

Urología infantil

Sara Díaz Naranjo
Raquel Ortiz Perojo

Marzo 2016

Urología pediátrica

- 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.

Fimosis



Figura 1. Fimosis fisiológica.



Figura 2. Balanitis xerótica obliterante.



Figura 3. Estrechez anular del prepucio.



Figura 4. Adherencias balanoprepuciales.



Figura 5. Balanitis.



Figura 6. Parafimosis.

Fimosis

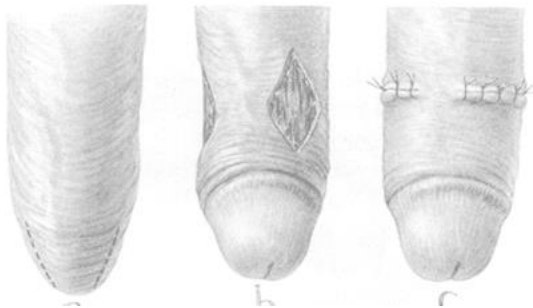
- Uno de cada dos niños menores de un año.
- Solo afecta al 1% a los 18 años.
- **Es esencial evitar retracciones forzadas.**
- Crema de corticoides durante un mes: 80% de efectividad.

Fimosis

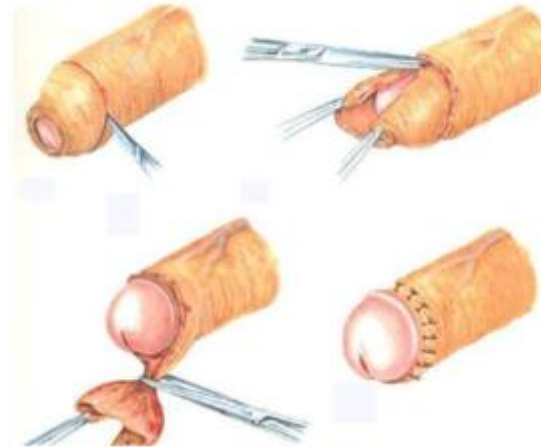
- Pocos precisan cirugía.
- Indicaciones de cirugía:
 - Infecciones del tracto urinario recurrentes.
 - Balanitis recurrentes.
 - Problemas en la micción.
- Intervención quirúrgica antes del inicio de las relaciones sexuales.

Fimosis

Prepucioplastia

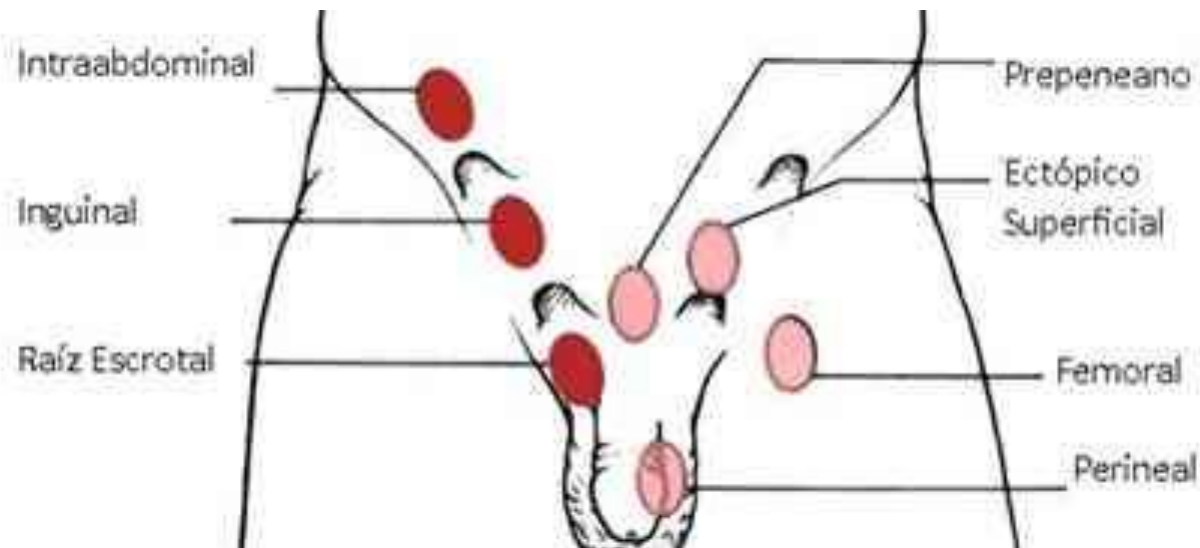


Circuncisión



Criptorquidia

- Es la anomalía genitourinaria más frecuente en el varón.
- Esencial diagnosticarla y tratarla antes de los 12-18 meses.



Criptorquidia

- Diagnóstico: exploración física.
- Cuidado con los testes en ascensor: están en la bolsa pero ascienden por un reflejo cremastérico intenso.
- Cuidado con los testes no palpables bilaterales y/o alteraciones en la diferenciación sexual → cariotipo urgente.

Criptorquidia

- Tratamiento:
 - Hormonal: contraindicado.
 - Quirúrgico: de elección.
- Aumentado el riesgo de padecer cáncer testicular $\times 20$ veces.

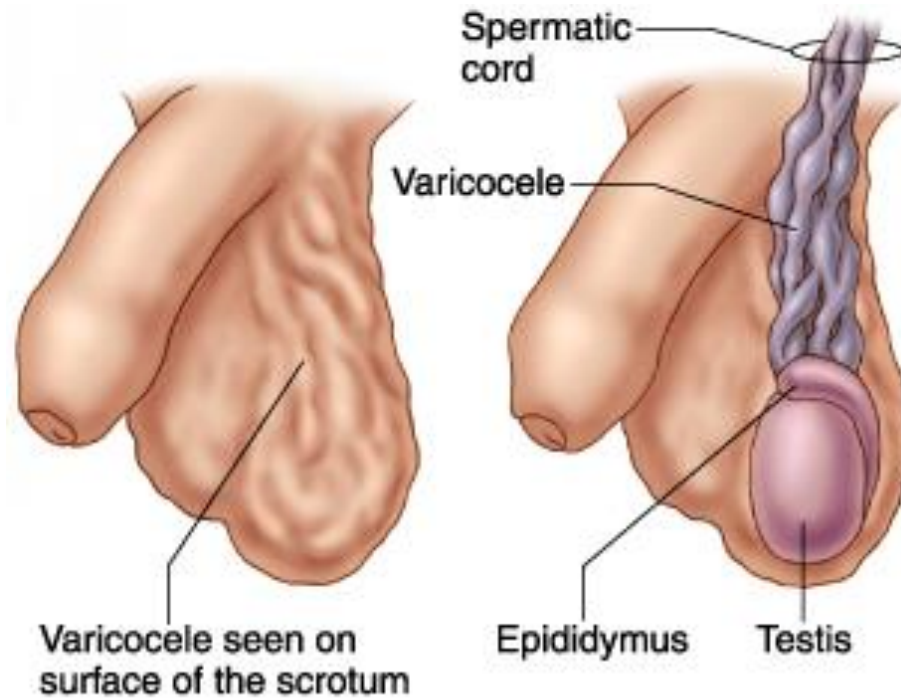
Hidrocele



Hidrocele

- Afecta a nueve de cada diez recién nacidos.
- Líquido que se acumula entre las capas testiculares por conducto peritoneo-vaginal permeable.
- Habitualmente se resuelve solo.
- Descartar patología asociada (hernias, complicaciones testiculares).
- Seguimiento hasta los 12-24 meses.

Varicocele

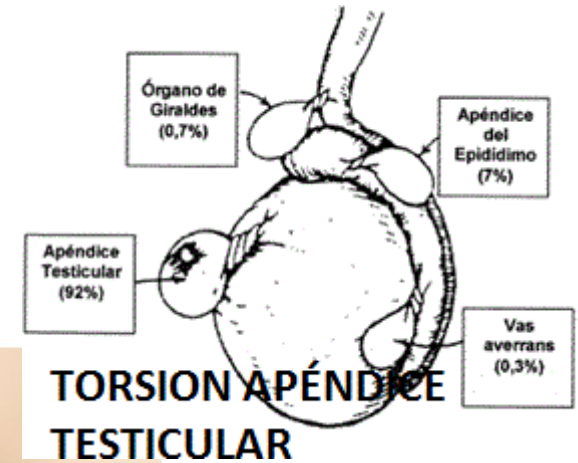
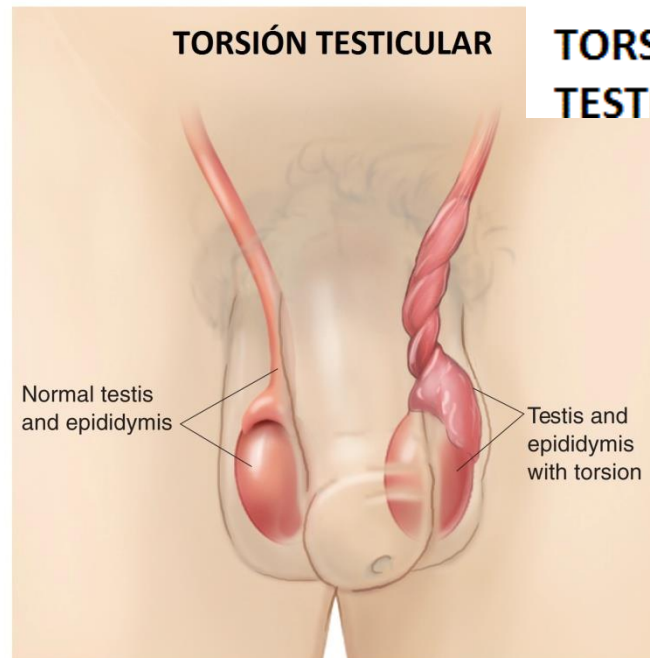
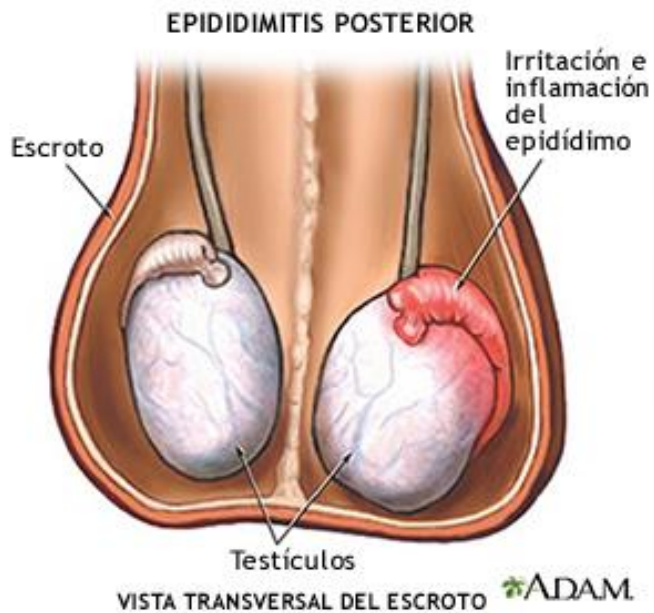


Varicocele

- Más frecuente en adolescentes.
- Por reflujo venoso.
- Algunos sólo visibles con Valsalva.
- No precisan intervención excepto si hay:
 - Disminución del tamaño testicular.
 - Es bilateral.
 - Semen patológico
 - Síntomas.
 - Enfermedad testicular subyacente.

Escroto agudo

Múltiples causas, es esencial el diagnóstico diferencial



Escroto agudo

- **Torsión testicular:**
 - Supone el 40% causas de escroto agudo.
 - Dos picos: primer año y adolescencia.
 - Dolor súbito.
 - Reflejo cremastérico ausente.
 - Raros: fiebre, síntomas del tracto urinario inferior.
 - Eco-Doppler: sin flujo sanguíneo.
- **Epididimitis:**
 - Poco habitual en edad pediátrica.
 - Dolor gradual.
 - Reflejo cremastérico presente.
 - Habituales: fiebre, síntomas del tracto urinario inferior.
 - Eco-Doppler: con flujo sanguíneo aumentado.

Enuresis

- Incontinencia urinaria nocturna a partir de los 5-6 años.
- Gran ansiedad en padres y niños.
- Importante empezar tratamiento a partir de los siete años.
- Tasa de curación espontánea: 15% anual.



Enuresis

Tratamiento:

- Esencial: medidas de apoyo, refuerzo positivo, restar importancia al tema...
- Se pueden usar sistemas de alarma.
- Fármacos: desmopresina, imipramina... Presentan una alta tasa de recurrencia tras suspenderlos.