

REFLUJO VESICO URETRAL E INFECCION URINARIA

Dra. Paz Bustamante V.
Uróloga Infantil – Hospital de Ovalle

Dra. María Teresa López S.
Uróloga Infantil – Hospital San Borja Arriarán

I. DESCRIPCIÓN

El riñón produce orina permanentemente, la cual avanza por el uréter en sentido único, de arriba hacia abajo, hasta la vejiga (Figura 1).

Hablamos de reflujo vesico-ureteral (RVU) cuando la orina retorna desde la vejiga hacia uno o hacia ambos uréteres.

El uréter desemboca en la vejiga a través de un túnel que actúa como una válvula, impidiendo que la orina retorne al riñón; si el túnel es más corto resultará incompetente en su función valvular generándose el RVU.

En algunos niños, el RVU es secundario a una disfunción miccional, es decir, un patrón alterado en la forma de orinar.

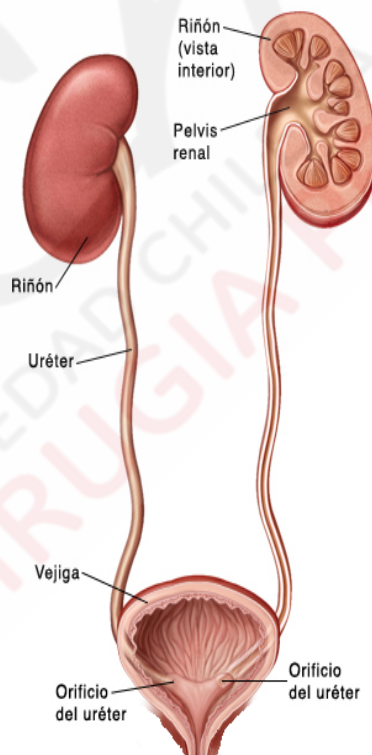


Figura 1. Anatomía de la vía urinaria.

II. FRECUENCIA

El reflujo vesico-ureteral afecta al 1% de la población infantil.

Aproximadamente, un tercio de los niños con episodio de infección urinaria presentan reflujo vesico-ureteral.

Un niño con reflujo vesico-ureteral tiene mayor riesgo de desarrollar infección urinaria alta (pielonefritis aguda) y, posteriormente, presentar algún daño renal.

Alrededor de un 20% de los niños que llegan a transplante renal tiene RVU.

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Aunque puede debutar a cualquier edad, el RVU tiene su mayor incidencia en los menores de dos años.

En el recién nacido suele estar asociado al diagnóstico prenatal de dilatación de las vías urinarias; en niños mayores, cabe sospecharlo tras el diagnóstico de dos o más episodios de infección urinaria.

Aproximadamente, un 30% de los hermanos de aquellos pacientes portadores de RVU presentará igualmente reflujo.

Dependiendo de la severidad, se han establecido 5 grados de reflujo, cada cual con su respectivo manejo y eventual evolución (Figura 2).

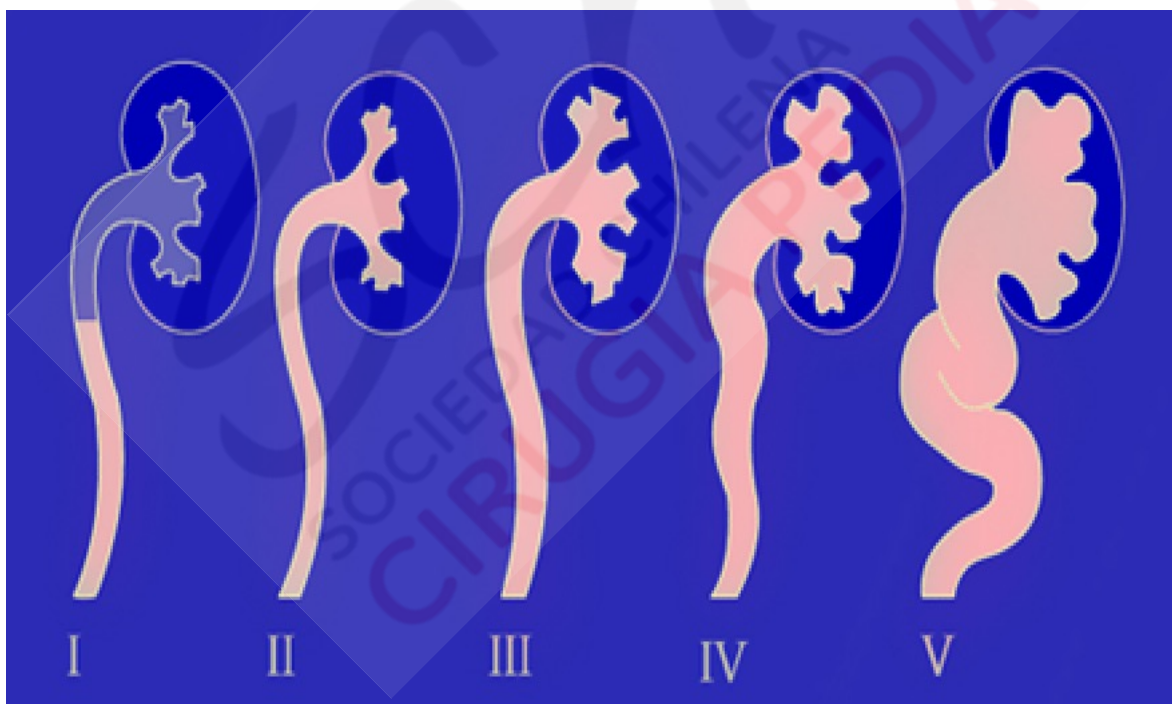


Figura 2. Grados de Reflujo Vesico-Ureteral (RVU).

La infección del tracto urinario (ITU) es la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, de alguna porción del sistema urinario.

Cuando compromete el riñón se denomina pielonefritis aguda, y se manifiesta con fiebre, dolor en fosa lumbar y vómitos.

Se denomina cistitis cuando la infección compromete la vejiga; clínicamente cursa con micción frecuente (polaquiuria) y dolorosa (disuria), urgencia para orinar (tenesmo) e incontinencia de orina.

Los recién nacidos y lactantes pequeños habitualmente sólo presentan fiebre, intolerancia o rechazo alimentario y compromiso del estado general.

IV. ESTUDIO COMPLEMENTARIO

El diagnóstico de reflujo vesico-ureteral se realiza a través de una uretrocistografía miccional (UCG).

Requiere la instalación de una sonda uretral hasta la vejiga para la administración de suero con medio de contraste. Aunque es un examen incómodo y algo invasivo, no suele producir dolor.

Mediante radiografías seriadas es posible evaluar la función vesical y constatar el reflujo hacia uréter y riñón; asimismo, permite visualizar la uretra durante la micción.

Otros exámenes útiles son: ecografía renal y vesical para evaluar anatomía de los riñones; cintigrama renal; examen de medicina nuclear, para evaluar la función renal y detectar eventuales cicatrices renales.

V. TRATAMIENTO

El tratamiento y manejo dependerá de varios factores:

- Grado de severidad del reflujo
- Infección urinaria en curso
- Edad del paciente
- Eventual presencia de factores asociados

Es importante tener presente que mientras menor sea el grado de severidad es más probable que el reflujo se corrija espontáneamente, pues el túnel del uréter se ensancha a medida que el niño crece.

Todas las alternativas de tratamiento deben acompañarse de un adecuado entrenamiento vesical y manejo de la constipación.

Existen 3 alternativas terapéuticas:

- *Manejo médico (conservador).*
Administración de antibióticos, por vía oral y a dosis bajas, para prevenir un nuevo episodio de infección urinaria.

Basado en la evidencia, la gran mayoría de los reflujos desaparecen gradualmente a medida que el niño crece (en promedio, a los 5 años de edad).

El RVU disminuye progresivamente (a veces, hasta desaparecer), pues se desarrolla y prolonga la unión entre uréter y vejiga.

El tratamiento antibiótico debe mantenerse al menos durante 12 meses, y bajo control periódico con examen de orina.

- *Tratamiento endoscópico.*

Inyección en la unión uretero-vesical de una sustancia que expande la mucosa mejorando la función valvular de la vía urinaria.

Es un procedimiento ambulatorio, que se realiza bajo anestesia general.

La tasa de éxito depende directamente del grado del reflujo: en reflujos de bajo grado, el porcentaje de curación es >90%.

- *Tratamiento quirúrgico.*

Ya sea por cirugía abierta o laparoscópica, corrige en forma definitiva la incompetencia de la unión uretero-vesical, al alargar el túnel del uréter.

Está indicada sólo en aquellos pacientes con reflujos de alto grado.

Es una cirugía mayor, bajo anestesia general; requiere el uso de sonda vesical y hospitalización durante algunos días. Tiene una tasa de éxito de 98%.

VI. EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES

La gran mayoría de los niños evolucionará a la mejoría con disminución progresiva y espontánea del reflujo.

Algunos niños, en particular aquellos con reflujo antenatal, reflujos de alto grado o que han cursado con pielonefritis a repetición, evolucionarán con daño renal.

El diagnóstico precoz de reflujo vesico-urinario (RVU) es clave para mejorar el pronóstico y la evolución clínica.