

El diagnóstico de rechazo a la malla es de exclusión dentro del cual quedaría el caso de esta paciente. En estos casos es mandatorio la extracción total de la malla la cual se debe completar por un abordaje retropúbico perfectamente factible por laparoscopia.

El examen histopatológico de la paciente se reportó como inflamación inespecífica.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. BHARGAVA, S.; CHAPPLE, C.R.: "Rising Awareness Of The Complications Of Synthetic Slings". *Current Opinion In Urology*, 14: 317, 2004.
2. LENG, W.W.; DAVIES, B.J.; TARIN, T.: "Delayed Treatment Of Bladder Outlet Obstruction After Sling Surgery: Association With Irreversible Bladder Dysfunction". *Journal Of Urology*. 172: 1379, 2004.
3. TSIA-SHU, L.: "Tension-Free Vaginal Tape Procedures In Women With Stress Urinary Incontinence With And Without Co-Existing Genital Prolapse. *Current Opinion*". In *Obstetrics & Gynecology*, 16: 399, 2004.
4. TSVIAN, A.; MOGUTIN, B.; KESSLER, O. y cols.: "Ami Tension-Free Vaginal Tape Procedure For The Treatment Of Female Stress Urinary Incontinence: Long-Term Results". *Journal Of Urology*, 172: 998, 2004.
5. KIELB, S.J.; CLEMENS, J.Q.: "Endoscopic Excision Of Intravesical Tension-Free Vaginal Tape With Laparoscopic Instrument Assistance". *Journal Of Urology*, 172: 971, 2004.
6. EL-AZAB, A.S.; RACKLEY, R.R.; ABDELMALAK, J.B. y cols.: "Cystoscopic Resection Of Tension Free Vaginal Tape (Tvt) In The Bladder: A Novel Technique (Case Report)". *Journal Of Pelvic Medicine & Surgery*, 10: 85, 2004.
7. KOBASHI, K.C.; GOVIER, F.E.: "Perioperative Complications: The First 140 Polypropylene Pubovaginal Slings". *Journal Of Urology*, 170: 1918, 2003.
8. RODRIGUEZ, L.V.; RAZ, S.: "Prospective Analysis Of Patients Treated With A Distal Urethral Polypropylene Sling For Symptoms Of Stress Urinary Incontinence: Surgical Outcome And Satisfaction Determined By Patient Driven Questionnaires". *Journal Of Urology*. 170: 857, 2003.
9. KOSBASHI, K.C.; GOVIER, F.E.: "Management Of Vaginal Erosion Of Polypropylene Mesh Slings". *Journal Of Urology*, 169: 2242, 2003.
10. KAPLAN, S.A.; TE, A.E.; YOUNG, G.P.H. y cols.: "Prospective Analysis Of 373 Consecutive Women With Stress Urinary Incontinence Treated With A Vaginal Wall Sling: The Columbia-Cornell University Experience". *Journal Of Urology*, 164: 1623, 2000.
11. PETROU, S.P.; BROWN, J.A.; BLAIVAS, J.G.: "Suprimeatal transvaginal urethrolysis". *Journal of urology*, 161: 1268, 1999.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 5 (535-537), 2006

SÍNDROME VURD CON DISPLASIA RENAL CONTRALATERAL AL REFLUJO EN EL ADULTO.

José Manuel Otero García, Efraín Maldonado Alcaraz y Hugo Wingartz Plata.

Servicio de Urología. Hospital de Especialidades CMNSXXI Instituto Mexicano del Seguro Social. Méjico D.F. Méjico.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar un caso de síndrome VURD (Valvas de uretra posterior, reflujo vesicoureteral y displasia renal), en el adulto.

MÉTODOS: Varón de 32 años con infección de vías urinarias de repetición, con estudios de gabinete y cistoscopia al cual se le diagnostica síndrome VURD.

RESULTADOS: Se resecan las valvas, al año de cirugía el paciente mantiene su función renal y adecuada micción sin necesidad de tratamiento dialítico.

CONCLUSIONES: El síndrome de VURD es un padecimiento congénito, que frecuentemente tiene un desenlace fatal en los primeros años de vida. La etiología no está bien clara. Se ha planteado la relación causa efecto de displasia en relación a la obstrucción y reflujo; por otra parte, existe la "teoría de la yema", la cual sugiere que el reflujo vesico-ureteral (RVU) y la displasia renal son el resultado de una anomalía en la yema ureteral y no necesariamente a la obstrucción y/o RVU per se.

Correspondencia | José Manuel Otero García
Lindavista # 251, 6º piso
Col. Lindavista
Delegación Gustavo A.
Madero C.P. 07300 (México D.F.)
drjmanuelog@hotmail.com
Trabajo recibido: 20 de julio 2005

Palabras clave: VURD. Valvas uretrales. Displasia renal.

Summary.- *OBJECTIVE: To report one case of VURD syndrome (posterior urethral valves, vesicoureteral reflux, and renal dysplasia) in an adult.*

METHODS: 32-year-old male patient with recurrent urinary tract infections and the diagnosis of VURD syndrome after imaging tests and cystoscopy.

RESULTS: One year after valve resection the patient keeps renal function and adequate voiding without needing dialysis.

CONCLUSIONS: The VURD syndrome is a congenital disease, frequently with poor prognosis in the first years of life. Etiology is not clear. A cause-effect relationship between dysplasia and obstruction-reflux has been proposed; alternatively, the "theory of the bud" suggests vesicoureteral reflux and renal dysplasia are the result of an anomaly of the ureteral bud and not necessarily of obstruction and/or VURD per se.

Keywords: VURD. Urethral valves. Renal dysplasia.

INTRODUCCIÓN

La asociación de valvas uretrales posteriores, reflujo vesicoureteral unilateral y displasia renal, se ha denominado síndrome VURD (1,2). Las valvas uretrales

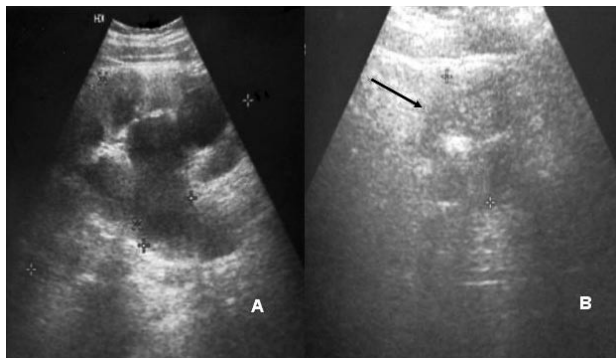


FIGURA 1. Ultrasonido renal con ectasia severa derecha secundaria a reflujo (Imagen A) y riñón izquierdo displásico con aumento de la ecogenicidad (Imagen B).

posteriores son la causa de obstrucción urinaria baja más frecuente en pacientes pediátricos masculinos (80% de los casos) y se presentan con una frecuencia de 1:1250 a 1:8000 recién nacidos (3). Aproximadamente la mitad de los pacientes (40-70%) con valvas uretrales desarrollan reflujo (4,5). Parece que el reflujo vesicoureteral masivo actúa como una válvula de seguridad que impide un mayor deterioro de la función renal (6).

Se reconocen tres tipos de valvas de acuerdo a la posición de las membranas en relación al verumontanum: Tipo I, van de el borde inferior y posterior del verumontanum distalmente hacia la uretra membranosa; tipo II, van del verumontanum cefálicamente hacia el aspecto posterolateral del cuello vesical; tipo III, membrana distal al verumontanum (7).

La embriogénesis de la displasia renal asociada a valvas uretrales no está bien clara, sin embargo, ha sido planteada la relación causa efecto de displasia en relación a la obstrucción, siendo el riñón displásico aquel que tiene reflujo; por otra parte, existe la "teoría de la yema", la cual sugiere que el RVU y la displasia renal son el resultado de una anomalía en la yema ureteral y no necesariamente a la obstrucción y/o RVV per se (5-8). El pronóstico en cuanto a la función renal es generalmente bueno para el riñón contralateral (9).

El síndrome VURD se detecta en niños y estos fallecen a edades tempranas debido al desarrollo de falla renal terminal. Todos los casos reportados de síndrome VURD tienen displasia en el riñón del uréter con reflujo (10,11). Nosotros presentamos el caso de un paciente con síndrome VURD y displasia del riñón contralateral al reflujo.



FIGURA 2. Cistograma miccional con reflujo vesicoureteral derecho grado V (Imagen A), uretra prostática en reloj de arena secundaria a valvas uretrales (Imagen B).

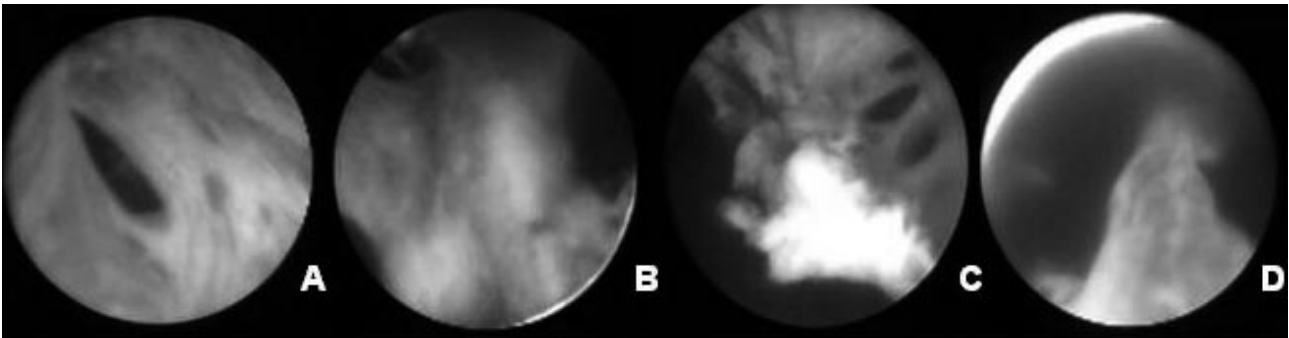


FIGURA 3. Aspecto endoscópico de las valvas que van del verumontanum al cuello vesical (Imágenes A-C) y aspecto posterior a la resección, en la que se muestra el verumontanum libre (Imagen D).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 32 años con antecedente de infecciones urinarias de repetición desde los 6 años y un año previo con dolor cólico moderado derecho asociado con la micción, además de náusea, emesis intermitente y pérdida ponderal de 15 Kg. Acude con retención urinaria aguda, fiebre, elevación de azoados y anemia (Urea 103, Cr 5.2, K 4.3 Hb 10.1) Se coloca sonda uretral drenando orina con leucocitos incontables. El riñón derecho con ectasia severa en el ultrasonido y el izquierdo atrófico con aumento difuso de su ecogenicidad (Figura 1). Posterior a 5 días de antimicrobiano se realiza cistoscopia en la que se encuentra la uretra prostática ocupada por dos membranas que van del verumontanum al cuello vesical (Valvas uretrales tipo II) (Figura 3 A-C) y en el cistograma (Figura 2), reflujo vesicoureteral grado V derecho. Se resecan las valvas uretrales con asa diatérmica (Figura 3D). El paciente un año después mantiene su función renal y adecuada micción sin necesidad de tratamiento dialítico.

DISCUSIÓN

En el caso presentado el paciente cursó con obstrucción urinaria baja leve durante toda su vida, sin embargo para el paciente el flujo urinario era normal, debido a que no existía para el un punto de referencia claro de normalidad. La función renal no se deterioró al grado de requerir manejo sustitutivo con diálisis o trasplante, probablemente debido al mecanismo de válvula de escape proporcionado por el reflujo masivo derecho, lo que le permitió llegar a la edad adulta sin problemas significativos. Parece que la eliminación de la obstrucción uretral permite conservar la función renal residual, aún cuando esta se detecte de manera tardía en la vida.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. ROSSER, C.J.; AURINGER, S.; KROOVAND, R.L.: "VURD syndrome managed by pyelostomy". Scientific World Journal, 1: 382, 2004.
- *2. LEE, C.C.; FANG, C.C.; CHOU, H.C. y cols.: "Urinorhax associated with VURD syndrome". Pediatric Nephrol., 20: 543, 2005.
- *3. GUNN, T.R.; MORA, J.D.; PEASE, P.: "Antenatal diagnosis of urinary tract abnormalities by ultrasonography after 28 weeks gestation: Incidence and outcome". Am. J. Obstet. Gynecol., 172: 479, 1995.
- *4. GREENFIELD, S.P.; HENSLE, T.W.; BERDON, E. y cols.: "Unilateral vesicoureteral reflux and unilateral nonfunctioning kidney associated with posterior urethral valves- a syndrome?". J. Urol., 130: 733, 1983.
- **5. HOOVER, D.L.; DUCKETT, J.W.: "Posterior urethral valves, unilateral reflux and renal dysplasia: A syndrome". J. Urol., 128: 994, 1982.
- **6. GOTOH, T.; ASANO, Y.; SEKI, T. y cols.: "Unilateral massive vesicoureteral reflux associated with congenital mechanical obstruction of lower urinary tract". Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi, 82: 225, 1991.
- **7. ROBERTSON, W.B.; HAYES, J.A.: "Congenital diaphragmatic obstruction of the male posterior urethra". Br. J. Urol., 41: 592, 1969.
- **8. HENNEBERRY, M.O.; STEPHENS, F.D.: "Renal hypoplasia and dysplasia in infants with posterior urethral valves". J. Urol., 123: 912, 1980.
- *9. HOOVER, D.L.; DUCKETT, J.W.: "Posterior urethral valves, unilateral reflux an renal dysplasia: A syndrome". J. Urol., 128: 994, 1982.
- *10. PIERETTI, R.V.: "The mild end of the clinical spectrum of posterior urethral valves". J. Pediatr. Surg., 28: 701, 1993.
- *11. BOMALASKI, M.D.; AREMA, J.G.; COPLEN, D.E. y cols.: "Delayed presentation of posterior urethral valves: A not so benign condition". J. Urol., 162: 2130, 1999.