



Viernes 5 de febrero de 2016

Seminario:

**Urología para pediatras
de Atención Primaria**

Moderadora:

Isabel González Marcos

Pediatra. CS Cerro del Aire. Majadahonda, Madrid. Vocal de la AMPap.

Ponente/monitora:

■ **Sara Díaz Naranjo**

Hospital General de Segovia. Segovia.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Díaz Naranjo S. Urología para pediatras de Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 189-92.



Comisión de Formación Continuada
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Urología para pediatras de Atención Primaria

Sara Díaz Naranjo

*Hospital General de Segovia. Segovia.
saradiaznaranjo@gmail.com*

RESUMEN

Muchos problemas que se atienden en Atención Primaria se refieren a patología urológica. En la población pediátrica los más frecuentes son la fimosis, la criptorquidia, el hidrocele, el varicocele y la enuresis.

- La fimosis es un proceso de alta prevalencia y con connotaciones no médicas que pueden condicionar su tratamiento, siendo pocos los niños que precisan una intervención quirúrgica.
- La criptorquidia es la malformación genitourinaria más frecuente y puede tener consecuencias importantes en el futuro, por lo que es importante conocer sus plazos a la perfección.
- Hidrocele y varicocele son importantes en dos momentos diferentes de la vida: los dos primeros años y la adolescencia respectivamente.
- En edades medias, la enuresis genera en algunos casos problemas de autoestima y sobre todo cierta ansiedad familiar.

Desde Atención Primaria es fundamental ser capaces de discernir qué casos van a precisar intervención terapéutica de algún tipo,

cuáles van a necesitar derivación y sobre todo cuáles no precisan más que seguimiento y tranquilizar a las familias.

INTRODUCCIÓN

Un porcentaje nada desdeñable de las consultas que a diario se atienden en Atención Primaria, tanto en adultos como en niños, se refieren de un modo u otro a patología urológica, pero en ocasiones se trata de una especialidad en la que no nos sentimos lo suficientemente cómodos en la toma de decisiones. Tampoco ayuda la disparidad de criterios en determinadas patologías entre los propios especialistas ni la dificultad de acceso en algunos puntos de la geografía española. La urología pediátrica puede en realidad ser realizada por cirujanos pediátricos o urólogos indistintamente, depende de la organización de cada área sanitaria.

Las grandes patologías deben tratarse en centros de referencia, pero en la mayoría de los casos solo una pequeña minoría requerirá atención especializada y menos aún una intervención quirúrgica.

PATOLOGÍA UROLÓGICA PEDIÁTRICA

En la población pediátrica los problemas de salud más frecuentes en relación a la patología urológica son la fimosis, la criptorquidia, el hidrocele, el varicocele y la enuresis. Como se puede observar son variados y se presentan en diferentes momentos de la vida pudiendo su adecuada resolución tener importantes repercusiones en la vida adulta. Es pues muy importante poder ser capaces de discernir cuáles de estos problemas precisan atención especializada, intervenciones específicas y lo que es más importante, en qué momento es idóneo resolverlas.

La fimosis es un proceso de alta prevalencia ya que al nacimiento el 80% de los niños la presentan y al final del primer año menos del 50% de los niños pueden retraer el prepucio. Son muchos los aspectos que pueden modular nuestra respuesta ante esta patología ya que razones culturales y/o religiosas pueden en determinados momentos condicionar el tratamiento a seguir. De hecho,

las guías clínicas indican que el tratamiento debe decidirse en función de las preferencias de los padres^{1,4}.

En cambio, si nos atenemos a criterios puramente médicos, la fimosis solo debe intervenir en caso de que se presenten complicaciones ya que se trata de un procedimiento que no está en absoluto exento de complicaciones. Los condicionantes que convierten una fimosis en complicada son: infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición (en este caso está demostrado que la circuncisión en caso de fimosis es tan eficaz como realizar una profilaxis antibiótica), balanitis de repetición, dificultades para la micción. También deben resolverse quirúrgicamente las fimosis secundarias.

En el resto de los casos la intervención activa no será necesaria, si bien puede usarse crema de corticoides durante un ciclo de 20-30 días, que será más eficaz entre los tres y los cinco años. Esto carece de efectos secundarios y no altera las concentraciones sanguíneas de cortisol^{5,6}.

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

El tratamiento definitivo será quirúrgico: prepucioplastia o circuncisión clásica. En España durante la infancia se realiza con anestesia general, pero una vez alcanzada la pubertad puede realizarse con anestesia local con las importantes ventajas que esto supone.

Es importante dar una buena información a los padres ya que muchas veces el desconocimiento crea ansiedades y auténticas obsesiones por descubrir el glande.

La criptorquidia es la anomalía genitourinaria más frecuente en varones y puede tener consecuencias importantes en el futuro, por lo que es importante conocer sus plazos a la perfección. En la evaluación de la misma, lo más importante sin duda ninguna es la exploración clínica: es desde todo punto de vista fundamental diferenciar entre testículos palpables y no palpables. Esto es así porque la exploración física manual es la única prueba válida para el diagnóstico; y porque

hay testículos que, aunque no se encuentran en la bolsa escrotal en todo momento no precisan tratamiento quirúrgico. Estos son los testículos retráctiles o en ascensor; testes que han completado su descenso pero que se ascienden por un reflejo cremastérico intenso... estos testículos no precisan tratamiento quirúrgico alguno, tan solo observación^{7,8}.

En cambio, en los testes no palpables, si son bilaterales, hay que descartar problemas de la diferenciación sexual y es imprescindible la realización de un cariotipo que nos confirme la identidad sexual cromosómica.

Es importante que la criptorquidia sea diagnosticada en torno a los 12 meses y resuelta como muy tarde a los 18 meses para tratar de evitar el deterioro histológico.

El tratamiento médico no tiene indicación en la actualidad y hoy por hoy el tratamiento será siempre quirúrgico. Hay que recordar que los testículos no descendidos incrementan el riesgo de desarrollar un tumor a partir de la adolescencia unas 20 veces^{9,10}.

El hidrocele es muy frecuente en los primeros meses de la vida, de hecho está presente en torno al 90% de los recién nacidos. Consiste en la persistencia de permeabilidad del conducto peritoneo vaginal y por lo tanto se acumula líquido entre dos capas testiculares.

En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente por lo que durante los primeros 18-24 meses se debe tomar una actitud conservadora siempre que podamos descartar una hernia inguinal. No obstante, un hidrocele que no se ha resuelto tras los dos primeros años deberá ser intervenido quirúrgicamente¹¹.

El varicocele es francamente infrecuente por debajo de los diez años, pero su incidencia es la misma que en la edad adulta en la adolescencia. La diferencia principal es que cuando se presenta en la adolescencia no suele ser molesto.

Suele ser izquierdo o en menos medida bilateral, pero solo excepcionalmente será derecho.

En principio puede hacerse seguimiento en casi todos los casos excepto si se objetiva disminución del tamaño testicular; si hay otras enfermedades testiculares, si es bilateral, si el semen es patológico, o si es sintomático.

El tratamiento también es quirúrgico y puede realizarse por técnicas convencionales como cirugía abierta o laparoscópica o bien por arteriografía, que, si bien es menos cruento, presenta mayor tasa de recidiva¹².

Por último, y no menos importante, la enuresis. Es la incontinencia nocturna por encima de los 5-6 años, pero para considerarla como tal hay que asegurarse de que efectivamente se presenta de forma aislada ya que de lo contrario estaremos ante otras patologías¹³⁻¹⁴.

En la enuresis es fundamental el apoyo a los niños y la familia, explicar el proceso desmitificándolo y evitando la angustia que en muchos casos acaba provocando ansiedad a las familias y problemas de autoestima a los niños.

El tratamiento debe iniciarse con medidas higiénicas y no con medicación, la tasa de éxito es la misma (ayuda que haya una tasa de resolución espontánea de un 15% al año) y muchos padres prefieren no dar hormonas sintéticas a sus hijos.

Si esto no funciona puede probarse con las alarmas, que son fáciles de usar y no presentan efectos secundarios, aunque presentan la limitación de que en muchos casos los niños con enuresis no se despiertan fácilmente por la noche¹⁵.

Y por último la medicación. En principio con desmopresina, que presenta buenas tasas de resultados, pero también una alta tasa de recidivas cuando se suspende el tratamiento.

Desde Atención Primaria es fundamental ser capaces de discernir qué casos van a precisar intervención terapéutica de algún tipo, cuáles van a necesitar derivación y sobre todo cuáles no precisan más que seguimiento y tranquilizar a las familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tekgül S, Riedmiller H, Dogan HS, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2012. En: Tuleoffice [en línea] [consultado el 1 nov 2015]. Disponible en http://tuleoffice.com/images/editor/File/algorithm/18_Paediatric_Urology_LR%20%5Bcorrectie%20Hoebeke%5D.pdf
2. Gairdner D. The fate of the foreskin: a study of circumcision. *Br Med J*. 1949;2:1433-7.
3. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child*. 1968;43:200-3.
4. Elder JS. Anomalías genitales en los niños y su tratamiento. En: Wein AJ (ed.). *Campbell-Walsh. Urología*. 9.ª edición. Buenos Aires: Panamericana; 2008. p. 3746-50.
5. Wiswell TE. The prepuce, urinary tract infections, and the consequences. *Pediatrics*. 2000;105:860-2.
6. Griffiths DM, Atwell JD, Freeman NV. A prospective survey of the indications and morbidity of circumcision in children. *Eur Urol*. 1985;11:184-7.
7. Moul JW, Belman AB. A review of surgical treatment of undescended testes with emphasis on anatomical position. *J Urol*. 1988;140:125-8.
8. Schneck FX, Bellinger ME. Anomalías de los testículos y del escroto y su tratamiento quirúrgico. En: Wein AJ (ed.). *Campbell-Walsh. Urología*. 9.ª edición. Buenos Aires: Panamericana; 2008. p.3774-81.
9. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjold A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. *N Eng J Med*. 2007; 356:1835-41.
10. Walsh TJ, Dall'Era MA, Croughan MS, Carroll PR, Turek PJ. Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with lower risk of testicular cancer. *J Urol*. 2007;178:1440-6.
11. Kapur P, Caty MG, Glick PL. Pediatric hernias and hydroceles. *Pediatric Clin North Am*. 1998;45: 773-89.
12. Schneck FX, Bellinger MF. Abnormalities of the testes and scrotum and their surgical management. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, (eds.). *Campbell's Urology*. 8.ª edición. Filadelfia: Saunders; 2002. p. 2353-94.
13. Läckgren G, Hjälmås K, van Gool J, von Gontard A, de Gennaro M, Lottmann H, et al. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Paediatr*. 1999;88:679-90.
14. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza LM, von Gontard A, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. *J Urol*. 2004;171:2545-61.
15. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database System Rev*. 2005;2:CD002911