



Tratamiento del megauréter congénito obstructivo primario

Y. Teklali, N. Peilleron, P.Y. Rabattu, B. Boillot

El megauréter congénito obstructivo primario se define por una dilatación ureteral congénita de localización proximal a un obstáculo situado en el uréter terminal yuxtavesical. Este obstáculo se manifiesta por una terminación filiforme (denominada en cola de rábano) del extremo ureteral. En la actualidad, el 50% de los casos de megauréter se descubren ante una dilatación renal prenatal. El estudio postnatal precoz permite descartar los megauréteres secundarios, así como los que requieren un tratamiento quirúrgico urgente. La regresión espontánea se produce en alrededor del 70% de los casos, por lo que el tratamiento conservador se ha convertido en el tratamiento de primera elección. Si esto fracasa, el tratamiento quirúrgico de referencia es la reimplantación ureterovesical con resección de la terminación ureteral. Los nuevos tratamientos poco invasivos, como el tratamiento endoscópico, son una alternativa prometedora y atractiva.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Megauréter congénito obstructivo primario; Tratamiento conservador; Tratamiento endoscópico; Reimplantación ureterovesical

Plan

■ Introducción	1
■ Reseña anatomofisiológica	1
■ Definiciones	2
■ Clasificaciones anatómicas	3
■ Megauréter congénito obstructivo primario	3
Epidemiología y fisiopatología	3
Diagnóstico (reseñas)	4
Evolución	4
■ Tratamiento del megauréter congénito obstructivo primario	5
Tratamiento conservador	5
Derivaciones temporales	5
Tratamiento curativo	5
■ Conclusión	13

«Megauréter» designa simplemente una dilatación ureteral cuya etiología puede ser múltiple y variada: megauréter congénito obstructivo primario (MCOP), megauréter por obstáculo infravesical (válvulas de la uretra, por ejemplo), megauréter por reflujo vesicoureteral, megauréter en el marco de un sistema doble urinario o de uréter ectópico, megauréter por obstáculo intrínseco ureteral distal: litiasis, anomalía anatómica (uréter retrocavo o retroilíaco), estenosis postraumática o iatrogénica, etcétera.

Una definición más clara de estos megauréteres ha permitido optimizar el tratamiento, que ya no es fuente de confusión.

El MCOP se define por una dilatación ureteral congénita que se localiza proximal a un obstáculo situado en el uréter terminal yuxtavesical. Este obstáculo se manifiesta por una terminación filiforme (denominada en cola de rábano) del extremo ureteral.

Por un abuso del lenguaje, en la práctica pediátrica suele utilizarse el término de megauréter congénito para designar el MCOP.

■ Introducción

El término de megauréter se utilizó por primera vez en 1923 y designa una dilatación ureteral total o segmentaria de importancia variable. Este término se considera inadecuado por los clínicos, porque no designa una enfermedad, sino sus consecuencias. Esta entidad ha sido motivo de confusión durante mucho tiempo, debido a la ausencia de una terminología uniforme hasta 1977.

■ Reseña anatomofisiológica

Desde el punto de vista embriológico^[1,2], el sistema urinario deriva del mesoblasto intermedio en el caso de riñón y el uréter, y del seno urogenital en el caso de la vejiga y la uretra.

A partir de la séptima semana, la proliferación activa de la pared posterior del conducto vesicouretral, procedente

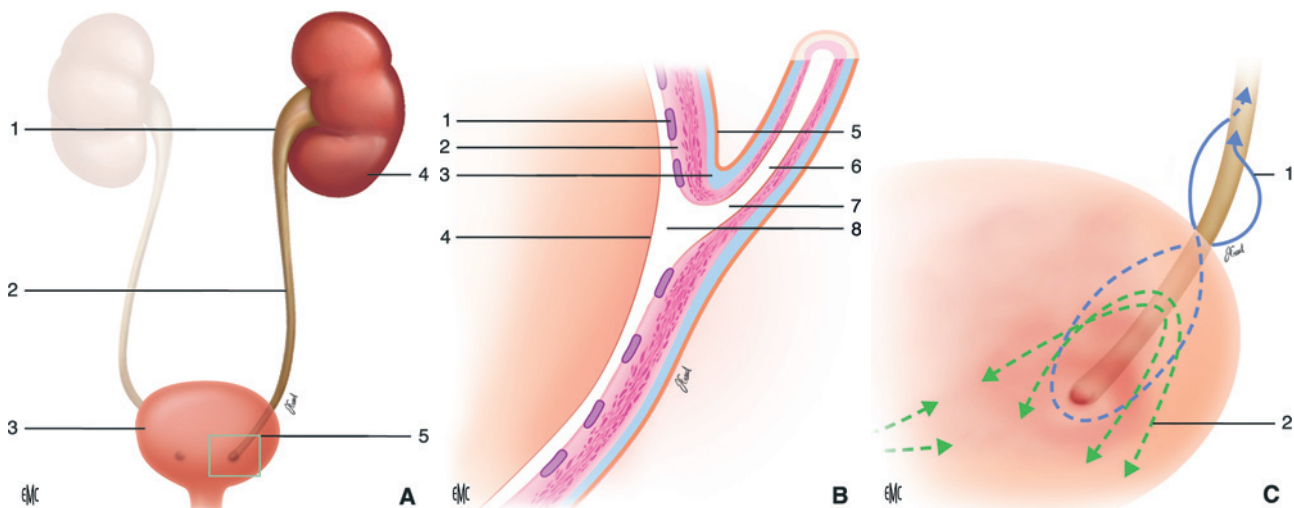


Figura 1. Unión ureterovesical con esquema histológico ampliado.

A. 1. Unión pieloureteral; 2. conducto ureteral; 3. vejiga; 4. riñón izquierdo; 5. unión ureterovesical.

B. 1. Detrusor plexiforme; 2. detrusor circular; 3. detrusor longitudinal; 4. mucosa; 5. fascia pélvica visceral; 6. segmento yuxtavesical; 7. segmento intramural; 8. segmento submucoso.

C. 1. Capa longitudinal externa; 2. capa circular interna.

del seno urogenital, rodea el extremo de los conductos de Wolff y da lugar al trigono. El cierre temporal de la luz ureteral hacia el 30.º día se repermabiliza 10 días después en sentido craneocaudal.

La vaina de Waldeyer aparece la 16.ª semana, mientras que la musculatura ureteral se diferencia entre la 14.ª y la 24.ª semana a partir de un tejido esencialmente conjuntivo.

Desde el punto de vista anatómico, el uréter presenta tres partes^[3, 4]: la unión pieloureteral, el conducto ureteral y la unión ureterovesical. Esta última parte consta a su vez de tres segmentos: un segmento yuxtavesical, un segmento intramural y un segmento submucoso (Fig. 1).

La unión ureterovesical presenta un sistema muscular complejo con un elemento crucial en la solidez del soporte vesical trigonal: la continuidad entre la musculatura ureteral y trigonal.

La musculatura ureterotrigonal está compuesta:

- de la musculatura periureteral, de las porciones yuxta e intravesicales del uréter, constituido por dos vainas, una profunda con fibras longitudinales en espiral y una superficial denominada vaina de Waldeyer, derivada del detrusor;
- del trigono superficial correspondiente al triángulo muscular formado por la prolongación lateral de las fibras de la vaina profunda de los dos uréteres hacia el veru montanum por los lados laterales y su entrecruzamiento en la base superior, correspondiente a la cresta interureteral;
- del trigono profundo correspondiente a la prolongación de la vaina de Waldeyer hasta el cuello vesical.

La vascularización ureteral procede, a nivel de su porción superior, de una rama de la arteria renal, para su porción media de colaterales de la aorta y de la arteria gonadal, y para su porción distal de ramas de la arteria iliaca común, de la arteria hipogástrica y de las arterias vesicales. Existe una red anastomótica intraureteral muy desarrollada con cinco redes sucesivas desde la adventicia a la submucosa^[4].

La inervación ureteral es doble, extrínseca por el sistema nervioso autónomo que modula el peristaltismo y endógena por pequeños axones no mielinizados.

Desde el punto de vista fisiológico^[5], el uréter realiza el transporte de la orina desde el riñón hacia la vejiga por un régimen de baja presión. Este transporte es activo, con creación de bolos por el peristaltismo ureteral. La eficacia de este transporte depende de la relación entre

la presión endoluminal (fuerza propulsiva) y las propiedades viscoelásticas del uréter (fuerzas de resistencia de la pared o distensibilidad). Esta capacidad de transporte puede alterarse si el uréter está distendido.

El uréter puede adaptarse fisiológicamente a un aumento de la presión vesical con un incremento de la presión ureteral por el aumento de la amplitud, y después de la frecuencia, de las contracciones. Por encima de un umbral determinado, alrededor de 40 cmH₂O, los bolos fusionan, la presión basal se eleva y se iguala a la presión de contracción, y el uréter ya no es capaz de propulsar la orina.

Durante el aumento de la presión vesical, la barrera antirreflujo de la unión ureterovesical consiste en el cierre de la luz ureteral mediante el estiramiento de las mallas de su pared en su trayecto intramural y submucoso. Este principio sólo es válido si el sistema posee un punto de apoyo firme, es decir, un soporte vesical trigonal sólido.

■ Definiciones^[6-12]

El término de megauréter fue definido por Cussen en 1971 y Hellstrom en 1986 como una dilatación del uréter y de las cavidades pielocaliciales superior a 5 mm.

Puede ser secundario a un obstáculo (anatómico o funcional) conocido y que corresponda a una patología bien definida. El obstáculo puede localizarse en la uretra (pólipo, válvula, divertículo, estenosis), el cuello vesical, el detrusor (divertículo, esclerosis, vejiga neurógena) o el uréter (ureterocele, desembocadura ectópica).

Puede ser primario y obstructivo cuando la dilatación es congénita, y tiene una localización proximal a un obstáculo funcional situado a nivel del uréter terminal yuxtavesical, normal desde el punto de vista macroscópico y no estenosado: éste es el caso del MCOP.

También puede ser primario y refluente, en cuyo caso se trata de un reflujo vesicoureteral primario. Asimismo, puede ser primario obstructivo y refluente, en el que existe una auténtica deficiencia de la unión ureterovesical y en tal caso el reflujo es un factor asociado agravante. Por último, puede ser primario, ni obstructivo ni refluente, como sucede en las situaciones donde las capacidades de excreción del sistema colector se ven superadas por la cantidad de orina producida (diabetes insípida, intoxicación por agua) o incluso en los síndromes de aplasia de la pared abdominal (síndrome de abdomen en ciruela pasa).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268724>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268724>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)