

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MEGAVEJIGA

Jiménez Velázquez, Raquel; Guirao Molina, Francisca Hermina; Soriano Lillo, Paula ; Navas Domínguez, Solanye

HOSPITAL QUIRÓNSALUD MURCIA

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones del aparato urinario son unas de las patologías más frecuentes. La megavejiga tiene una incidencia en el primer y segundo trimestre de 1/900 y 1/1800. Se define como la presencia de un diámetro en un corte sagital en el primer trimestre ≥ 7 mm y ≥ 12 mm el segundo trimestre de gestación. Las principales causas de obstrucción urinaria son las valvas uretrales posteriores y la atresia uretral. Puede resolverse de forma espontánea en el 40-60% de los casos sin dejar secuelas o ser la manifestación de una patología progresiva obstructiva o un trastorno heterogéneo más complejo.

CASO CLÍNICO

Primigesta (gestación tras FIV) sin antecedentes de interés, eco primer trimestre normal, test ADN fetal bajo riesgo y sexo masculino, que acude a control ecográfico rutinario en la semana 18 de gestación. Pareja con antecedentes de valvas uretrales al nacimiento.

-Eco Obs: vejiga de 20 mm con dilatación riñón derecho de 41 mm e izquierdo de 22 mm en eje AP. Impresiona de obstrucción parcial de uretra, con dilatación del 1/3 superior del uréter y trayecto uretral, sospechándose de valvas uretrales.

Se remite a UMF del HCUVA para valoración por mal pronóstico y seguimiento donde se realiza estudio invasivo normal. Controles ecográficos posteriores con disminución de tamaño vesical, resolución de la dilatación renal izquierda y persistencia de dilatación renal derecha de 15mm. En la semana 39 se produce parto instrumentado naciendo varón de 3090 gramos con buen Apgar y con diuresis espontánea. Exploración física sin hallazgos. Ecografía previa al alta con dilatación pielocalicial derecha grado IV con adelgazamiento generalizado de la cortical y diámetro AP de la pelvis renal de 7.4 mm, uréter derecho dilatado en toda su extensión con diámetro AP distal de 12mm. Diagnóstico: Reflujo ureterovesical IV. Alta a domicilio con posterior control en consulta de cirugía pediátrica

DISCUSIÓN

La tasa de muerte global de la megavejiga es del 40 al 50% y mayor al 90% si el diagnóstico se hace menor a las 20-22 semanas asociado a oligoamnios. En cuanto a su pronóstico debemos tener en cuenta que la mayoría de los fetos son cariotipo normal y una vejiga de 7-15 mm se resuelven espontáneamente y diámetros mayores a 15 mm tienen peor pronóstico. Se debe hacer diagnóstico diferencial con el síndrome de Prune Belly, el síndrome de Berdon (miopatía visceral), y el reflujo vesicoureteral. Los reflujo vesicoureterales importantes pueden ser consecuencia de las dilataciones progresivas tanto de los uréteres como de la vejiga originando el complejo megavejiga-megauréter



BIBLIOGRAFÍA

-Fontanella F, Duin L, Adama van Scheltema PN, Cohen-Overbeek TE, Pajkrt E, Bekker M, Willekes C, Bax CJ, Bilardo CM. Fetal megacystis: prediction of spontaneous resolution and outcome. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Oct;50(4):458-463.

-Pellegrino M, Visconti D, Catania VD, D'Oria L, Manzoni C, Grella MG, Caruso A, Masini L, Noia G.

Prenatal detection of megacystis: not always an adverse prognostic factor. Experience in 25 consecutive cases in a tertiary referral center, with complete neonatal outcome and follow-up.

J Pediatr Urol. 2017 Oct;13(5):486.e1-486.e10.

