

# Lactante de 13 días con fiebre alta e inapetencia: reflujo vésico-ureteral grado IV

<sup>1</sup>Hermida Pérez JA, <sup>2</sup>Bermejo Hernández A, <sup>3</sup>Sobenes Gutiérrez R

<sup>1</sup>Centro Médico SEREP de Los Llanos de Aridane

<sup>2</sup>Centro de Salud de Los Llanos de Aridane

<sup>3</sup>Centro de Salud de El Paso  
Santa Cruz de Tenerife

Varón de 10 días de edad, con antecedentes de diagnóstico de hidronefrosis prenatal izquierda y antecedentes familiares de madre con trombosis portal, ingreso hospitalario por amenaza de parto prematuro y diabetes gestacional insulino-dependiente.

Acude a la consulta por presentar un cuadro de fiebre alta (38,5 °C) desde hace aproximadamente 24 horas, inapetencia, pobre succión mamaria y decaimiento.

El examen físico muestra una leve sequedad de piel y mucosas, orofaringe con discreta hiperemia faringoamigdalar, otoscopia normal, hiperpirexia, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen blando, depresible y algo distendido, genitales externos normales, examen neurológico normal sin signos meníngeos, fontanelas normales y sistema osteomioarticular normal. La saturación de oxígeno es de 96 % y la temperatura de 38 °C.

Con el diagnóstico de síndrome febril en recién nacido se le remite para valoración a Urgencias del hospital. Es ingresado por pielonefritis aguda en el Servicio de Pediatría, donde es estudiado y diagnosticado mediante ecografía (figura 1) y cistouretrografía miccional seriada (CUMS) de reflujo vésico-ureteral grado IV del riñón izquierdo (figura 2), por lo que es remitido a Urología.

## COMENTARIO

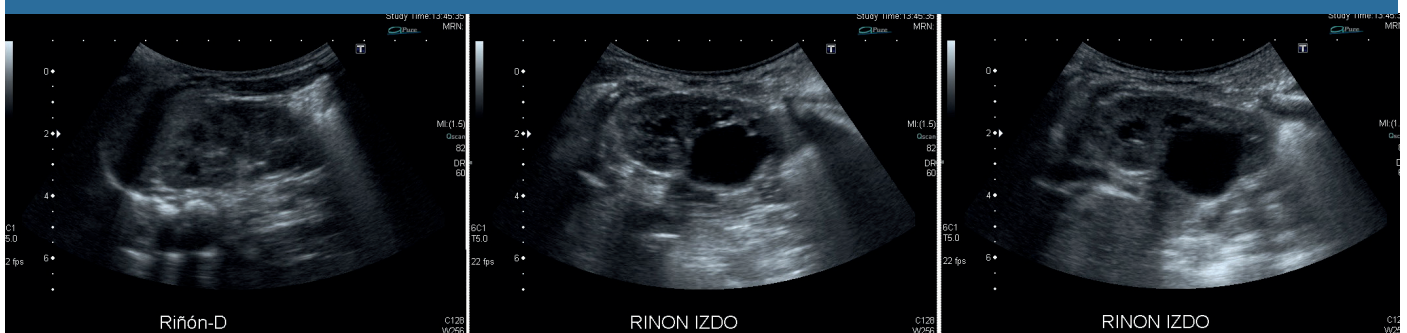
El reflujo vésico-ureteral (RVU) es uno de los problemas urológicos más frecuentemente diagnosticados en la infancia. La asociación con infecciones de orina y la posible lesión renal secundaria explican su importancia.

No constituye una patología que se diagnostique en atención primaria; no obstante, desde nuestra consulta podemos ser el puente para que el paciente (sobre todo los recién nacidos y neonatos) sea remitido oportunamente hacia la atención especializada hospitalaria y se efectúe el diagnóstico y tratamiento eficaz de esta afección y evitar con ello la nefropatía por reflujo que conduce a la aparición de cicatrices renales y de daño renal irreparable<sup>1,2</sup>.

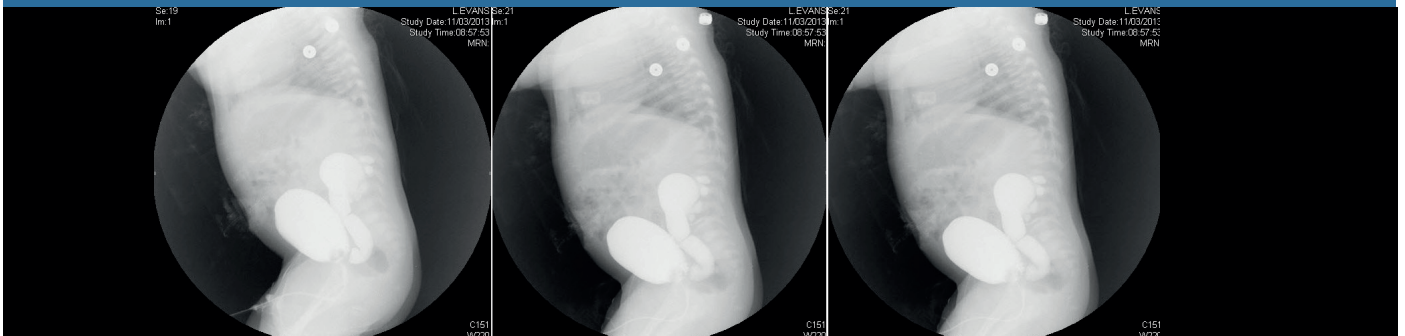
## ETIOLOGÍA

El mecanismo antirreflujo que impide el flujo retrógrado de orina de la vejiga a los uréteres es el resultado de la interacción funcional de varios factores, principalmente la oblicuidad y longitud del trayecto del uréter intramural submucoso, la musculatura urétero-vesical y el tono del músculo detrusor de la

**Figura 1. Riñón derecho de aproximadamente 5 cm; no se identifican alteraciones patológicas significativas. Riñón izquierdo de unos 6,2 cm, con marcada dilatación de cálices y, sobre todo, de la pelvis renal y del uréter proximal visible**



**Figura 2. Cistouretrografía miccional tras sondaje vesical. Durante la administración del contraste yodado ya se visualizan imágenes de paso de contraste al uréter izquierdo que alcanza el riñón; moderada dilatación urétero-pielo-calicular y discreta afectación del fórnix. En la fase miccional se aprecian más marcados los hallazgos izquierdos, que impresionan de reflujo véscico-ureteral izquierdo grado IV. Las imágenes de la uretra durante la micción no muestran alteraciones evaluables.**



vejiga. La ineficacia de dicho mecanismo por mal desarrollo de sus componentes o el acortamiento del segmento intramural del uréter provoca la aparición de RVU primario.

Algunos procesos congénitos del tracto urinario, como válvulas de uretra posterior o duplicaciones pielo-ureterales, dan lugar a RVU secundario.

La asociación de infecciones de orina y RVU es responsable de la lesión cicatricial renal inicial. Estudios realizados en animales de experimentación sobre el reflujo intrarrenal sugieren que el reflujo de orina infectada o el reflujo de alta presión asociado a obstrucción vesical producen nefropatía por reflujo secundariamente.

El RVU estéril aisladamente no produce daño renal, por lo que la presencia de defectos de captación en recién nacidos con RVU prenatal son lesiones congénitas o displásicas debidas a anomalías en el desarrollo del riñón o a la presión de la orina sobre las papilas renales; lesiones que son mayores si se asocia bacteriuria postnatal y en RVU de alto grado<sup>3,4</sup>.

## CLÍNICA

Clínicamente no existen síntomas propios de RVU, aunque está relacionado con la presencia de ITU.

En el neonato y el lactante cursan con rechazo de alimentos, vómitos, irritabilidad, letargia y pérdida de peso, cosas que se observaron en nuestro paciente. En el niño mayor son más frecuentes la fiebre, los síntomas miccionales (disuria, urgencia o frecuencia miccional) y dolor abdominal o en los flancos en los casos de pielonefritis<sup>1</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Aunque no es nuestra competencia en atención primaria, queremos resaltar que, para hacer un enfoque diagnóstico-terapéutico del RVU, además de la clínica, es imprescindible la realización de estudios imagenológicos como la ecografía y la CUMS, así como estudios isotópicos.

Estos últimos permiten obtener datos como la función renal porcentual, imágenes dinámicas anatómicas del riñón y de las vías urinarias y evaluar el número, tamaño y localización de las cicatrices renales si las hubiera; sin embargo, no miden el crecimiento renal con exactitud y exponen al paciente a radiación aunque de escasa cuantía.

La gammagrafía renal con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) es el estudio isotópico por excelencia. Tiene una mayor sensibilidad y especificidad que la ecografía y la urografía en la detección de nefropatía por reflujo, por lo que es una exploración imprescindible en los pacientes con RVU<sup>5,6</sup>.

## CONCLUSIONES

Con la descripción de nuestro caso clínico queremos destacar que en la consulta de atención primaria, en la que en muchas ocasiones tenemos que atender niños por no disponer de un pediatra.

Debemos estar atentos cuando acuda un recién nacido con síntomas como fiebre alta, inapetencia, deshidratación, irritabilidad o decaimiento, ya que esta clínica alerta sobre la posible presencia de una patología de potencial gravedad en la que es necesaria la derivación a un hospital para una valoración por Pediatría.

También es importante valorar los antecedentes prenatales del niño, ya que, como se destacó en la descripción del caso, nuestro paciente había sido diagnosticado prenatalmente de una hidronefrosis izquierda<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Peláez Mata DJ. Manejo del reflujo vesicoureteral en la infancia. *Bol Pediatr* 2001;41:115-21.
2. Bandström P, Nevéus T, Sixt R, Stokland E, Jodal U and Hasson S. The Swedish Reflux Trial in Children: IV. Renal Damage *J Urol* 2010;148:292-7.
3. Ransley PG, Risdon RA. Reflux nephropaty: effects of antimicrobial therapy on the evolution of the early pyelonephritic scar. *Kidney Int* 1981;20:733-42.
4. Greenfield SP, Ng M, Wan J. Experience with vesicoureteral reflux in children: clinical characteristics. *J Urol* 1997;158:574-7.
5. Diamond DA, Mattoo TK. Endoscopic Treatment of Primary Vesicoureteral Reflux. *N Engl J Med* 2012;366:1218-26.
6. Craig JC, Simpson JM, Williams GJ, Lowe A, Reynolds GJ, McTaggart SJ, et al. Antibiotic Prophylaxis and Recurrent Urinary Tract Infection in Children. *N Engl J Med* 2009;361:1748-59.
7. Navarro Gil J, López López JA, González de Agüero R, Sánchez Zalabardo JM, Valdivia Urría JG. Diagnóstico prenatal complejo. *Actas Urol Esp* 2010;34:489.