CASOS CLÍNICOS EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA

CASO CLÍNICO 1
NIÑO CON EDEMA Y ENROJECIMIENTO GENITAL

CASO CLÍNICO
ANAMNESIS

- Niño de 2 años sin API
- Acude por enrojecimiento y engrosamiento de tercio distal de pene desde el baño del día anterior
- Hoy le ha molestado al orinar
- No refieren contactos ni exposiciones no habituales
- Nunca le han visto el glande.

¿Antes de realizar la exploración física, en qué pensaría?

1. Parafimosis
2. Balanitis
3. Infección de orina
4. Traumatismo peneano
5. Cualquiera de las anteriores

CASO CLÍNICO
EXPLORACIÓN FÍSICA

- Edema y enrojecimiento de tercio distal de pene
- Prepucio cerrado que no permite la retracción
- Se aprecia, sutílmente, salida de material denso y amarillento

¿Qué exploraciones complementarias solicitaría?

1. Sólo sedimento y cultivo de orina
2. Cultivo del exudado
3. Hemograma y PCR
4. Todas las anteriores
5. No creo necesarias exploraciones complementarias para diagnosticar e iniciar tratamiento

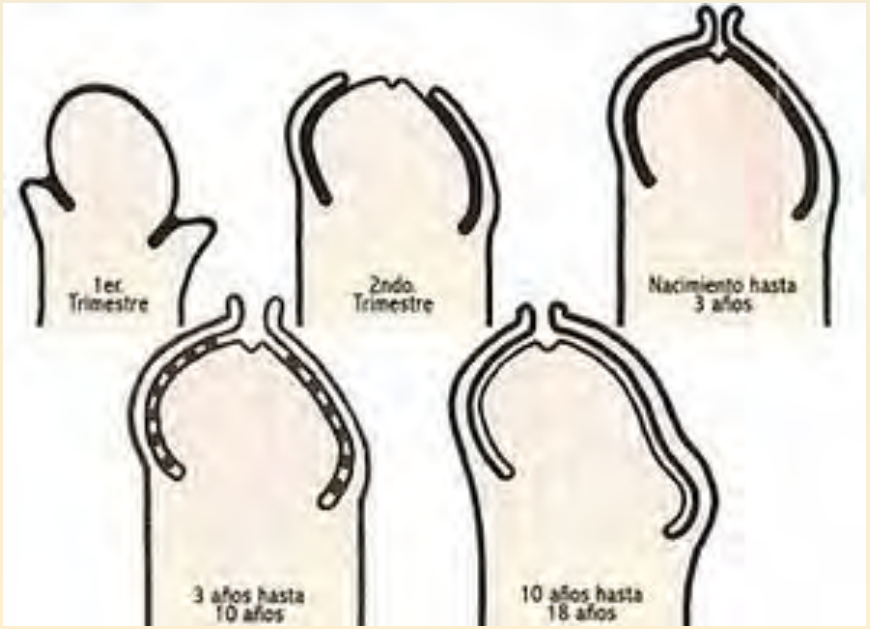
CASO CLÍNICO
DIAGNÓSTICO

- Importante la edad
  - Adulto – Ttº del agente causante
  - Niño – Bacterias
- Sedimento se contamina
- Analítica sérica sólo si hay fiebre

Kyriazi NC, Constenbader AM, et al: Group A beta-hemolytic Streptococcal balanitis. Pediatrics 1991;88:154-156.
Patrizi A, Costa AM, et al: Perianal streptococcal dermatitis associated with guttate psoriasis and or balanoposthitis: A study of five cases. Pediatr Dermatol 1994;11:168-171

EVOLUCIÓN NATURAL

- Desarrollo prepucio 8ª a 16ª
  Capuchón dorsal
  Mucosas en contacto



Etiology of balanoposthitis

Infectious	Irritant	Allergic/immunologic	Traumatic
Fungal	Poor hygiene (nonspecific balanoposthitis)	Fixed drug eruption	Excessive forceful foreskin retraction in young children
Candida albicans*	Soap or other contact irritant	Stevens-Johnson syndrome	Friction or entrapment against clothing
Bacterial			Hair tourniquet (infant)
Escheria coli			Masturbation
Group B Streptococcus			Sexual intercourse
Bacteroides species			Zip-fastener injury
Group A Streptococcus*			
Staphylococcus aureus			
Gardnerella vaginalis*			
Neiserris gonorrhea•			
Chlamydia trachomatis•			
Treponema pallidum•			
Viral			
Human papillomavirus*			
Herpes simplex, type 1*			
Herpes simplex, type 2•			
Protozoan			
Trichomonas vaginalis•			
Entameba histolytica*			

* Sexual transmission described.
• Sexual transmission most likely.

Diagnosticado de balanopostitis, ¿Cuál sería el tratamiento inicial más indicado?

1. Limpieza local
2. Tratamiento tópico
3. Tratamiento oral
4. Las dos primeras
5. Todas estan indicadas desde el inicio

CASO CLÍNICO
TRATAMIENTO

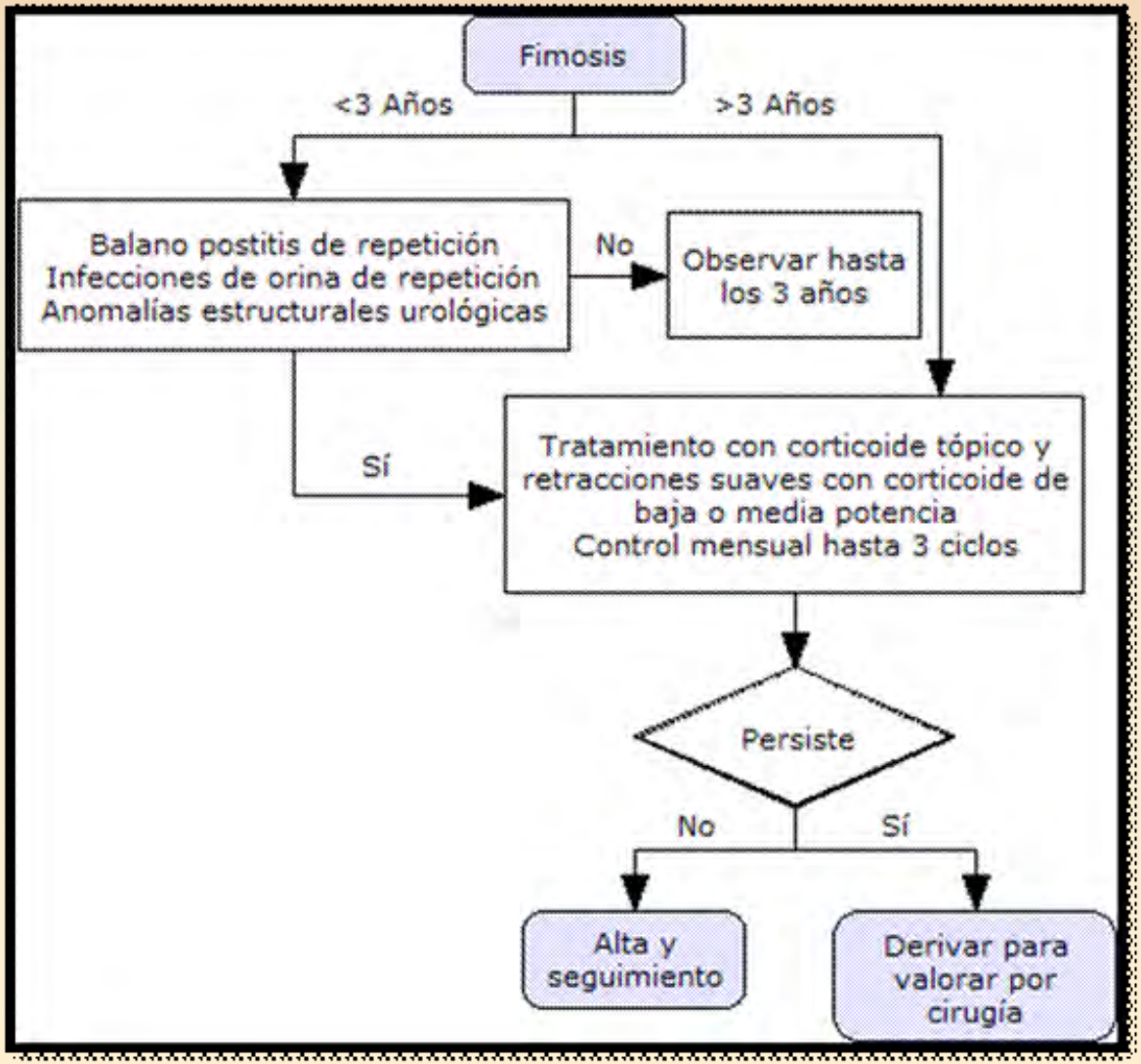
- Baños de pene
- Antibiótico tópico
- Antibiótico y AINE oral
- Tratamiento parenteral

Resuelto el cuadro agudo, se objetiva fimosis con prepucio no reductible y adherencias. ¿Cuál sería el tratamiento inicial?

Resuelto el cuadro agudo, se objetiva fimosis con prepucio no reductible y adherencias.
¿Cuál sería el tratamiento inicial?

1. Maniobras de retracción
2. Liberación de adherencias y control evolutivo
3. Liberación de adherencias y maniobras de retracción
4. Tratamiento tópico (corticoides)
5. Cirugía, ya ha presentado una infección

ALGORITMO


Fimosis
<3 Años
>3 Años
Balano postitis de repetición
Infecciones de orina de repetición
Anomalías estructurales urológicas
No
Observar hasta los 3 años
Sí
Tratamiento con corticoide tópico y retracciones suaves con corticoide de baja o media potencia
Control mensual hasta 3 ciclos
Persiste
No
Sí
Alta y seguimiento
Derivar para valorar por cirugía

TRATAMIENTO TÓPICO

- Elección excepto liquen o secuelas de linfedema
- Valerato de Betametasona al 0,05%
- 2 aplicaciones diarias
- Duración 4 semanas – hasta 6
- Segundo ciclo si fracasa
- Asociar maniobras de retracción

TRATAMIENTO TÓPICO

- ÍNDICE DE ÉXITOS – 70 – 95%
- No se ha constatado ningún efecto secundario
- Causa principal del fracaso es el incumplimiento
- Mno acción: AINE local – Elasticidad.
- Webster – menor eficacia a mayor edad

Webster TM, Leonard MP. Topical steroid therapy for phimosis Can J Urol 2002;9:1492-5.

Si optamos por un tratamiento tópico con corticoides
¿Cuánto tiempo lo mantendría?

1. Una vez al día 4 semanas
2. Una vez al día 4 – 8 semanas
3. Dos veces al día 4 semanas
4. Dos veces al día 4 – 8 semanas
5. Hasta conseguir la retracción completa del prepucio

TRATAMIENTO TÓPICO

Cuadro II.
Tratamiento de la fimosis mediante aplicación de betametasona.

	Número de casos	Número de aplicaciones	Duración en semanas	Maniobras de retracción	% éxito	% recidiva	Seguimiento en meses
Kikiros (1993) [20]	42	2/4	2/4	d1	79	14	2,5
Wright (1994) [21]	111	2	4/8	No	80	–	2
Golubovic (1996) [22]	20	2	4	d14	95	–	10,5
Chu (1999) [23]	276	2	2	d1	95	–	1
Monsour (1999) [24]	24	2	4	No	67	4	1
Orsola (2000) [25]	137	2	4/8	d5	91	2	6
Elmore (2002) [26]	27	2	4/8	–	92	–	2
Ashfield (2003) [27]	194	2	6	–	87	–	3
Marques (2005) [28]	70	2	4-16	–	94	–	1
Zampieri (2005) [29]	247	2/1	1	d7	96	–	–
Yang (2005) [30]	35	2	4/8	d1	81	–	3
Lund (2005) [31]	137	2	4/8	–	85	–	18

NORMAS

- Respetar la fimosis congénita y las adherencias balanoprepuciales al menos hasta los 3 años
- Nunca hacer maniobras de retracción forzada
- El tratamiento en primera instancia de la fimosis congénita es médico
- La cirugía se reserva para fracaso del tratamiento médico y fimosis adquiridas muy esclerosas

NORMAS

- Respetar la fimosis congénita y las adherencias balanoprepuciales al menos hasta los 3 años
- Nunca hacer maniobras de retracción forzada
- El tratamiento en primera instancia de la fimosis congénita es médico
- La cirugía se reserva para fracaso del tratamiento médico y fimosis adquiridas muy esclerosas

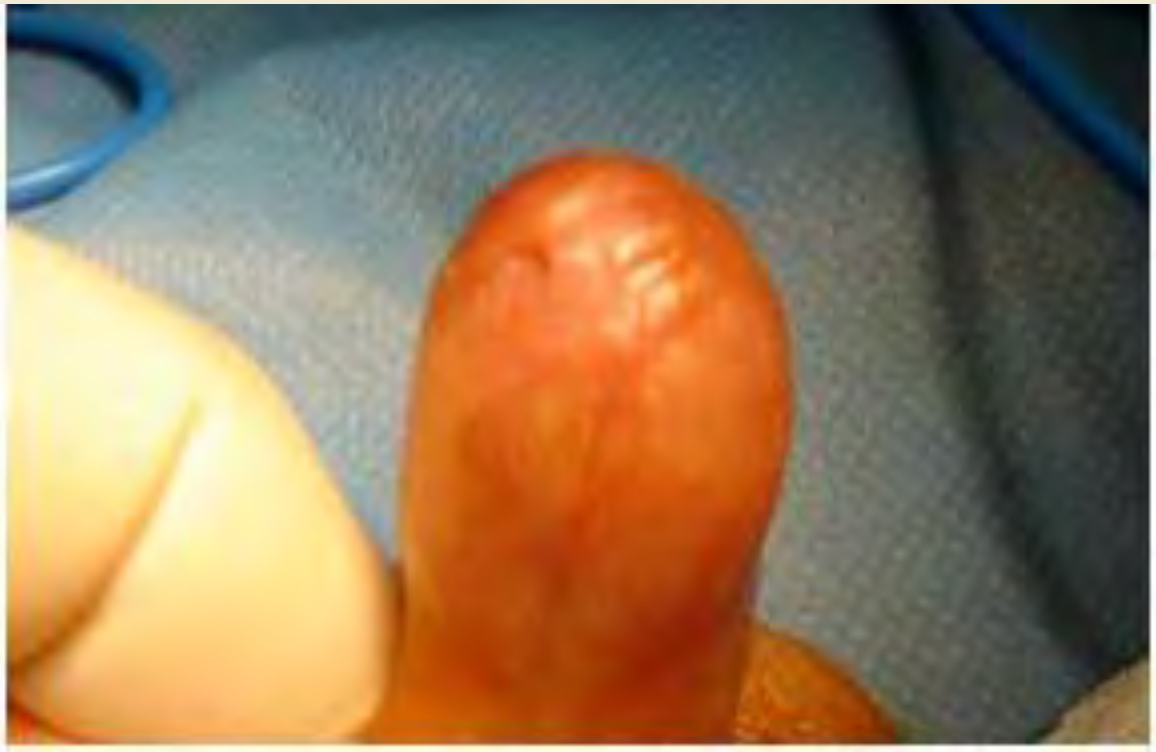
NORMAS

- Respetar la fimosis congénita y las adherencias balanoprepuciales al menos hasta los 3 años
- Nunca hacer maniobras de retracción forzada
- El tratamiento en primera instancia de la fimosis congénita es médico
- La cirugía se reserva para fracaso del tratamiento médico y fimosis adquiridas muy esclerosas

NORMAS

- Respetar la fimosis congénita y las adherencias balanoprepuciales al menos hasta los 3 años
- Nunca hacer maniobras de retracción forzada
- El tratamiento en primera instancia de la fimosis congénita es médico
- La cirugía se reserva para fracaso del tratamiento médico y fimosis adquiridas muy esclerosas

No existe tratamiento médico (y aún menos quirúrgico) de la fimosis antes de los 3 años (6 para algunos)



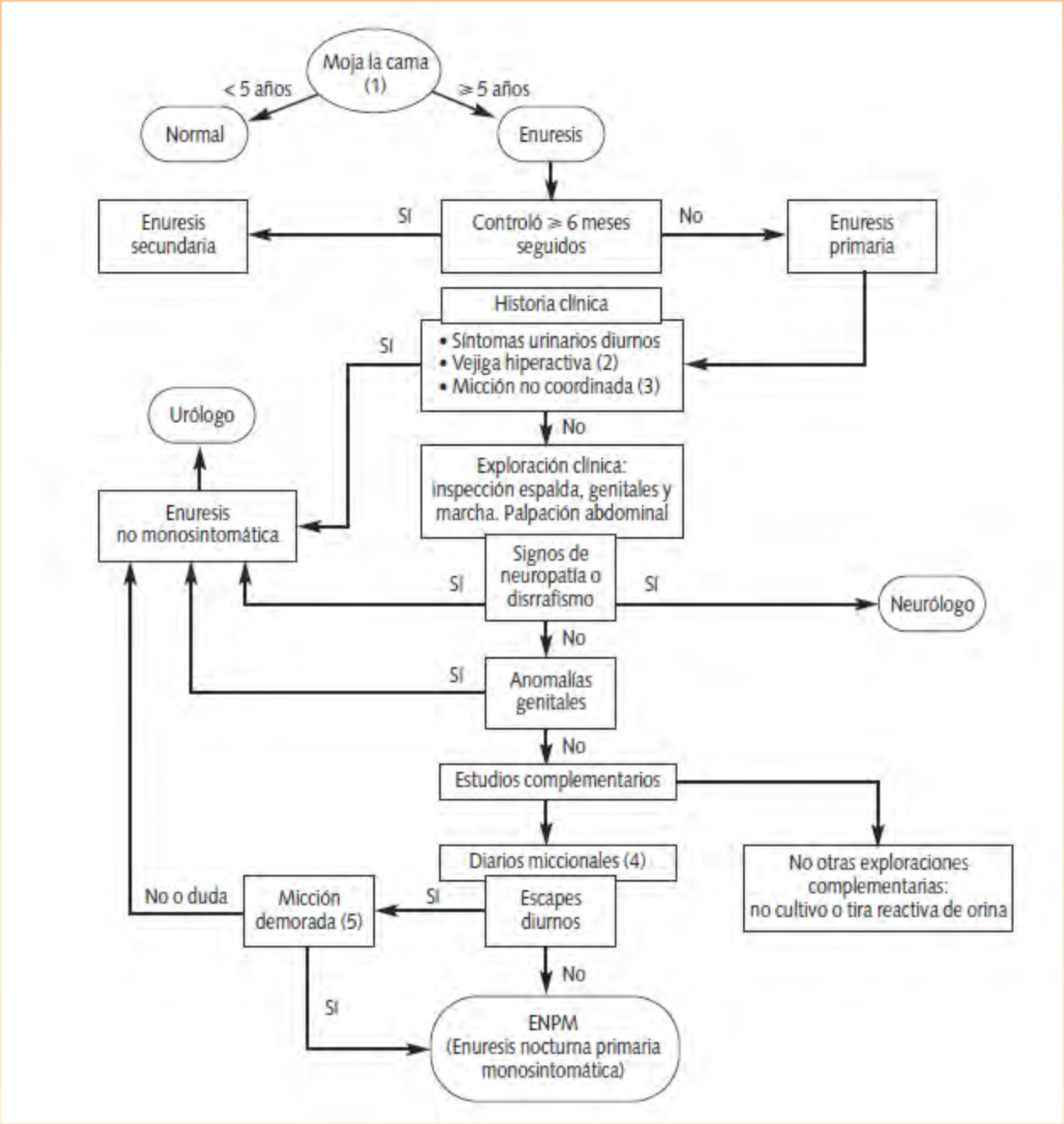
CASO CLÍNICO 2
ENURESIS SECUNDARIA EN NIÑA DE 6 AÑOS

CASO CLÍNICO
ANAMNESIS

- Niña de 6 años sin API
- Control de esfínteres diurno y nocturno a los 2 años y medio
- Acude por presentar escapes de orina casi todas las noches los últimos 3 meses
- Los padres no han observado ningún otro síntoma asociado; Quizás va algo más al baño por el día, pero lo grave es la noche

¿Cómo orientaría la anmnesis?

1. Preguntaría sobre problemas psicológicos en los últimos meses y no insistiría en otros síntomas hasta descartar éstos
2. Valoraría si hay cambio en los hábitos de vida de la niña
3. Buscaría alteraciones en la forma de orinar
4. Preguntaría por acontecimientos familiares o sociales adversos
5. Creo igual de importantes los tres últimos supuestos


Moja la cama (1)
< 5 años
≥ 5 años
Normal
Enuresis
Enuresis secundaria
SI
Controló ≥ 6 meses seguidos
No
Enuresis primaria
Historia clínica
• Síntomas urinarios diurnos
• Vejiga hiperactiva (2)
• Micción no coordinada (3)
SI
No
Urólogo
Exploración clínica: inspección espalda, genitales y marcha. Palpación abdominal
Enuresis no monosintomática
Signos de neuropatía o disrrafismo
SI
SI
Neurólogo
No
Anomalías genitales
SI
No
Estudios complementarios
Diarios miccionales (4)
No otras exploraciones complementarias: no cultivo o tira reactiva de orina
Escapes diurnos
SI
Micción demorada (5)
No o duda
No
SI
ENPM (Enuresis nocturna primaria monosintomática)

ANAMNESIS

1. Situación psico-social; TDHA
   Enuresis secundaria

2. Hábitos de sueño – Apnea nocturna

3. Estreñimiento y encopresis

4. Ingesta de líquidos

5. Síntomas diurnos

TNOS DIURNOS DE LAS VUI

Maduración incompleta o tardía

1. Disfunciones de llenado
   - ↑ de la activ del detrusor
   - ↕ de la activ del detrusor
2. Disfunciones de vaciado

micción no coordinada

TNOS DIURNOS DE LAS VUI

Maduración incompleta o tardía

1. Disfunciones de llenado

- ↑ de la activ del detrusor
- ↓ de la activ del detrusor

2. Disfunciones de vaciado

micción no coordinada

TNOS DIURNOS DE LAS VUI

dificultad para iniciar la micción

sensación de vaciado incompleto

incontinencia

chorro débil

polaquiuria

infecciones

urgencia

Al interrogar sobre la forma de orinar durante el día, ¿sobre qué haría más hincapie?

1. Dificultad para vaciar la orina
2. Sensación de vaciado incompleto
3. Incontinencia
4. Urgencia
5. Aumento de la frecuencia miccional

ANAMNESIS

5. Síntomas diurnos

Micción no coordinada

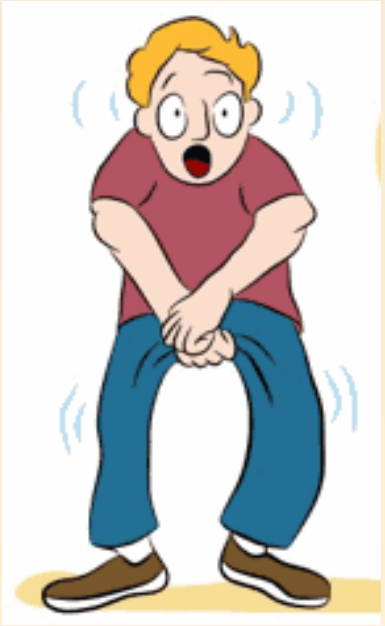
Vejiga hiperactiva

URGENCIA

Incontinencia diurna

Frecuencia

Posturas de retención



CASO CLÍNICO
ANAMNESIS

- Los padres comentan que no les preocupa el día, sino los escapes de la noche
- En realidad si que moja la ropa interior, pero sólo un cerco. Alguna vez le han tenido que cambiar
- Mira que le insisto, pero no hay forma de que vaya al baño
- Reconocen la urgencia, casi siempre.

Al sospechar una alteración en la forma de orinar durante el día,
¿Qué exploraciones complementarias pediría?

1. Sedimento de orina sólamente
2. Al menos, una ecografía
3. Sedimento y cultivo de orina
4. Diario miccional
5. Todos los anteriores

TNOS DIURNOS DE LAS VUI

AN, EF, DM

Ecografía, Flujometría

DIARIO MICCIONAL

Recomendado por aportar

- Datos objetivos
- Información pronóstica
- Necesidad de estudios
- Polidipsia

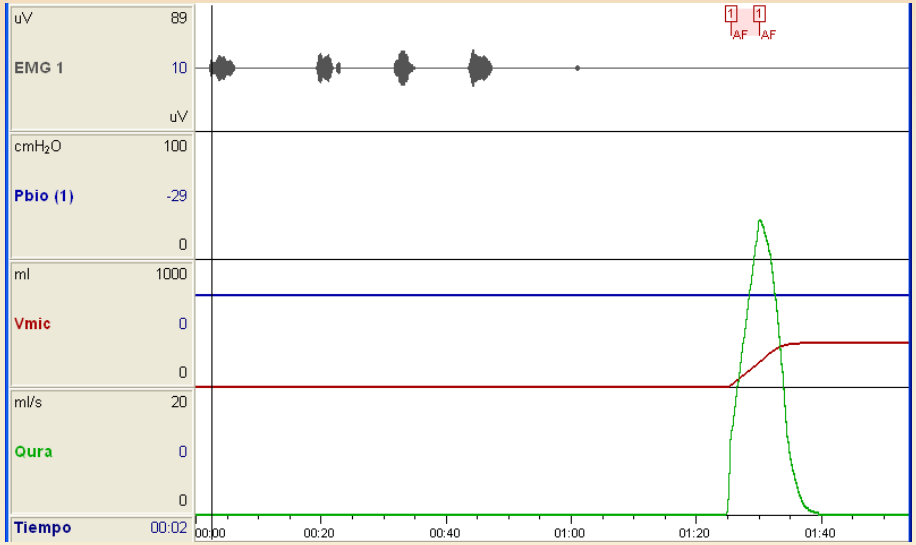
- Actitud familiar
- **Detecta EPNM**
- **VMMD**

Diario miccional

Hora	Líquidos ingeridos		Micciones	Pérdidas de orina			Sensación de urgencia		¿Qué estaba haciendo en el momento de la pérdida?
AM-PM	Tipo de líquido	Cantidad de líquido	Cantidad orinada	Poco	Moderada	Abundante	Si	No	

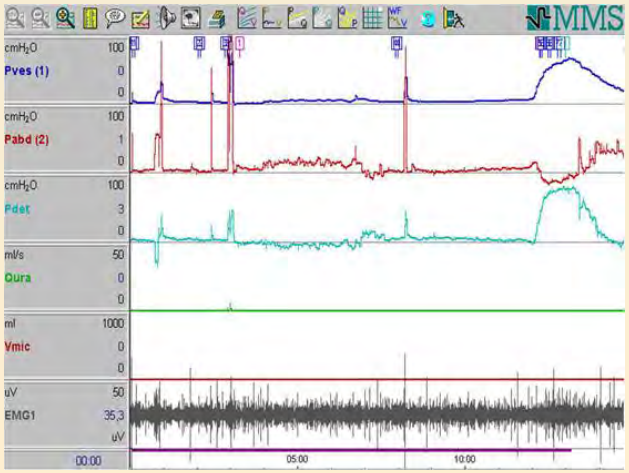
ESTUDIOS URODINÁMICOS

- Flujometría



- Cistomanometría

- Perfil uretral



Tengo la sospecha clínica de una vejiga hiperactiva y quiero confirmarlo con un diario miccional.
¿Qué actitud adoptaría?

1. Si lo tengo claro, puedo iniciar tratamiento de la hiperactividad vesical y de la enuresis
2. Sólo modificaría los habitos miccionales si son incorrectos
3. Primero trataría la hiperactividad
4. Trataría la enuresis, es lo que les preocupa
5. Modificaría hábitos y trataría la hiperactividad

MANEJO ENURESIS

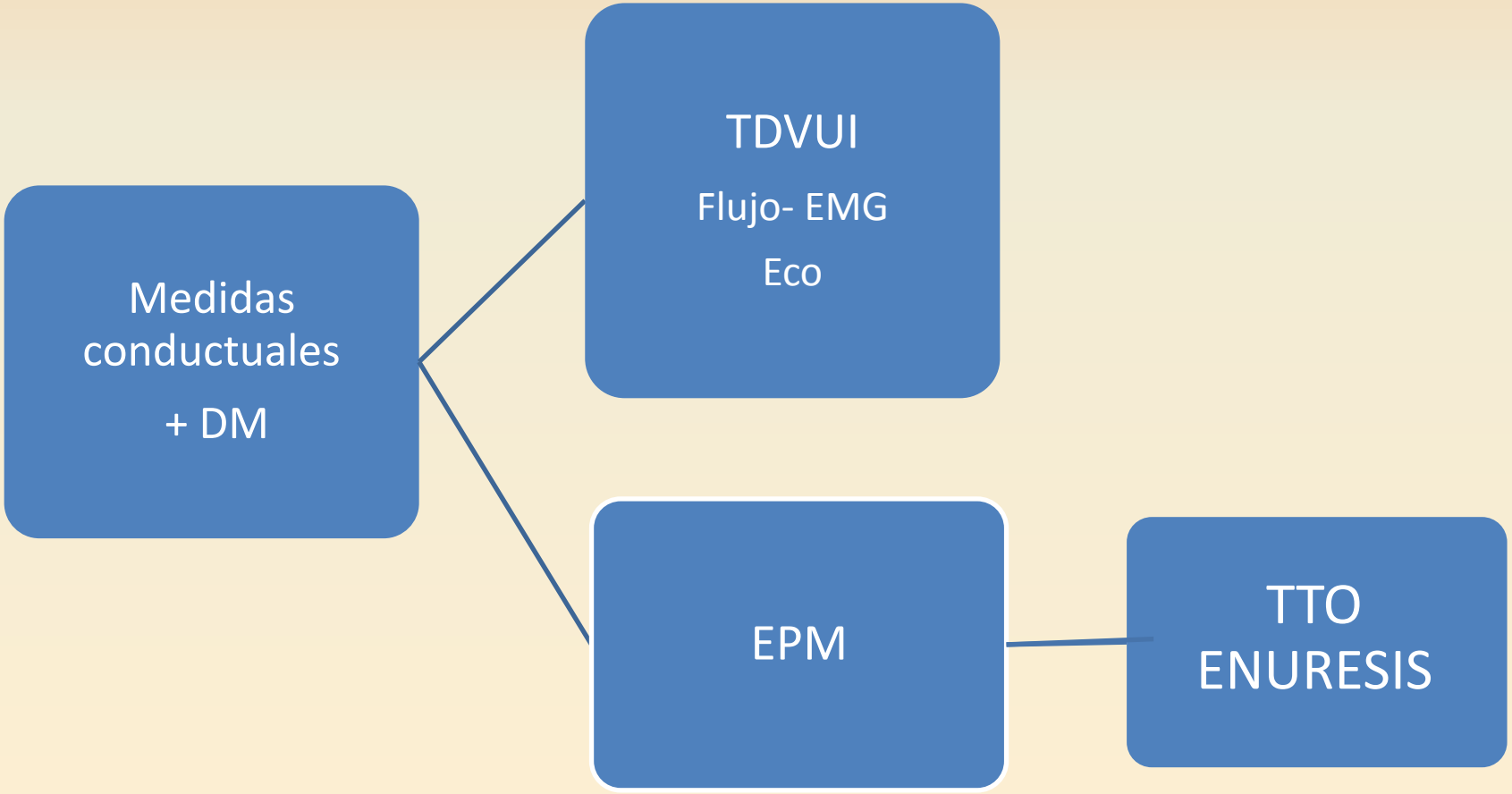
Tratamiento

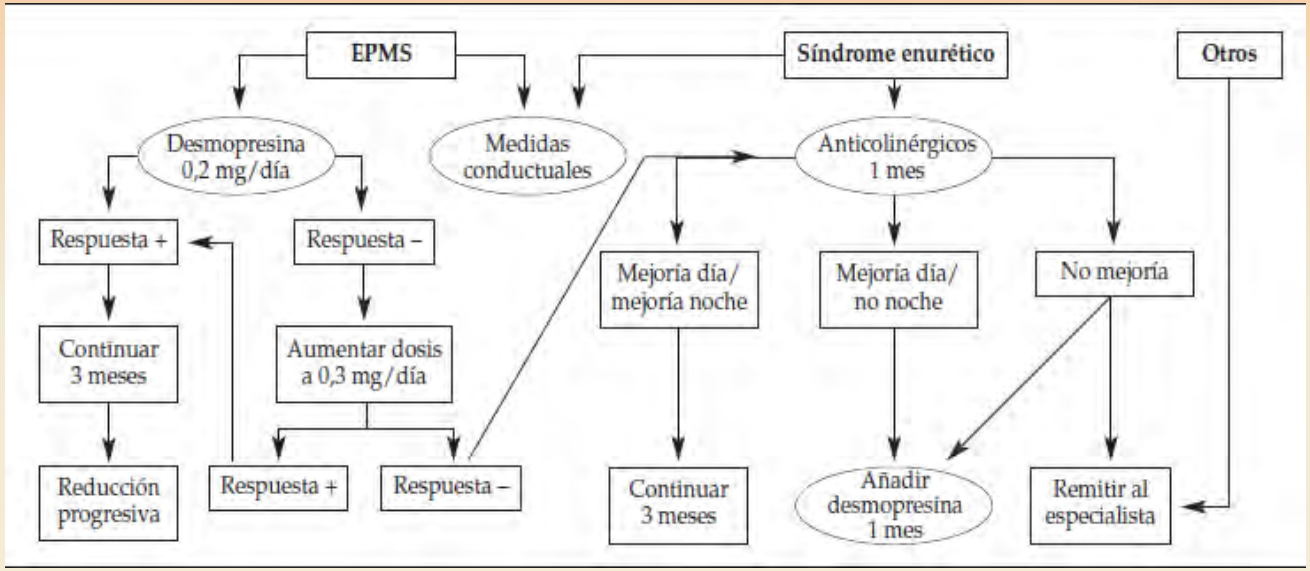
ANAMNESIS

Exploraciones complementarias

1º medidas conductuales + DM

MANEJO ENURESIS





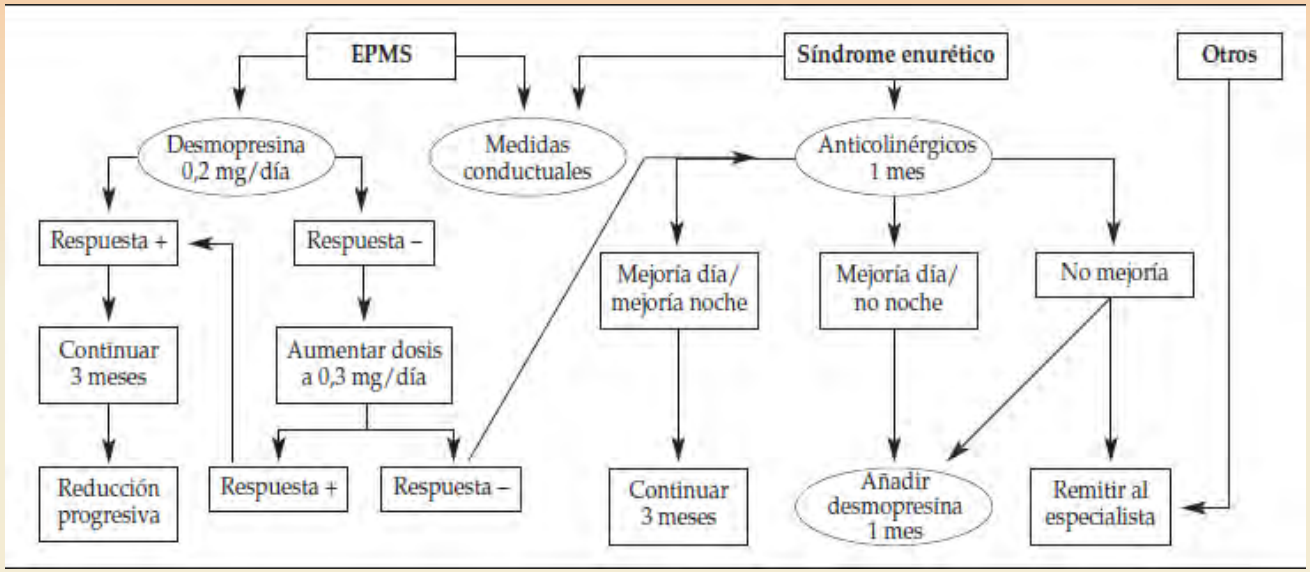
BOL PEDIATR 2006; 46: 230-237

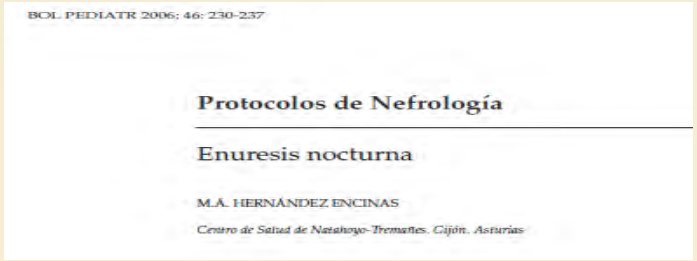
Protocolos de Nefrología

Enuresis nocturna

M.Á. HERNÁNDEZ ENCINAS

Centro de Salud de Natahoyo-Tremañes. Gijón. Asturias




BOL PEDIATR 2006; 46: 230-237

Protocolos de Nefrología

Enuresis nocturna

M.A. HERNÁNDEZ ENCINAS

Centro de Salud de Natahoyo-Tremañes. Gijón. Asturias

GUIA PDT 2012 -- Primero tratar los síntomas diurnos porque al coexistir una disfunción vesical, el pronóstico del tratamiento tanto con alarma como con desmopresina es menos favorable. Es obligatoria la derivación al especialista.

CASO CLÍNICO

En la primera visita se solicitó

- DIARIO MICCIONAL
  - Polaquiuria con volúmenes bajos
  - Episodios de urgencia y escapes
- FLUJO + EMG
  - Descarta micción no coordinada
- ECOGRAFÍA

TRATAMIENTO - EPNM

- DISINERGIA

  Biofeedback

- HIPERACTIVIDAD

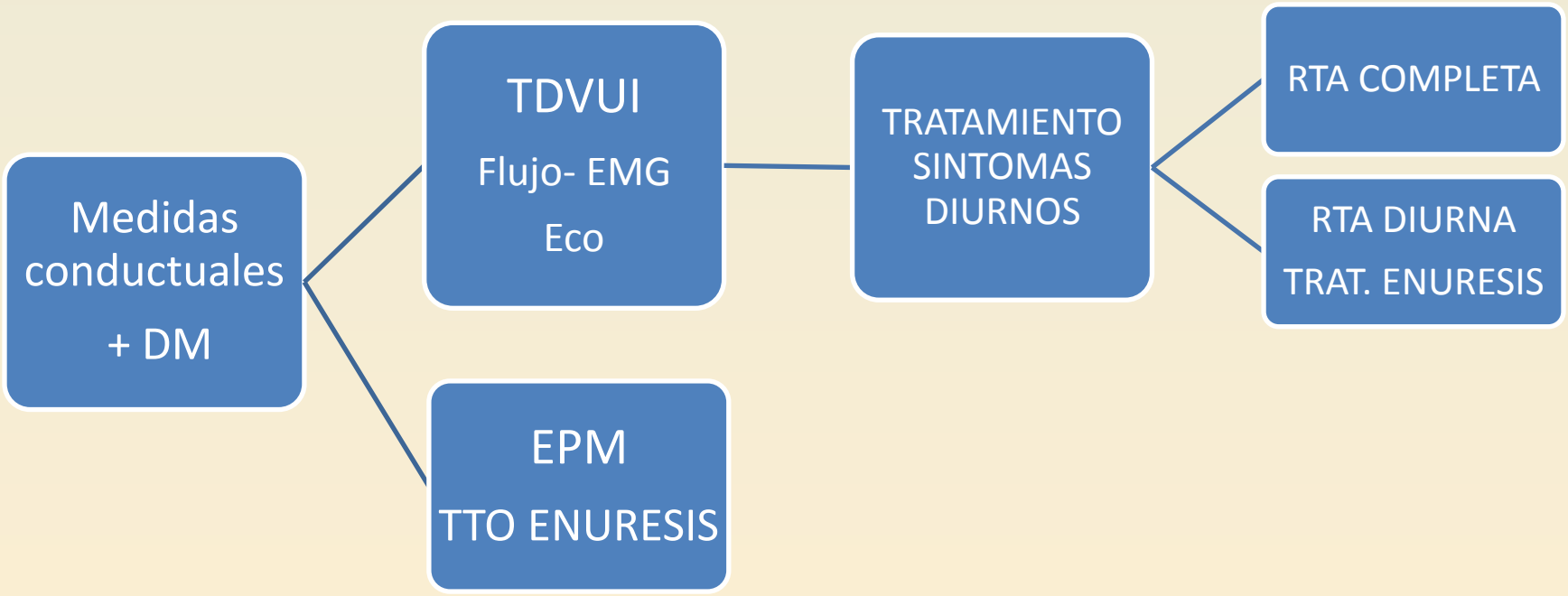
  Anticolinérgicos

DESMOPRESINA
ALARMA

Tengo la confirmación que la niña tiene una vejiga hiperactiva y enuresis secundaria. **¿Cuál es el tratamiento más adecuado?**

1. Empezar sólo con anticolinérgicos
2. Anticolinérgicos y desmopresina
3. Anticolinérgicos y sistema de alarma
4. Anticolinérgicos un mes y después asociar desmopresina
5. Anticolinérgicos un mes y después asociar alarma

MANEJO


Medidas conductuales + DM
TDVUI
Flujo- EMG
Eco
EPM
TTO ENURESIS
TRATAMIENTO SINTOMAS DIURNOS
RTA COMPLETA
RTA DIURNA
TRAT. ENURESIS

La paciente acude a las 6 semanas tras iniciar tratamiento anticolinérgico. Han desaparecido los síntomas diurnos pero persisten los escapes más de la mitad de las noches.

¿Qué haría?

1. Esperar al menos 3 meses y reevaluar
2. Asociar un sistema de alarma
3. Asociar Desmopresina
4. Cualquiera de las 2 anteriores
5. Cualquiera de las 3 primeras

TRATAMIENTO

- Enuresis precisa dos condiciones

  - ✓Que la vejiga se llene hasta el límite en que debe ser vaciada

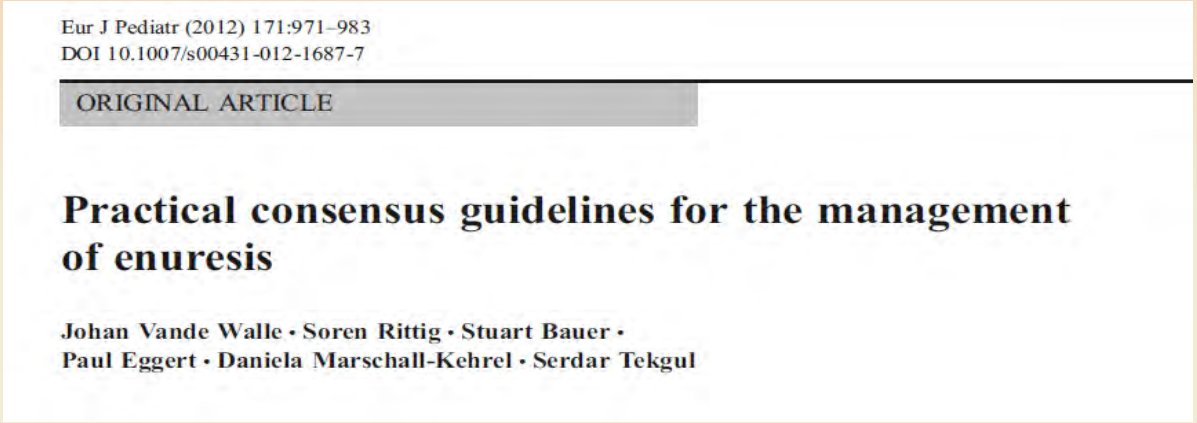
  - ✓Que la necesidad de vaciar la vejiga no despierte al niño

TRATAMIENTO

DESMOPRESINA

ALARMA

TRATAMIENTO



Eur J Pediatr (2012) 171:971–983
DOI 10.1007/s00431-012-1687-7

ORIGINAL ARTICLE

Practical consensus guidelines for the management of enuresis

Johan Vande Walle · Soren Rittig · Stuart Bauer · Paul Eggert · Daniela Marschall-Kehrel · Serdar Tekgul

1. Vol – N y CV – N — Alarma o DDAVP
2. CV disminuida — Alarma
3. Poliuria — DDAVP
4. Poliuria y CV – D — Combinación

TRATAMIENTO

DESMOPRESINA

- Poliuria nocturna
- Capacidad vesical N
- Escapes primeras horas de sueño
- Hª familiar
- Enuresis 1ª
- Poco motivado

SISTEMAS DE ALARMA

- Niño motivado
- No problemas de comportamiento
- No hay problemas familiares
- Escapes a última hora
- VM disminuido
- No sintomatología diurna

Nº de escapes por la noche

TRATAMIENTO

DESMOPRESINA

- Poliuria nocturna
- Capacidad vesical N
- Escapes primeras horas de sueño
- Hª familiar
- Enuresis 1ª
- Poco motivado

SISTEMAS DE ALARMA

- Niño motivado
- No problemas de comportamiento
- No hay problemas familiares
- Escapes a última hora
- VM disminuido
- No sintomatología diurna

Nº de escapes por la noche

TRATAMIENTO

DESMOPRESINA

- Poliuria nocturna
- Capacidad vesical N
- Escapes primeras horas de sueño
- Hª familiar
- Enuresis 1ª
- Poco motivado

SISTEMAS DE ALARMA

- Niño motivado
- No problemas de comportamiento
- No hay problemas familiares
- Escapes a última hora
- VM disminuido
- No sintomatología diurna

Nº de escapes por la noche

Tras asociar Desmopresina al tratamiento con anticolinérgicos, en revisiones sucesivas, la paciente presenta durante 2 meses seguidos un 95% de noches secas.

¿Cómo retiraría la medicación?

1. Primero retiro el anticolinérgico, y si no se orina, retirada paulatina de Desmopresina
2. Primero retiro la Desmopresina, y al mes los anticolinérgicos
3. Retiro ambas a la vez, pero de forma paulatina
4. Cualquiera de las 2 anteriores
5. Cualquiera de las 3 primeras

CASO CLÍNICO 3
DOLOR TESTICULAR TRAS TRAUMATISMO EN NIÑO DE 10 AÑOS

CASO CLÍNICO
ANAMNESIS

- Niño de 10 años sin API
- Acude por dolor en testículo derecho de una hora de evolución.
- Refiere traumatismo sobre teste derecho durante el aseo, no ha podido ni desayunar
- Se encontraba bien una hora más tarde, ha tomado un zumo y ha ido al colegio
- A las 2 horas ha presentado dolor brusco en teste derecho

ESCROTO AGUDO
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TABLA I.

- Alteraciones circulatorias
  - Torsión testicular
  - Torsión de una hidátide testicular
  - Tumefacción testicular secundaria a hernia incarcerada
- Alteraciones inflamatorias
  - Epididimitis
  - Orquitis
- Tumores
  - Tumor testicular de crecimiento rápido
  - Leucemia
- Alergia
  - Edema escrotal idiopático
  - Edema en la púrpura de Shönlein Henoch
  - Picadura de insecto
- Traumatismo
  - Hematoma escrotal

¿En cúal de las entidades del dx diferencial pensaría?

1. Alteraciones circulatorias (torsión, hernia)
2. Alteraciones inflamatorias (epididimitis)
3. Tumores
4. Alergia (edema escrotal)
5. Traumatismo (hematoma escrotal)

CASO CLÍNICO
ANAMNESIS

- Dice que al principio le ha dolido mucho pero luego se encontraba mejor
- No ha desayunado por sensación nauseosa
- Al encontrarse mejor le ha vuelto a dar hambre
- Ha ido a orinar y le molestaba un poco
- Le ha vuelto a doler al cambiar de postura
- Nunca había ocurrido

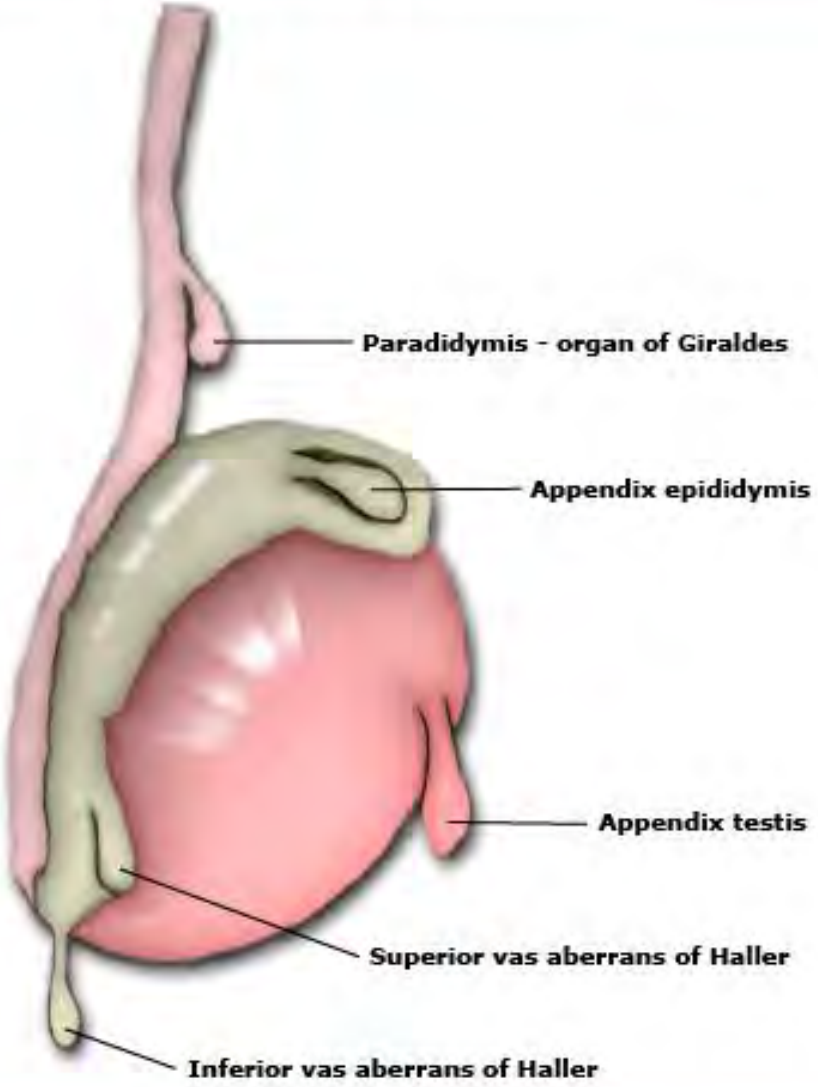
CASO CLÍNICO
EXPLORACIÓN FÍSICA

- Presenta tumefacción de hemiescroto derecho, doloroso a la palpación
- Presencia de equimosis en lado derecho de 2 cm, con teste retraído
- Le duele todo el teste, pero sobre todo a nivel del epididimo. No se palpan masas.
- El teste izquierdo es de tamaño y consistencia normal, no doloroso
- Reflejo cremastérico dudoso

¿Cúal de las entidades del dx diferencial descartaría?

1. Torsión testicular
2. Torsión de hidátide
3. Epididimitis
4. Hernia inguinal
5. Hematoma escrotal

Anatomy of the testicular appendages



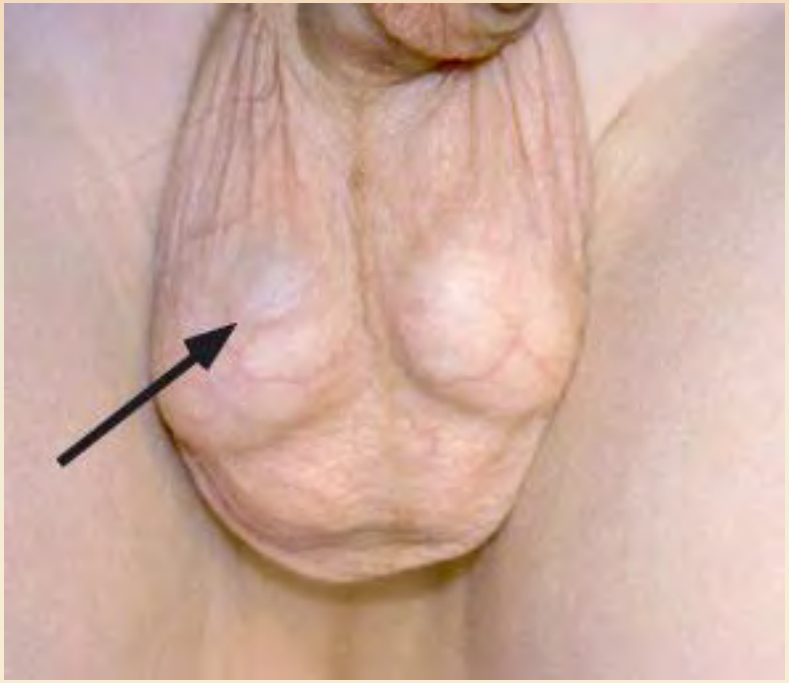
UpToDate

Distinguishing features of conditions associated with scrotal pain in children and adolescents*

	Testicular torsion	Torsion of appendage	Acute epididymitis
Historical features			
Peak incidence	Perinatal and puberty	Prepubertal	<2 years and postpubertal
Onset of pain	Usually sudden	Usually sudden	Usually gradual
Duration of pain	Usually < 12 hours	Usually >12 hours	Usually >24 hours
Previous episodes	Typical	Unusual	If previous episode
Nausea and vomiting	Common	Uncommon	Uncommon
Fever	Unusual	Unusual	Common
History of trauma	Occasional	Unusual	Unusual
Dysuria or discharge	Rare	Rare	Common
Physical findings			
Suggestive findings	Bell-clapper	Palpable nodule "Blue dot"	None
Cremasteric reflex	Usually absent	Usually present	Usually present
Tenderness	Testicular initially, then diffuse	Appendage initially, then testis	Epididymis initially, then diffuse
Scrotal erythema or edema	Common >12 hours	Common >12 hours	Common >12 hours
Laboratory tests			
Pyuria	Unusual	Unusual	Common
Positive smear or culture	No	No	Often
Leukocytosis	Common	Uncommon	Common
Perfuson studies			
Color Doppler ultrasound•	Decreased blood flow, spermatic cord knot	Normal or increased	Normal or increased
Radionuclide	Decreased blood flow	Normal or increased	Normal or increased

*In some boys with scrotal pain, significant overlap in history, physical examination, and diagnostic studies exist. When testicular torsion cannot be excluded, surgical consultation is advised.
•Color Doppler ultrasound is the preferred perfusion study.
Adapted from Burgher, SW. Emerg Med Clin North Am 1998; 16:781 and Haynes, BE, Bessen, HA, Haynes, VE. JAMA 1983; 249:2522.

UpToDate®



¿Qué exploraciones complementarias solicitaría?

1. Analítica sangre y orina
2. Ecografía Doppler
3. Las dos anteriores
4. Revisión quirúrgica
5. Ninguna

CASO CLÍNICO
DIAGNÓSTICO

- ECOGRAFÍA

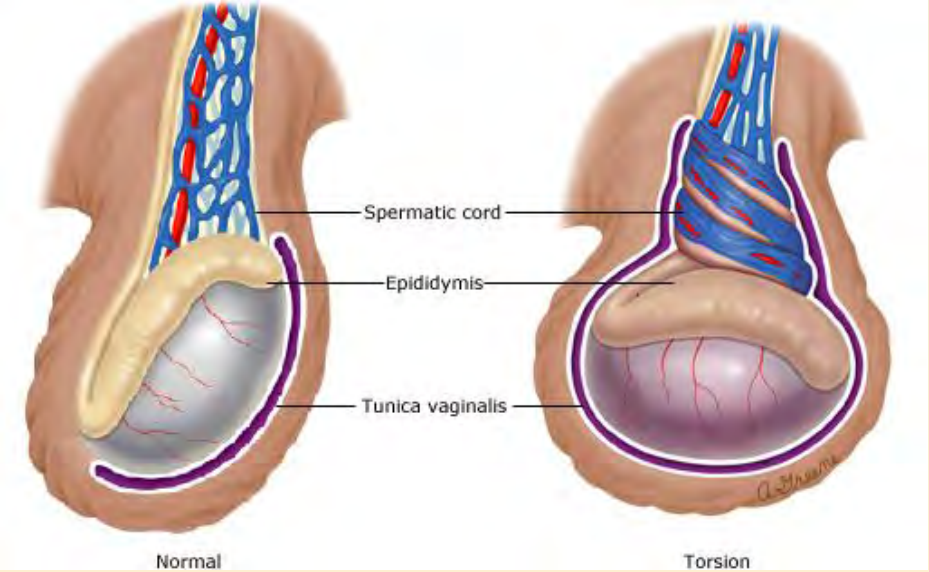
  Ausencia de flujo en teste derecho

- ANALITICA

  Discreta leucocitosis

  Sedimento normal

➢ TORSIÓN TESTICULAR



¿Qué medidas adoptaría?

1. Vía ev y fluidoterapia
2. Analgesia
3. Son corectas 1 y 2
4. Relajante
5. Son correctas 1, 2 y 4

CASO CLÍNICO
TRATAMIENTO

Detorsión manual

Cirugía