

Urología infantil



S. Díaz Naranjo, R. Ortiz Perojo

Servicio de Urología. Hospital General de Segovia. Segovia. España.

PUNTOS CLAVE

- La fimosis es un proceso muy prevalente y en su tratamiento influyen factores médicos, pero también culturales y religiosos. No obstante, pocos casos necesitarán cirugía.
- La criptorquidia ocurre en pocos niños, pero es esencial conocer sus plazos a la perfección por las importantes consecuencias que tiene en la vida adulta.
- El hidrocele y el varicocele son patologías frecuentes en dos momentos, la infancia y la adolescencia, y que a menudo solo necesitan seguimiento.
- El diagnóstico diferencial del escroto agudo es esencial, pues un error diagnóstico puede tener importantes consecuencias sobre la fertilidad y la autoestima del niño.
- A partir de los seis años, la enuresis genera mucha ansiedad a niños y padres, entrando en un círculo vicioso de pérdida de autoestima y sensación de impotencia.

RESUMEN

La patología urológica supone un porcentaje importante de las consultas y a menudo presenta diferencias entre adultos y población pediátrica. Es esencial conocer a la perfección los plazos en que deben diagnosticarse y tratarse estas patologías, así como saber cuáles requerirán atención especializada y cuáles solo precisan seguimiento, pudiendo así tranquilizar a los padres cuando sea posible y actuar a la mayor brevedad cuando sea necesario, con todos los beneficios que supondrá en el desarrollo normal del niño.

INTRODUCCIÓN

La patología urológica supone un porcentaje importante de las consultas médicas, urgentes o no, y, en muchos casos, esta patología presenta diferencias entre adultos y población pediátrica.

El objetivo no es otro que revisar aquellas patologías que por su frecuencia o importancia son más relevantes en la edad pediátrica, como son la fimosis, la criptorquidia, el hidrocele, el varicocele, la enuresis y el diagnóstico diferencial del escroto agudo. Como se puede ver, son patologías muy variadas, pero todas ellas importantes, pues el correcto diagnóstico y tratamiento de las mismas puede tener un fuerte impacto en la vida adulta. En todas ellas, la exploración física juega un papel sumamente importante, siendo en muchos casos más que suficiente para el diagnóstico. Es esencial conocer a la perfección los plazos en que deben diagnosticarse y tratarse, así como saber discernir cuáles requerirán atención especializada y cuáles solo precisan seguimiento¹.

FIMOSIS

La fimosis es sin duda una de las patologías urológicas más frecuentes y que genera mayor ansiedad en los padres, que pueden llegar a obsesionarse con descubrir el glande. Estas retracciones forzadas repetidas están contraindicadas, pues causan cicatrices y adherencias que pueden obligar a un tratamiento quirúrgico en el futuro.

La fimosis afecta a uno de cada dos niños menores de un año, pero con el paso del tiempo la prevalencia se reduce enormemente. Consiste en la no retracción del prepucio por detrás del surco del glande, lo que se diagnostica con la simple exploración física. En su tratamiento influyen diversos factores médicos, culturales y religiosos; sin embargo, en un sentido estrictamente médico, solo un pequeño porcentaje de niños necesitará cirugía.

Salvo complicaciones infecciosas (infección del tracto urinario [ITU], balanitis) de repetición o problemas en la micción que exigen un tratamiento quirúrgico, en el resto de casos podemos mantener una actitud expectante ya que muchos se resolverán solos. Como opciones quirúrgicas tenemos la prepucioplastia y la circuncisión que, fuera de la edad pediátrica, se pueden hacer

con anestesia local con todas las ventajas que ello supone. Otra opción son las cremas de corticoides, más efectivas entre los tres y cinco años y sin efectos sistémicos.

Lo que queda claro es que la fimosis debe resolverse antes del inicio de las relaciones sexuales.

CRIPTORQUIDIA

La criptorquidia es la anomalía genitourinaria más frecuente en el varón y puede conllevar importantes consecuencias en el futuro. Por ello es muy importante un diagnóstico adecuado y un tratamiento dentro de plazo, ya que el daño histológico aumenta con el tiempo. Ocurre cuando los testículos no han descendido a la bolsa escrotal. El diagnóstico se basa en la exploración física, pues las pruebas de imagen no ofrecen ventajas añadidas, siendo muy importante distinguir entre testículos palpables y no palpables. Esto es así hasta el punto de que unos testes no palpables bilaterales acompañados o no de alteraciones en la diferenciación sexual exigen un estudio urgente endocrinológico y genético.

Hay que diferenciar los testículos retráctiles o en ascensor, que son aquellos con un normal descenso a la bolsa y que ascienden por un reflejo cremastérico intenso y solo necesitarán observación.

Es importante diagnosticar la criptorquidia en torno a los 12 meses y que el tratamiento esté completado antes de los 18 meses, pues pasada esta edad es raro el descenso espontáneo. Actualmente el tratamiento médico no está indicado^{2,3}, siendo la cirugía el tratamiento de elección. En general, tras el tratamiento, los pacientes presentan menores tasas de fertilidad, pero las mismas tasas de paternidad que los niños con testículos descendidos bilaterales. El riesgo de padecer un tumor testicular maligno, que en esta población está muy aumentado, se reduce con la cirugía^{4,5}.

HIDROCELE Y VARICOCELE

El hidrocele y el varicocele son importantes en dos momentos diferentes de la vida: los dos primeros años y la adolescencia, respectivamente.

El hidrocele es sumamente frecuente, hasta el punto de que nueve de cada diez recién nacidos lo presentan, y no es más que la acumulación de líquido entre las capas testiculares debido a un conducto peritoneo-vaginal permeable. Habitualmente se resuelve solo, por lo que la cirugía no está indicada antes de los 12-24 meses; pasada esta edad deberá intervenir. De nuevo,

la mera exploración nos permitirá diagnosticarlo. Es esencial descartar sobre todo la presencia de hernias inguinales y de complicaciones testiculares que obligarían a la cirugía. La transluminación es una técnica sencilla e inócua que nos facilita el diagnóstico diferencial, pues la luz atravesará el líquido pero no lesiones sólidas.

El varicocele supone una dilatación anormal de las venas testiculares que afecta al 15-20% de los adolescentes, siendo infrecuente antes de los diez años, y es más habitual en el lado izquierdo. La exploración física revelará un conjunto de venas dilatadas y tortuosas, como una bolsa de gusanos, más evidentes con el paciente de pie o con maniobras de Valsalva.

En principio solo precisa seguimiento. La cirugía solo está indicada cuando existe disminución del tamaño testicular, si es bilateral, si el semen es patológico, si produce síntomas o si existe enfermedad testicular subyacente.

ESCROTO AGUDO

El escroto agudo es una urgencia urológica y su diagnóstico diferencial es de vital importancia. Abarca diversas patologías, de las que sin duda alguna la más importante es la torsión testicular por las consecuencias médicas y legales que conlleva. Otras causas son: torsión de apéndice testicular, epididimitis, hematoma escrotal, varicocele, etc.

Ante un niño con dolor testicular agudo lo primero a descartar es, sin lugar a dudas, la torsión testicular. Esta supone el 40% de todas las causas de escroto agudo en la infancia y, aunque puede darse a cualquier edad, presenta dos picos: en el primer año de vida y en la adolescencia. Como su nombre indica, se produce una torsión del cordón espermático que bloquea el aporte sanguíneo al testículo, comprometiendo su viabilidad. Es frecuente que ocurra durante el sueño y que el dolor despierte al paciente.

En cuanto a la clínica, aparece un dolor brusco e intenso, mientras que en la epididimitis y la torsión de apéndices testiculares suele ser un dolor que aumenta gradualmente. Pueden aparecer náuseas y vómitos acompañantes, debidos a la intensidad del dolor. Son raros la fiebre y los síntomas del tracto urinario inferior, que sin embargo son muy habituales en la epididimitis, como cuadro infeccioso que es.

El reflejo cremastérico estará ausente y, aunque no hay ningún dato clínico patognomónico de torsión testicular, este es un dato que debe hacernos sospechar fuertemente el cuadro. En la epididimitis y en la torsión de apéndices testiculares este reflejo debe estar presente.

Ante la duda, una ecografía con Doppler tiene una alta sensibilidad y especificidad⁶ en el diagnóstico diferencial. Está justificada una exploración quirúrgica si nos quedan dudas de que sea una torsión.

La epididimitis no es una causa frecuente de escroto agudo en la infancia, pero sí es el origen más frecuente de errores diagnósticos en caso de torsión testicular que llevan a la pérdida del testículo. No es raro que se asocie a anomalías genitourinarias subyacentes; sin embargo, está en debate la necesidad de una evaluación urológica completa a todos los niños con epididimitis aguda.

Como se ha descrito anteriormente, la clínica consiste en dolor testicular, a veces muy intenso, que aumenta gradualmente, acompañado por tumefacción e inflamación del epidídimo, fiebre, escalofríos y síntomas del tracto urinario inferior. La elevación del testículo alivia el dolor y el reflejo cremastérico debe estar presente. Analíticamente encontramos datos de infección.

El tratamiento es reposo, frío local, elevación escrotal, analgésicos y antiinflamatorios, con lo que la mayoría de epididimitis se resuelven sin secuelas. El tratamiento antibiótico no está indicado en la mayoría de los casos, a menos que el análisis y cultivo de la orina muestren infección bacteriana. En la infancia suelen deberse a *E. coli*, que se puede tratar con amoxicilina de siete a diez días, no estando indicadas las quinolonas en esta edad. En adolescentes será necesario descartar enfermedades de transmisión sexual.

El cuadro suele mejorar en 48 horas; de no ser así, puede evolucionar a absceso testicular y precisar drenaje e incluso orquiectomía.

Una etiología excepcional en la edad adulta, pero que se considera origen de no pocas epididimitis en la infancia, son los

virus. En su caso los signos infecciosos no son tan llamativos y el diagnóstico solo puede hacerse de presunción. El tratamiento será simplemente sintomático.

ENURESIS

La enuresis es la incontinencia urinaria nocturna a partir de los 5-6 años. Es importante asegurarnos de que se presenta de forma aislada porque, en caso contrario, estaríamos ante otras patologías. Nos plantearemos su tratamiento a partir de los 6-7 años, pues la tasa anual de curación espontánea es del 15%.

La anamnesis es suficiente para su diagnóstico. En muchos casos, la elaboración de un diario miccional puede además ayudar a orientar el tratamiento, que consistirá inicialmente en medidas de apoyo. Se trata de hablar del trastorno para restarle importancia, evaluar los hábitos de alimentación y técnicas de refuerzo positivo que mejoran la autoestima del niño y rompen el círculo vicioso de angustia psicológica que a menudo perpetúa el problema.

Se puede probar un tratamiento con alarmas, que es especialmente útil en trastornos del despertar con tasas de éxito del 80% y baja tasa de recidiva⁷. Sin embargo, hay muchos casos en los que el problema es que estos niños no se despiertan fácilmente.

También se han probado tratamientos farmacológicos como la desmopresina (DDAVP) o la imipramina, pero las tasas de recidiva tras su suspensión son elevadas, por lo que su empleo se reserva para aquellos casos que no han respondido a las medidas de apoyo.

CUADERNO DEL PEDIATRA

- Fimosis: resolver antes del inicio de las relaciones sexuales. Derivar si es complicada o por petición de los padres.
- Criptorquidia: fundamentada en la exploración física. Imprescindible saber si los testes son o no palpables. Derivar a los 12 meses. Precisa cirugía antes de los 18 meses.
- Hidrocele: casi todos los niños lo presentan al nacimiento. Descartar hernia inguinal. Si a los dos años no está resuelto, derivar para resolución quirúrgica.
- Varicocele: en la adolescencia. Casi nunca precisan cirugía, solo si hay disminución del tamaño testicular, es bilateral, hay semen patológico, síntomas o enfermedad testicular subyacente.
- Escroto agudo: no debe pasarse una torsión testicular. Ante la duda, siempre derivar. Explorar minuciosamente el reflejo cremastérico.
- Enuresis: ser conservador al máximo; tasa resolución espontánea anual del 15%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tekgül S, Riedmiller H, Dogan HS, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, et al. Guidelines on Paediatric Urology. En: European Association of Urology [en línea] [consultado el 25/1/2016]. Disponible en: http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Paediatric-Urology_LR.pdf
2. Yilmaz Ö, Akyol Đ, Özyurt M, Ateđ F, Soydan H, Malkoç E. The influence of hormonal treatment with beta-human chorionic gonadotropin for cryptorchidism on future fertility in rats. *J Pediatr Urol.* 2015;11:92.e1-4.
3. Comité Nacional de Endocrinología. Tendencias actuales en el tratamiento y seguimiento de la criptorquidia. *Arch Argent Pediatr.* 2009;107:176-80.
4. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjöld A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. *N Eng J Med.* 2007;356:1835-41.
5. Walsh TJ, Dall'Era MA, Croughan MS, Carroll PR, Turek PJ. Prepuberal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with a lower risk of testicular cancer. *J Urol.* 2007;178:1440-6.
6. Baker LA, Sigman D, Matthews RI, Benson J, Docimo SG. Analysis of clinical outcomes using color Doppler testicular ultrasound for testicular torsion. *Pediatrics.* 2000;105:604-7.
7. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD002911.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Tekgül S, Riedmiller H, Dogan HS, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, et al. Guidelines on Paediatric Urology. En: European Association of Urology [en línea] [consultado el 25/1/2016]. Disponible en: http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Paediatric-Urology_LR.pdf.
Son las guías clínicas más seguidas en nuestro medio; su última actualización respecto a la urología pediátrica ha sido en 2012.
2. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters G. Campbell-Walsh. Urología. 9.ª edición. México: Panamericana; 2008.
Libro esencial de referencia para cualquier profundización en esta especialidad. Redactado de forma bastante asequible, a pesar de su enorme tamaño es un recurso excelente.