. Realizamos este estudio descriptivo en vistas de mostrar la evolución en nuestra muestra.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico de una serie de 31 casos. Se incluyeron pacientes con hipertensión renovascular en seguimiento durante 10 años. Se excluyeron aquellos cuyo origen era secundario a una compresión extrínseca y diagnosticados con más de 15 años.

Las variables a estudio fueron: clínica, TA al diagnóstico, número de hipotensores al diagnóstico y seguimiento, pruebas de imagen, intervencionismo y evolutivo mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial(MAPA).

En el análisis estadístico se empleó media y mediana de datos en función del cumplimiento de la normalidad y el test Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados

Nuestra muestra presenta una edad media de $7a \pm 1,8$ con un seguimiento de 10 años. Al diagnóstico el 32,3%(10/31) eran sintomáticos y la totalidad de la muestra presentó un percentil de TA superior al p95 pese al tratamiento médico empleado. El 41%(14/31) presentó diagnóstico etiológico siendo la más frecuente el Sdr. Williams-Bueren.

El 48,4%(15/31) requirió un manejo invasivo siendo 12 pacientes intervenidos mediante angioplastia, con necesidad de reintervención en 6 de los casos. De inicio se optó por un manejo quirúrgico en 3 casos (nefrectomías parciales) y se realizó como técnica de rescate tras angioplastia en 2 ocasiones (1 autotrasplante con injerto de a. hipogástrica y 1 nefrectomía).

Tras 10 años de seguimiento el 90,3%(28/31) de los casos el percentil de TA fue inferior a p90 asociando una reducción de necesidad de uso de antihipertensivos en el 61,3%(19/31). En aquellos que se realizó un manejo invasivo se objetivó una mejoría precoz (primeros 2 años) con una TA menor de p90 en el 80%vs42,8%(p 0,038), sin diferencias estadísticamente significativas a los 10 años de seguimiento.

Conclusiones

La hipertensión renovascular es una patología paucisintomática que hay que sospechar en casos de hipertensión refractaria y que precisa de un manejo multidisciplinar siendo importante la participación del urólogo, pues la etiología vascular y algunas parenquimatosas son tratables y se benefician de nuestra participación.

Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) en pacientes pediátricos. ¿Es segura y efectiva? Análisis de resultados en un centro de referencia.

Espinosa-Vañó, J.; Castillo-Antón, D.J.; Conca-Baenas, M.A.; Polo-Rodrigo, A.; Bonastre-Torró, C.; Bahilo-Mateu, P.; Serrano-Durbá, A.; Budía-Alba, A.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de la LEOC en pacientes pediátricos e identificar los factores predictores que influyen en su efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, unicéntrico, con inclusión consecutiva de pacientes ≤ 15 años sometidos a LEOC (tratados con litotriptor Siemens Lithoskop) entre junio 2011 y mayo de 2023.

Se evaluaron datos demográficos, localización y tamaño de la litiasis (diámetro mayor radiológico), nº de ondas, intensidad, nº de sesiones y las complicaciones observadas. La efectividad se definió como ausencia de litiasis o restos ≤ 4 mm en ecografía de control a los tres meses de seguimiento.

El análisis estadístico se realizó con IBM®SPSS Statistics V25.0. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas con $p < 0,05$.

RESULTADOS

Un total de 84 procedimientos fueron incluidos para el análisis (47 pacientes).

La edad media al procedimiento fue de $6,5 \pm 3,5$ años.

La localización más frecuente fue el cáliz inferior y la pelvis renal (20,7%).

El tamaño medio de las litiasis fue de $15 \pm 8,5$ mm, siendo en 24 casos (29%) ≤ 10 mm y en 60 casos (71%) casos > 10 mm.

Se utilizaron una media de 4380 ± 1008 ondas a una intensidad de $3,4 \pm 0,6$ J. La media de sesiones fue de 2,4 (con un máximo de 9 sesiones en dos pacientes). La estancia mediana fue de 1 día.

Se utilizó como 1ª línea de tratamiento en 39 casos (46,4%) y como tratamiento de rescate en 45 casos (53,6%) tras litotricia previa o ECIRS/NLP.

La tasa libre de litiasis a los 3 meses fue del 81%.

La efectividad fue mayor como tratamiento de 1ª línea (67%) que como tratamiento de rescate (42%) ($p < 0,05$).

El tamaño (en litiasis ≤ 10 mm tiene una efectividad del 71% y en > 10 mm del 47%) y el tratamiento expulsivo (TME) tras LEOC (51% de efectividad sin tratamiento vs 100% de efectividad con tratamiento) fueron predictores de éxito ($p < 0,05$).

No se registraron incidencias durante el procedimiento ni complicaciones tras la LEOC > Clavien Dindo II.

CONCLUSIONES

La LEOC en niños es una técnica segura y efectiva. Un tamaño < 10 mm y el uso de TME fueron factores asociados a una mayor tasa de éxito.

¿ESTÁ EL SÍNDROME DE OHVIRA INFRADIAGNOSTICADO EN NUESTRO MEDIO?

Menacho Hernandez, C; Guirao Piñera, MJ; Padilla Zhucuzhañay, M.A; Zambudio Carmona, G

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción: El síndrome de OHVIRA (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly) es una malformación congénita del tracto urogenital femenino poco frecuente. Puede estar infradiagnosticada por la escasa sintomatología en edades pediátricas y baja sospecha haciendo que no se piense en ella.

Objetivo: Determinar la incidencia del síndrome de OHVIRA ya diagnosticado en nuestra población. Tras el diagnóstico reciente de varios casos de OHVIRA en nuestro hospital se plantea la posibilidad de un infradiagnóstico de esta patología en nuestro centro. Determinar la incidencia de síndrome de OHVIRA diagnosticado en nuestra población.

Metodología: Estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticadas de agenesia renal o enfermedad renal multiquística desde 1999 hasta 2024, identificando la edad y aparición de los síntomas, estudios complementarios y tratamientos realizados.

Resultados: tras la revisión encontramos 72 mujeres con agenesia renal o enfermedad renal multiquística, de las cuales se ha confirmado el diagnóstico en 5 (6.94%). En nuestra unidad 3 niñas de 1mes, 2 años y 13 años, una con diagnóstico prenatal confirmado posteriormente y las otras 2 intervenidas por aparición de síntomas. Otras 2 mujeres, de 24 y 18 años, con diagnóstico tardío fuera de la edad pediátrica, por infertilidad y dismenorrea, y se realizó por Ginecología apertura del septo y drenaje de hematocolpos. En la actualidad, 3 niñas de 19 meses, 9 y 12 años están pendientes de RMN por alta sospecha de síndrome de OHVIRA ante el hallazgo de una malformación uterina tipo útero didelfo en una ecografía pélvica realizada por otro motivo. Contamos con 23 pacientes con agenesia renal menores de 18 años sin estudios de zona pélvica, por lo que desconocemos si pudiesen tener dicho síndrome.

Conclusiones: Debido a la baja incidencia no hay estudios dirigidos en pacientes con agenesia renal. No suelen presentar sintomatología hasta llegar la pubertad tras la menarquia iniciando dolores abdominales de origen desconocido lo que hace que esté infradiagnosticado en nuestro medio y la incidencia real sea mayor. Se debe plantear realizar estudios, en toda paciente con agenesia renal o displasia renal multiquística, dirigidos en busca de anomalías vaginales y/o uterinas para un diagnóstico precoz y evitar complicaciones futuras.

DOBLE PATOLOGÍA URETERAL EN UNA MISMA UNIDAD FUNCIÓN RENAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO.

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

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

La coexistencia de dos patologías en la misma unidad renal es infrecuente y puede suponer un reto diagnóstico y de tratamiento, sobre todo cuando ambas tienen indicación de tratamiento quirúrgico. La estenosis de la unión pieloureteral (EPU) y el reflujo vesicoureteral (RVU) son las causas más frecuentes de hidronefrosis de diagnóstico prenatal y por lo tanto, coexisten con más frecuencia. Presentamos 5 casos de concomitancia de dos patologías ureterales en la misma unidad renal.

MATERIAL Y MÉTODOS.

De los 5 pacientes analizados (4 mujeres/1 varón):3 presentaban EPU-RVU y 2 EPU-MOP (megauréter obstructivo primario) (uno de ellos con diagnóstico de VACTERL y monorrena). En cuanto al diagnóstico, en 3 se trataba de un diagnóstico prenatal y 2 se diagnosticaron a raíz de infecciones del tracto urinario. La evaluación inicial se realizó mediante ecografía, CUMS y renograma en todos los casos. Todos presentaban criterios clínicos y radiológicos de tratamiento quirúrgico.

Resultados:

Respecto a los 3 pacientes con EPU-RVU: en 2 se trató primero el RVU (ambos reimplante LPC por técnica de Lich Gregoir) y en 1 se trató primero la EPU (pieloplastia robótica). Los dos primeros presentaron en el postoperatorio aumento significativo de la hidronefrosis requiriendo una derivación (una nefrostomía y un catéter doble J) y posteriormente fueron sometidos a pieloplastia laparoscópica con resolución de la hidronefrosis y adecuada evolución. El tercer paciente continúa en seguimiento.

En los 2 pacientes con EPU-MOP: una paciente monorrena con PNA de repetición se realizó una ureterostomía asistida por LPC de entrada y posteriormente reimplante ureteral a los 2 años, con buena evolución actual y estabilidad de la dilatación alta. El segundo que fue sometido a pieloplastia primero, el MOP fue un hallazgo incidental intraoperatorio. En el postoperatorio se evidenció un aumento de la dilatación ureteral muy importante y PNA por lo que se indicó reimplante laparoscópico 2 meses después.

Conclusiones:

Cuando coexisten dos patologías ureterales en una misma unidad renal decidir el orden de las intervenciones puede ser un reto. En nuestra experiencia en la concomitancia EPU-RVU, intervenir primero la EPU tiene mejores resultados. En la combinación EPU-MOP no podemos decretar ninguna recomendación.

Presentación: vídeo

Reimplante ureteral tipo Shanfield modificado con remodelaje tipo Hendren asistido por laparoscopia en megauréter obstructivo primario en un paciente menor de 12 meses.

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

*Hospital Universitario Vall d'Hebron***OBJETIVO:**

El reimplante ureteral (RU) en pacientes menores de 1 año es controvertido y muchos urólogos no lo realizan por temor a una disfunción vesical a largo plazo, aunque la literatura al respecto es escasa. El principal motivo es la desproporción entre el calibre del uréter y el tamaño de la vejiga cuando se pretende cumplir la ley de Paquin (5:1). Sin embargo, existen otras técnicas de reimplante ureteral que no implican una disección amplia de la vejiga.

Presentamos un caso de megauréter obstructivo primario (MOP) que además presentaba una estenosis pieloureteral en la misma unidad renal (intervenida previamente), que se reimplantó de forma laparoscópica con modelaje intracorpóreo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Paciente femenina de 5 meses de edad (ex-prematura de 35 SG) con diagnóstico prenatal de ectasia derecha que post-natalmente se evidenció una dilatación severa del riñón derecho (pelvis de 5 cm) sin dilatación del uréter distal. La CUMS fue normal y el renograma mostraba un patrón obstructivo con afectación de la FRD (33%). Se realizó pieloplastia laparoscópica a los 3 meses de edad (4.3 kg), sin incidencias evidenciando intraoperatoriamente un uréter de gran tamaño. Se realizó la anastomosis pieloureteral sin stent. En el postoperatorio presentó una dilatación progresiva del uréter distal de hasta 2 cm y además una PNA. Se decidió tratamiento quirúrgico del MOP mediante reimplante laparoscópico.

RESULTADOS:

Realizamos abordaje transperitoneal mediante 3 trocares (5 mm umbilical y dos de 3 mm en los flancos). Identificación del uréter a nivel del cruce de los ilíacos, disección hasta su entrada en vejiga y sección. Se realiza modelaje mediante técnica de Hendren intracorpóreo, sutura del uréter con monocryl 5/0 de forma continua. Detrusoromiotomía con tijeras y coagulación monopolar hasta exposición de la mucosa vesical. Reimplante ureteral mediante técnica de Shanfield modificada. Se dejó un catéter blue-stent exteriorizado por vejiga y piel.

El procedimiento se completó por laparoscopia con un tiempo quirúrgico de 160 minutos. Alta hospitalaria a los 3 días. Se retiró el blue-stent a los 10 días por colonización bacteriana. En el seguimiento ecográfico no se evidenciaron complicaciones al mes postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El reimplante ureteral laparoscópico con modelaje para el tratamiento del MOP en menores de 1 año parece una técnica factible y segura.