

UROLOGÍA PEDIÁTRICA

Sara Díaz Naranjo

Complejo Asistencial Segovia



PROBLEMAS DE SALUD

- Fimosis
- Criptorquidia
- Testículos retráctiles
- Hidrocele
- Varicocele
- Enuresis
- Escroto agudo



FIMOSIS



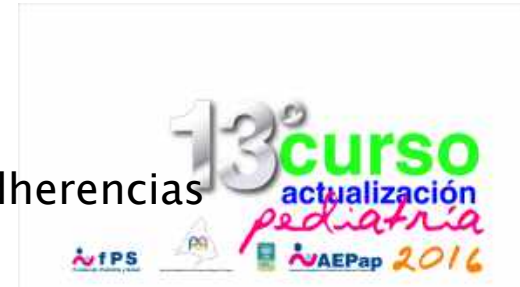
- **Incidencia**

- 50 % al final del primer año
- 11% a los 3 años
- 8% a los 6-7 años
- 1% en la adolescencia

- Imposibilidad o dificultad significativa para la retracción del prepucio

- Primaria (fisiológica)
- Secundaria (patológica)

- No se recomienda la **retracción forzada** del prepucio (adherencias recurrentes entre el glande y el prepucio)





- Fimosis fisiológica.
- 1-2 años.
- No tocar.



- Balanitis xerótica obliterante.
- Siempre tratamiento quirúrgico



- Fimosis verdadera.
- Leve.





- Balanitis infecciosa.
- Ojo repetición.





- Parafimosis.
- Reducir.

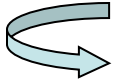


- Adherencias balano-prepuciales.
- No tocar.

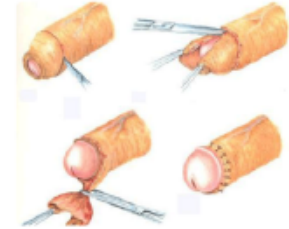
TRATAMIENTO

- **Tratamiento**

- Cirugía



- Balanitis recurrente
 - Infecciones de orina de repetición (GCC 2; GR B)



- Cremas tópicas con corticoides aflojan el anillo en el 70-80% (GCC 1, GR A).

- **Circuncisión clásica**

- Morbilidad apreciable. No se debería recomendar sin una razón médica (GCC: 2; GR B)
 - Tasa de complicaciones entre 0.2-3%
 - Menores tempranas
 - Tardías. Estenosis del meato

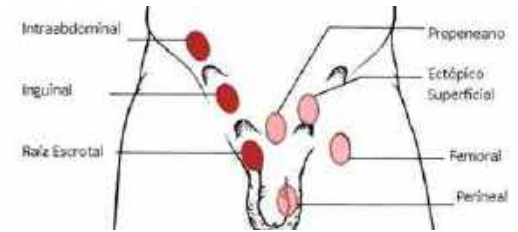
- **Plastia prepucial**

- Misma tasa de complicaciones



CRIPTORQUIDIA

- Patología genital más frecuente en recién nacidos a término, 1%–4%
- **Factores de riesgo**
- **Clasificación** (se basa en la localización del testículo)
 - Línea normal de descenso
 - Posición ectópica
- El testículo criptorquídico es palpable en 80%
- Importante registrar hallazgos urológicos asociados



DIAGNOSTICO

- Exploración física
- Inhibir el reflejo cremastérico con la mano no dominante
- La región inguinal puede 'ordeñarse' hacia el escroto
- Un testículo no palpable unilateral y un testículo contralateral agrandado pueden indicar ausencia o atrofia testicular
- Atención a las regiones femoral, peniana y perineal en el caso de un testículo no palpable inguinal para descartar un testículo ectópico.
- Técnicas de imagen no tienen efectos beneficiosos adicionales

TRATAMIENTO

- Cuando el testículo no ha descendido al llegar al año no se debe esperar un descenso espontáneo
- El tratamiento debería realizarse antes de 12-18 meses
- ~~Tratamiento médico~~
 - Tratamiento para lograr el descenso testicular: hCG / GnRH.
 - Tasa de éxito 20 %, GCC 1 y GR C. (Actualmente retirado del mercado en España).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- **Testículo palpable**

- Orquidofuniculolisis y orquidopexia: Abordaje inguinal. Tasas de éxito de 92%
- Seccionar las fibras cremastéricas para evitar la retracción posterior
- Bolsillo de Dartos

- **Testículo no palpable**

- Exploración quirúrgica mediante un acceso inguinal
- Posibilidad de laparoscopia exploradora (GCC 1b, GR A)



PRONÓSTICO

- Unilateral < tasa de fertilidad pero la misma tasa de paternidad
- Bilateral < tasa de fertilidad y paternidad
- Unilateral posibilidad 20 veces mayor padecer tumor testicular
- Cribado durante y después de la pubertad
- Estudio sueco Pettersson et al revelan que el tratamiento de la criptorquidia antes de la pubertad reduce el riesgo de cáncer de testículo.

TESTICULOS RETRACTILES

- Han completado su descenso pero pueden encontrarse en la ingle por el reflejo cremastérico
- Clave para distinguir criptorquidia de testículos retractiles
- No necesitan ninguna forma de tratamiento
- Si existen dudas, pexia escrotal o seguimiento anual hasta la pubertad.
- Considerar tratamiento quirúrgico (pexia escrotal) si no se puede garantizar el seguimiento.

ACTITUD

- Control por especialista a los 6 meses (entre 2-3 m si testes no palpables bilateral).
- Diagnosticados a partir del año derivar siempre.
- **Seguimiento postquirúrgico:**
 - Al mes y a los seis meses de la intervención.



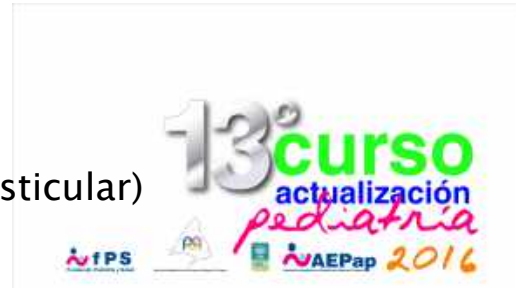
HIDROCELE

- Acumulación de líquido entre las capas parietal y visceral de la túnica vaginal
- Desequilibrio entre la secreción y reabsorción
- Obliteración incompleta del proceso vaginal peritoneal
 - ↪ Persiste en el 80–94% de los neonatos y en el 20% de los adultos
- Hidrocele de cordón: permeabilidad de la porción intermedia
- Hidrocele escrotal sin permeabilidad del conducto

DIAGNOSTICO

- **Hidrocele comunicante**

- Anamnesis
 - Varía de tamaño
 - No antecedentes de reductibilidad ni de síntomas asociados
- Exploración física (transiluminación del escroto)
- **Ecografía** (Sensibilidad 100%)
- Ecografía Doppler (ayuda a distinguir varicocele y una torsión testicular)



TRATAMIENTO

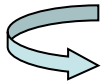
- El tratamiento quirúrgico no está indicado durante los primeros 24 meses (GCC 4; GR: C)
- No hay pruebas de que el hidrocele entrañe riesgo de lesión testicular
- Cirugía precoz cuando asocia hernia inguinal y enfermedad subyacente: ligadura del conducto permeable.
- Lesiones testiculares 0.3% (GCC 3; GR: B)
- Abordaje escrotal se emplea en hidrocele no comunicante

VARICOCELE

- Dilatación anormal de las venas testiculares en el plexo pampiniforme
- Infrecuente en < de 10 años. 15-20% de los adolescentes
- 70% pérdida de volumen testicular (izquierdo 80-90%).
- Corrección de crecimiento testicular tras vericolectomía en adolescentes (GCC 2)
- Se ha demostrado mejora de los parámetros espermáticos tras varicocelectomía (GCC 1)

DIAGNÓSTICO

- Asintomático
- **Clasificación**
 - Grado I: palpable sólo con Valsalva
 - Grado II: palpable sin Valsalva
 - Grado III: visible a distancia
- Reflujo venoso hacia el plexo pampiniforme se diagnostica con Doppler



**Varicocele
subclínico**

- La ecografía debe incluir el tamaño testicular



INDICACIONES DE TRATAMIENTO

- Varicocele asociado a un testículo pequeño
- Enfermedad testicular añadida que afecta a la fertilidad
- Varicocele palpable bilateral
- Calidad patológica del semen (adolescentes mayores)
- Varicocele asociado a una respuesta supranormal con estimulación.
- Varicocele sintomático

TRATAMIENTO

- Ligadura venas espermáticas internas
- Tasa de recurrencia menor del 10%
- Conservación linfática (GCC 2; GR A)
- Esclerosis retrógrada o anterógrada. Mayor tasas de fracasos (GCC 2; GR B)
- No existen datos de lqx a una edad pediátrica ofrezca mejor resultado andrológico

ENURESIS



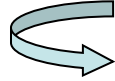
- **Incidencia**
 - 5 - 10% a los 7 años.
 - Tasa curación espontánea 15% al año.
 - 7% adultos!!!
- Importante componente psicológico: tratar de 7 años en adelante.
 - Primaria: nunca más de 6 meses seco.
 - Secundaria: reaparece tras al menos 6 meses seco.
 - Monosintomática.
- Genéticamente complejo: cromosomas 12, 13, 22. La mayoría de los niños tienen antecedentes afectos.



TRATAMIENTO

- **Tratamiento**

- Medidas terapéuticas de apoyo



- o Restricción hídrica, retirada pañal...
- o Calendario miccional.

- Refuerzo positivo, asesoramiento, confianza.

- **Tratamiento con alarmas.**

- Trastorno del despertar (80%). GCC 1, GR A.
- Baja tasas de recidiva: mejor cuanto mayor es el niño.

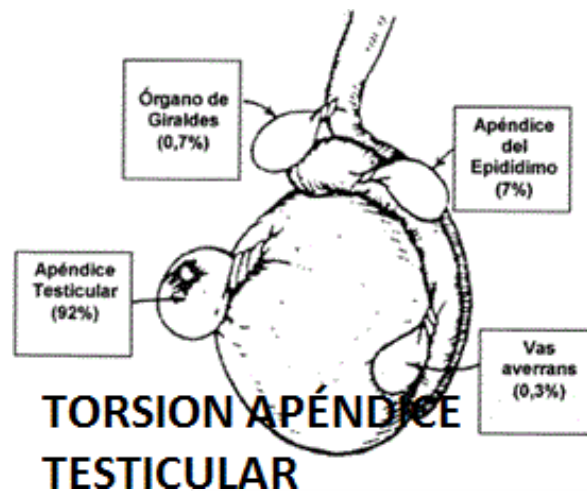
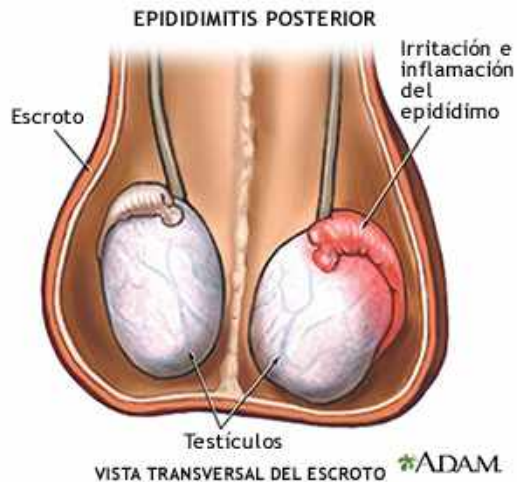
- **Medicación:**

- Desmopresina (DDAVP): 70%, alta tasa recidivas.
- Anticolinérgicos.



ESCROTO AGUDO

- MÚLTIPLES CAUSAS...



ESCROTO AGUDO

- TORSIÓN TESTICULAR
 - 40% causas de EA.
 - Dos picos: 1er año y adolescencia.
 - Dolor **súbito**.
 - Reflejo cremastérico **ausente**.
 - **Raros**: fiebre, STUI.
 - ECO-Doppler: **sin** flujo sanguíneo.
- EPIDIDIMITIS
 - **Poco habitual** en edad pediátrica.
 - Dolor **gradual**.
 - Reflejo cremastérico **presente**.
 - **Habituales**: fiebre, STUI.
 - ECO-Doppler: **con** flujo sanguíneo aumentado.

MUCHAS GRACIAS

13^o curso
actualización
pediatría



AEPPap 2016

