



Sociedad Ecuatoriana
De Cirugía Pediátrica



CONGRESO
ECUATORIANO
CIRUGÍA PEDIÁTRICA



CUENCA - ECUADOR

Reflujo vesico ureteral: tratamiento

Freud Cáceres Aucatoma. PhD. MD.



Declaro no tener conflicto de intereses con relación al tema o contenido de tipo comercial, financiero o de farmaceuticas. La información tiene datos anonimizados.



Sociedad Ecuatoriana
De Cirugía Pediátrica

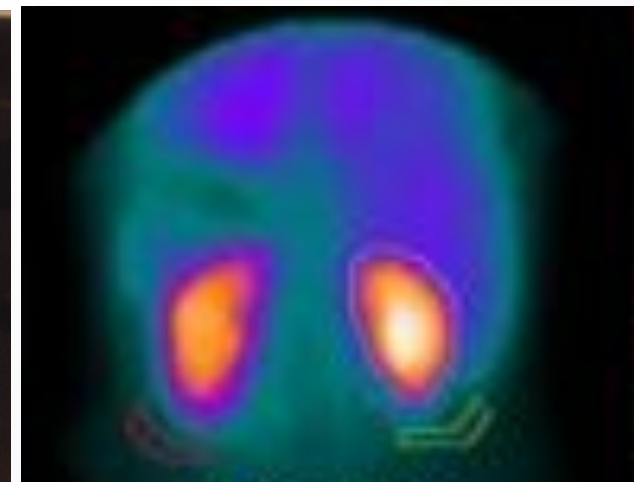
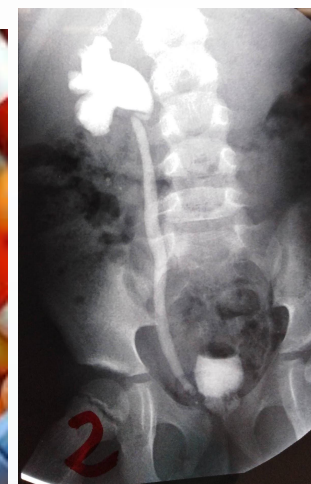
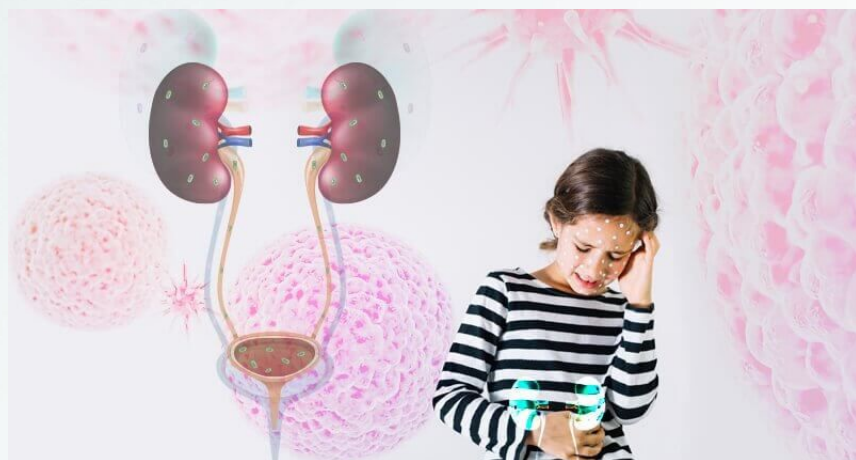


CONGRESO
ECUATORIANO
CIRUGÍA PEDIÁTRICA



CUENCA - ECUADOR

Generalidades



Uroprofilaxis

Abierto
Laparoscópico
Robótico

Quirúrgico

Fisioterapia



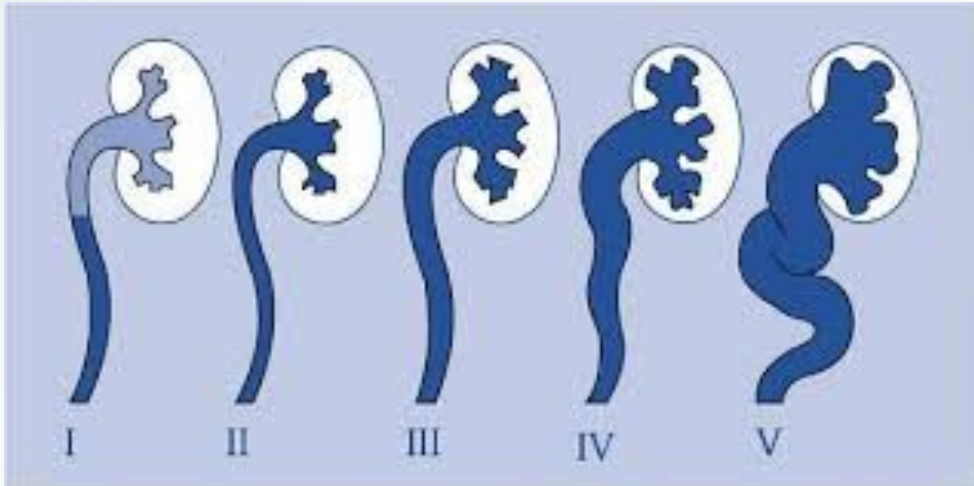
Sociedad Ecuatoriana
De Cirugía Pediátrica



CONGRESO
ECUATORIANO
CIRUGÍA PEDIÁTRICA

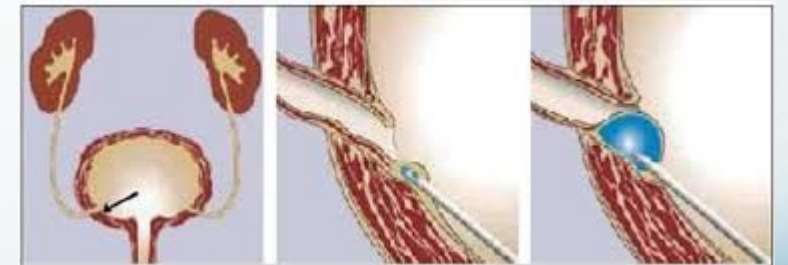
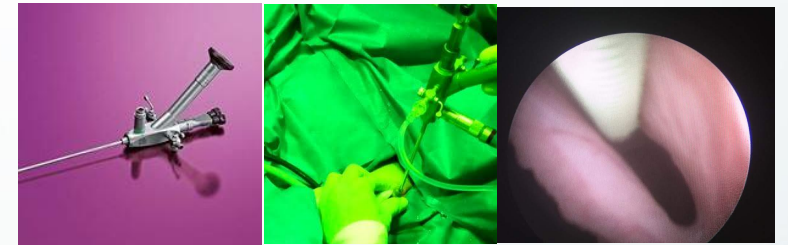


Conducta



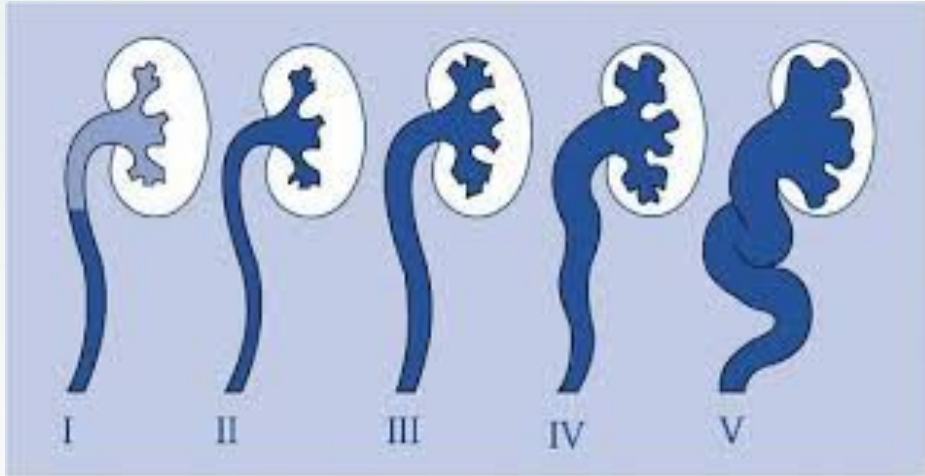
Uroprofilaxis:
- Hasta la cirugía

Quirúrgica:
- Endoscópica
I-III-III





Conducta

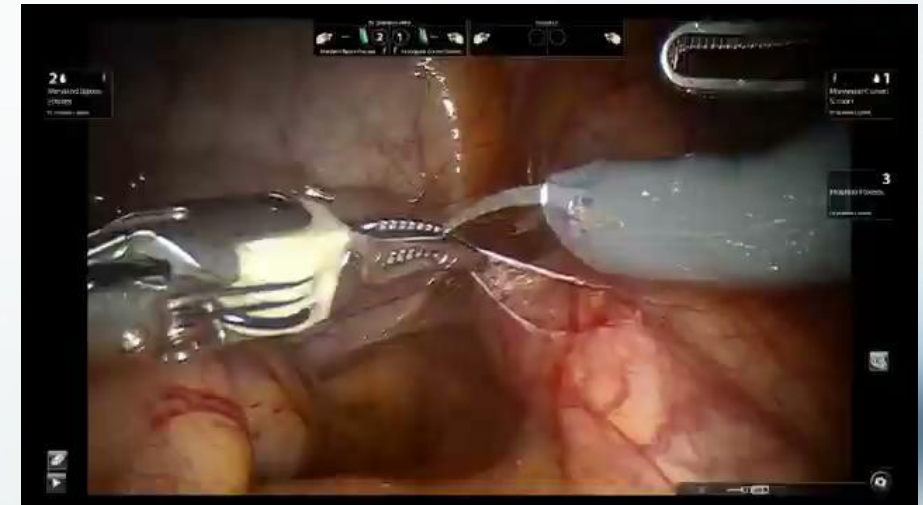
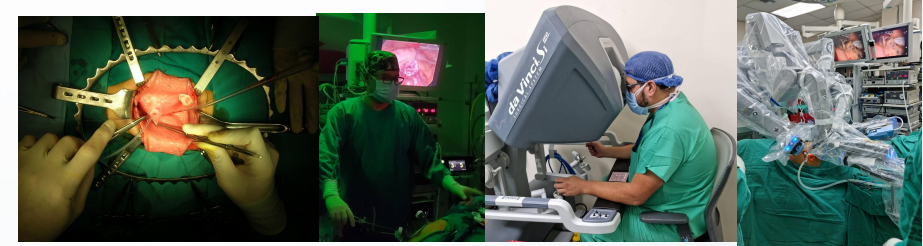


Uroprofilaxis:

- Hasta la cirugía

Quirúrgica:

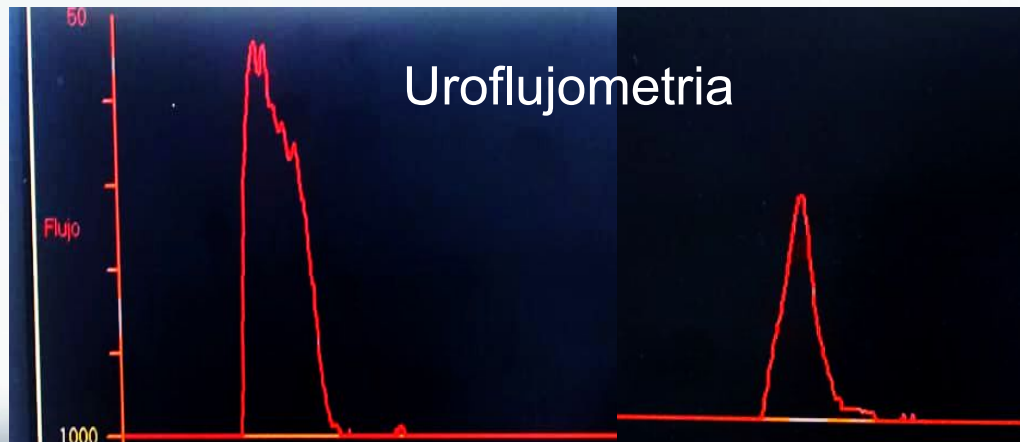
- Abierta
IV-V
- Laparoscópica
III-IV
- Robótica
III-IV





En ciertos casos.....posterior al
tratamiento quirúrgico con evidencia
de CUMS negativa

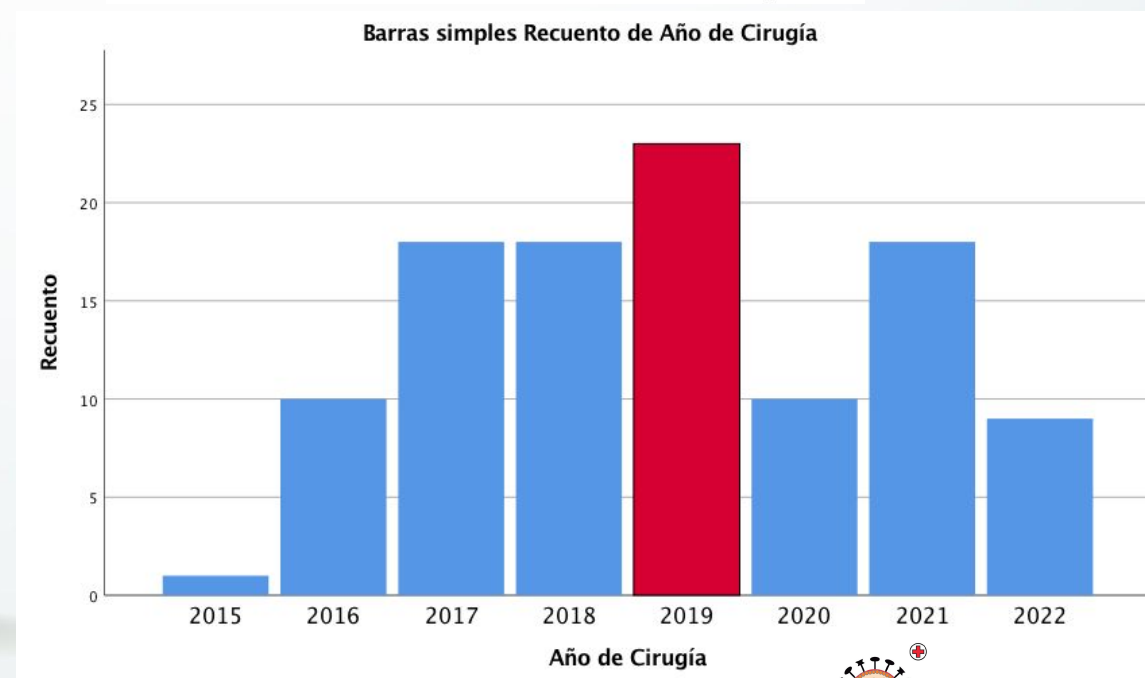
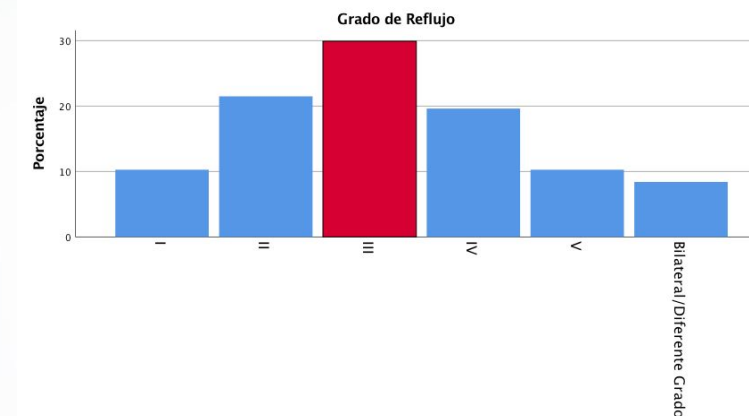
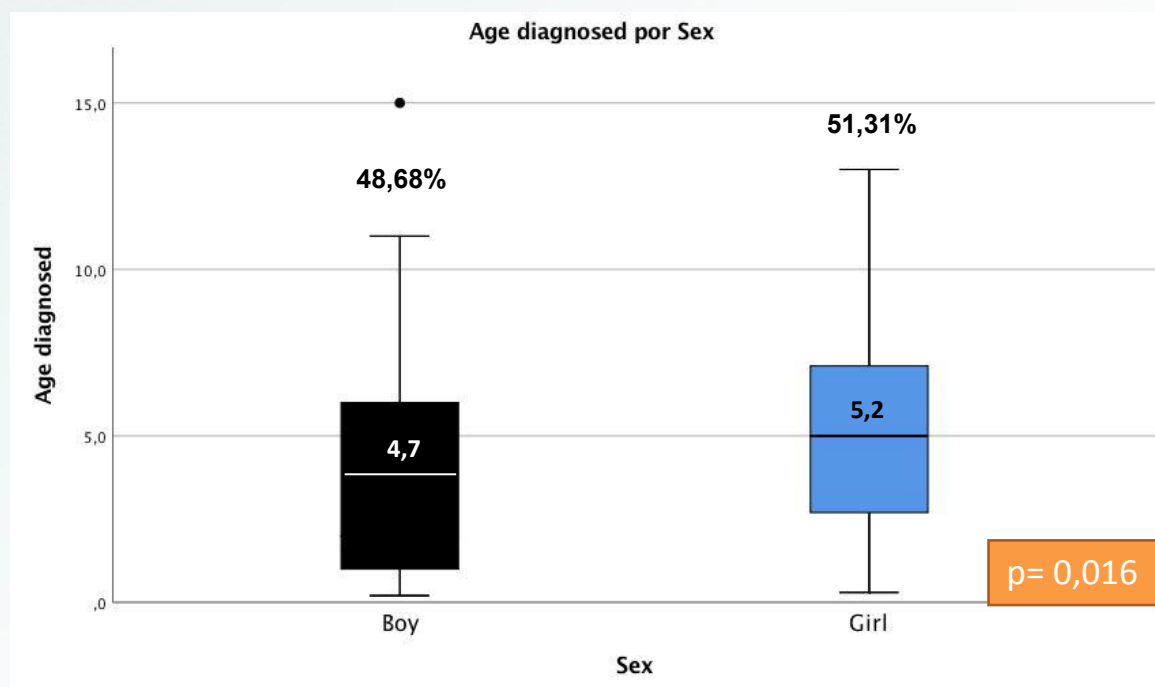
Nuevo evento de ITU



Disfunciones vesicales: hiperactividad del
detrusor o disinergia del detrusor

N= 228

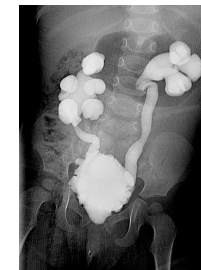
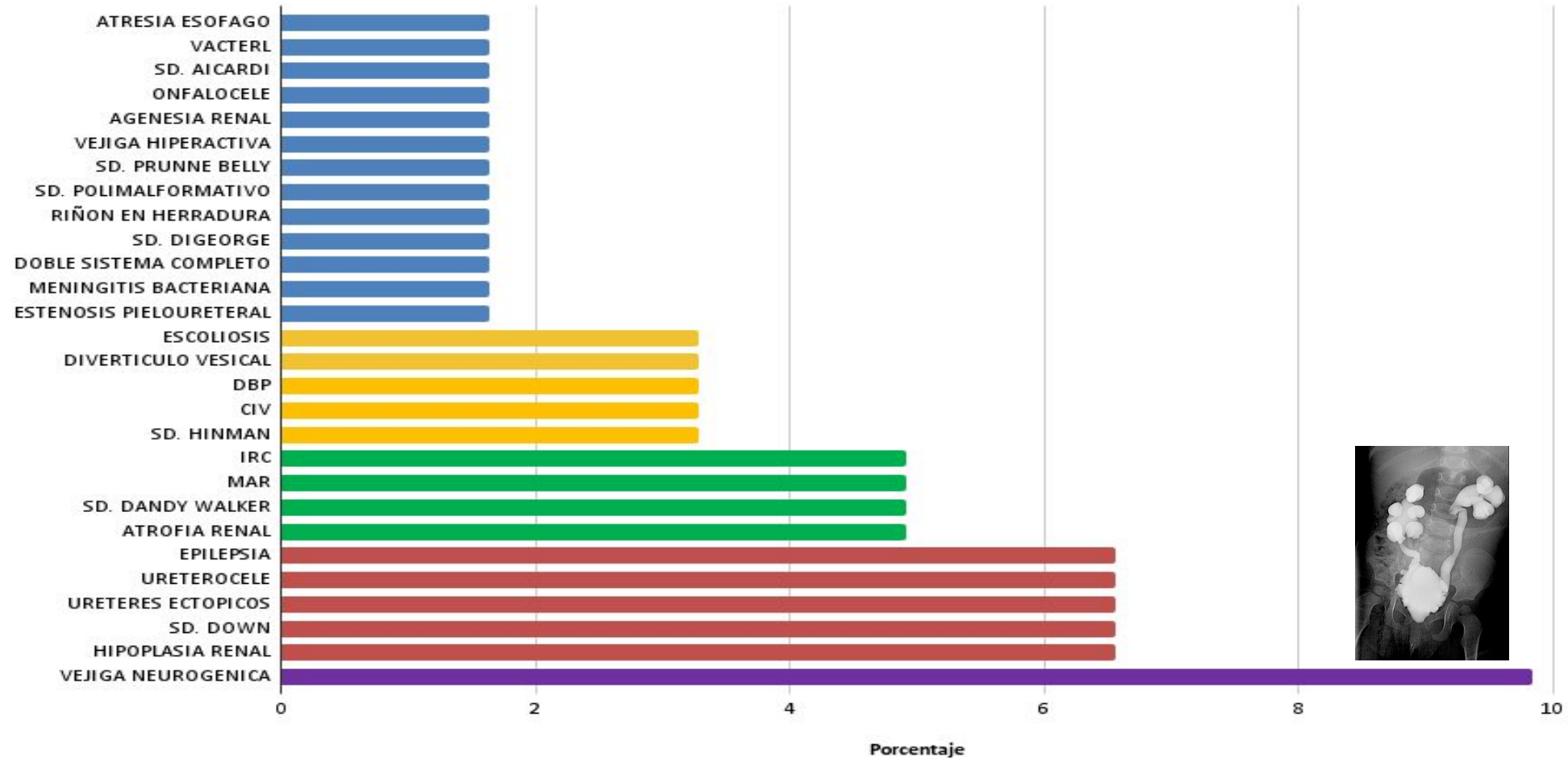
Mediana: 4 [0.3-16] años

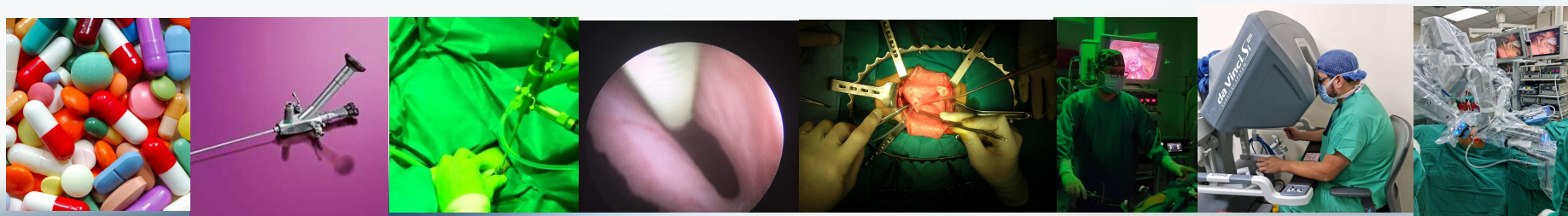
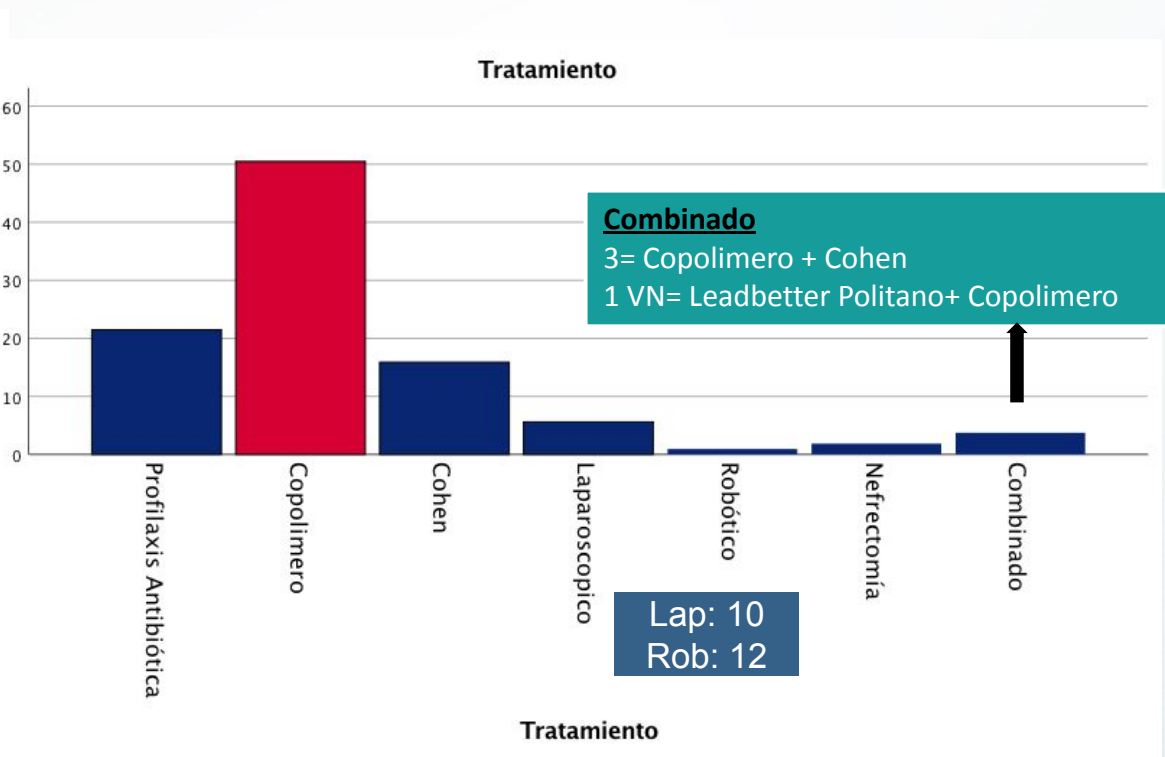
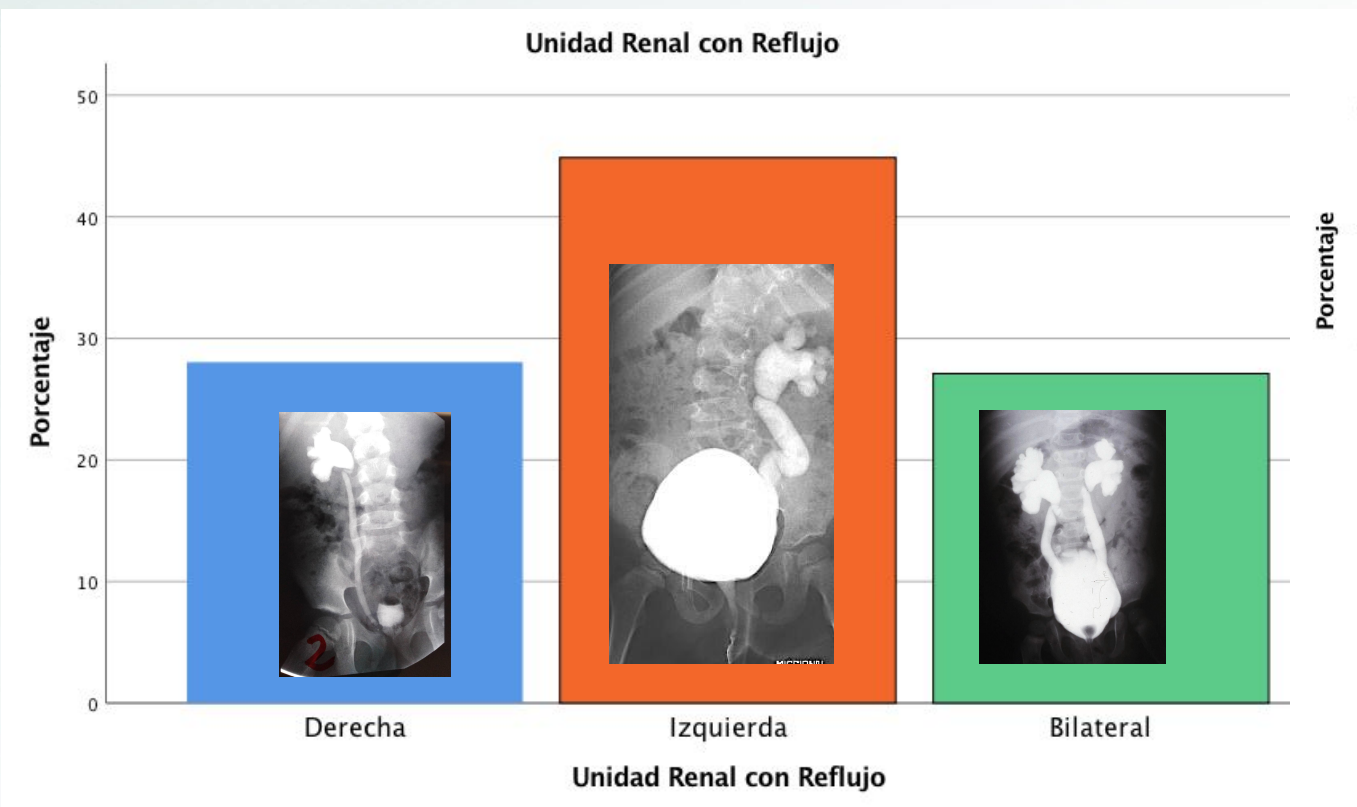


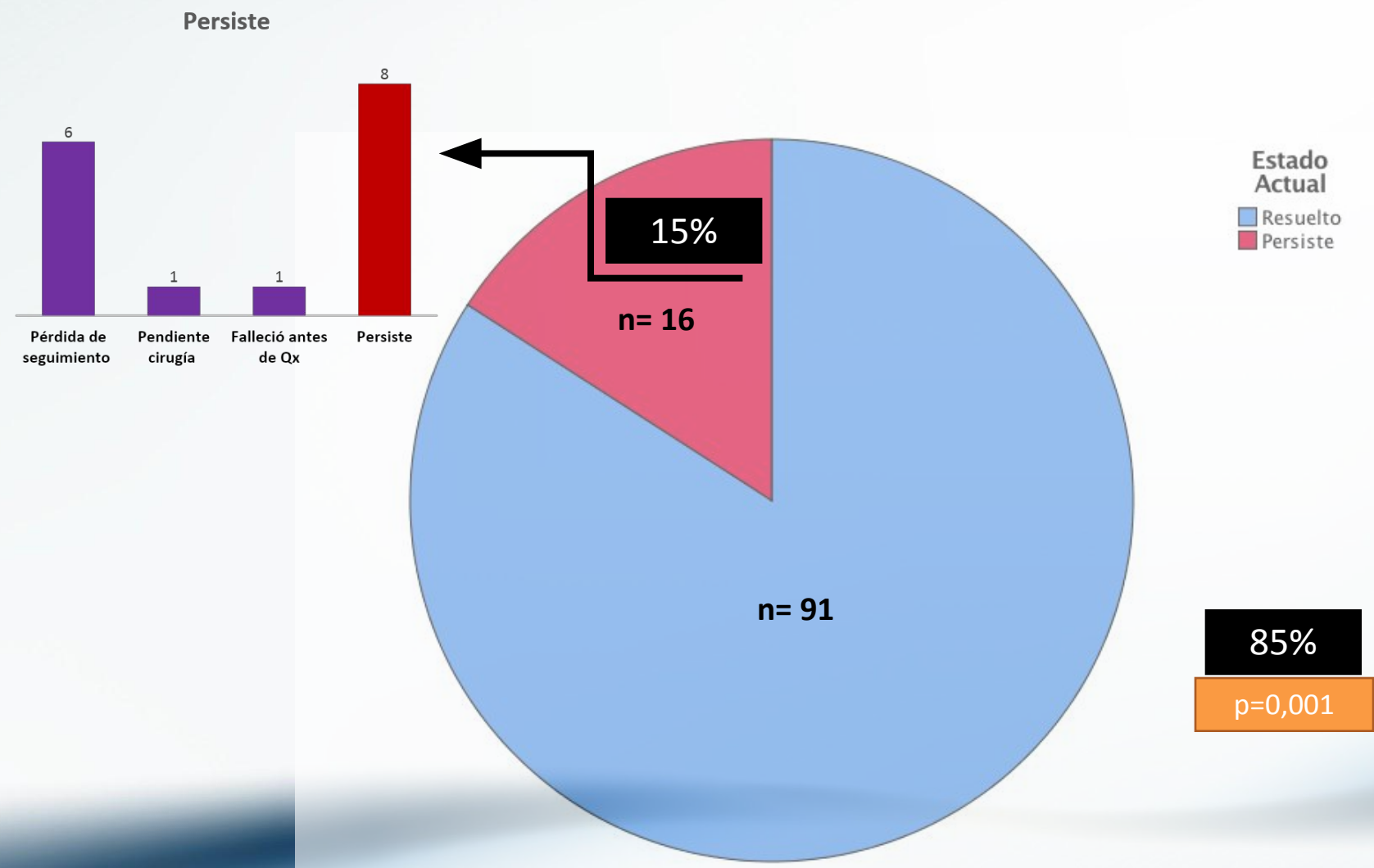


Comorbilidad asociada a RVU

57% comorbilidad









3. Análisis Detallado de los Procedimientos

Característica	Cirugía Abierta	Tratamiento Endoscópico (ET)	Cirugía Laparoscópica
Tasa de Éxito	>95%	70-90% (variable por grado)	Operador- dependiente
Invasividad	Alta	Mínima	Baja-Moderada
Recuperación	Larga (hospitalización)	Rápida (ambulatorio)	Moderada
Complejidad	Estándar	Baja	Alta (curva de aprendizaje)

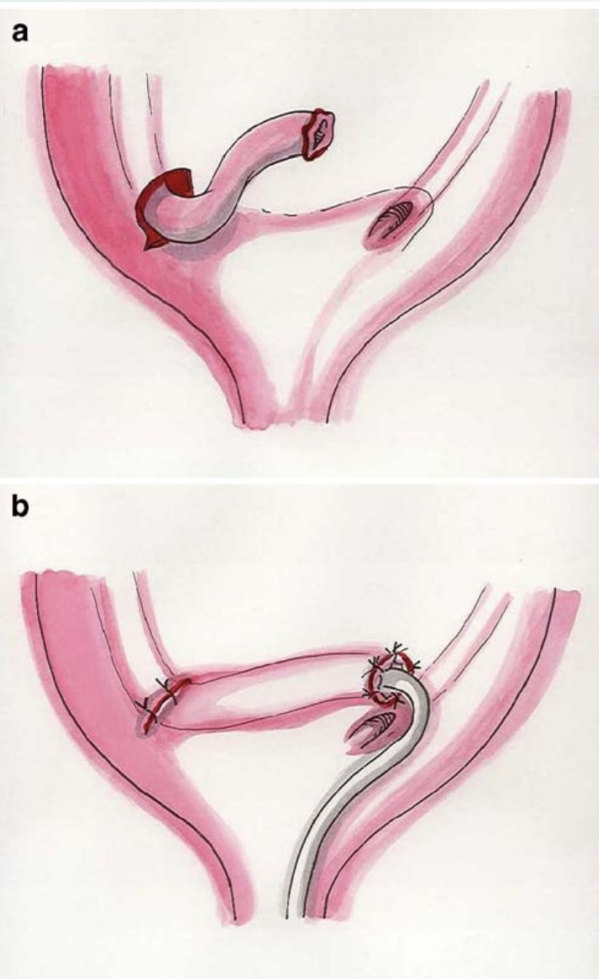


Fig. 1 a) Cohen procedure. The ureter is mobilized intravesically. b) Ureteral orifice at the end of the submucosal tunnel

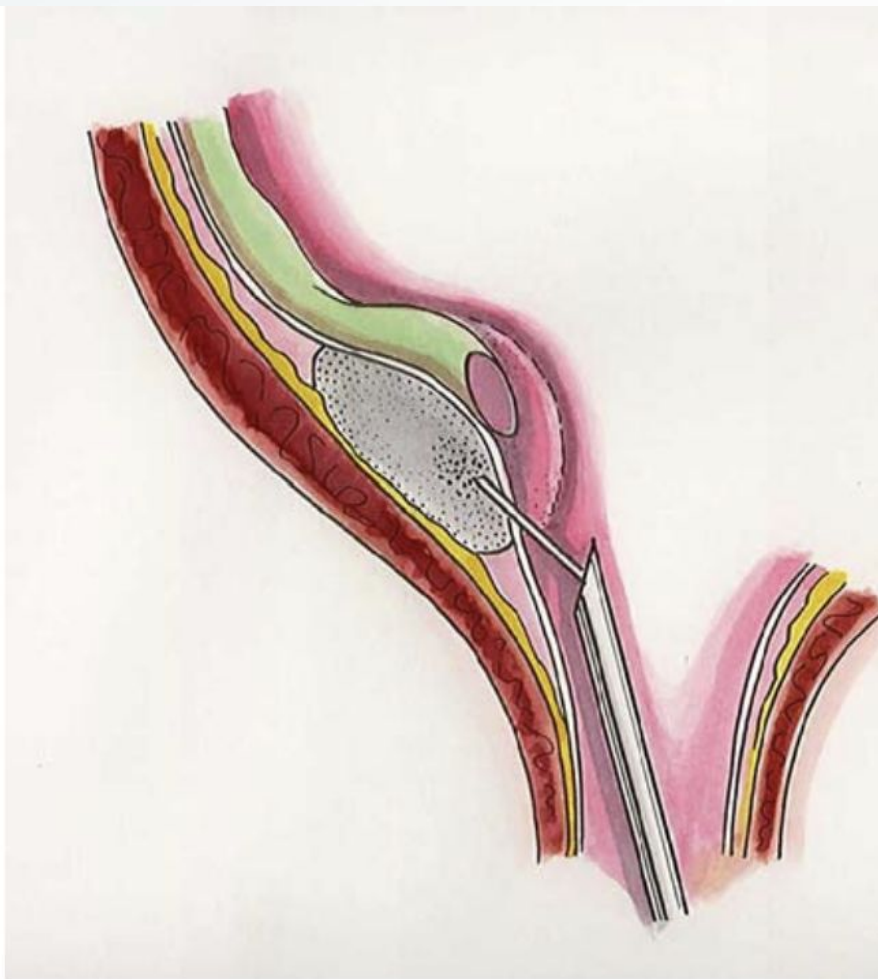


Fig. 2 Endoscopic subureteral injection

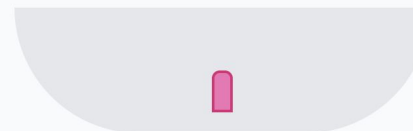
4. Mecanismos de Acción Visualizados

Comprender el principio detrás de cada técnica es fundamental. A continuación se presentan diagramas simplificados que ilustran cómo la cirugía abierta y el tratamiento endoscópico corrigen el reflujo.

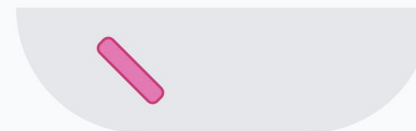
Principio de la Cirugía Abierta/Laparoscópica

El objetivo es alargar el túnel submucoso del uréter, creando un mecanismo de válvula anti-reflujo unidireccional que se comprime cuando la vejiga se llena.

Antes: Túnel Corto



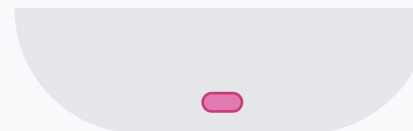
Después: Túnel Alargado



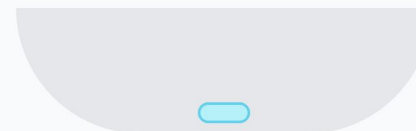
Principio del Tratamiento Endoscópico (ET)

Se inyecta un agente de relleno (bulking agent) debajo del orificio ureteral. Esto crea un "monte" que coapta el orificio y previene el flujo retrógrado de orina.

Antes: Orificio Abierto



Después: Orificio Coaptado





5. Guía para la Decisión Clínica

Criterios de Selección del Tratamiento

1. **Grado de RVU:** El ET es una excelente primera opción para grados bajos (I-III). La cirugía abierta o laparoscópica es preferible para grados altos (IV-V) y casos de fallo del ET.
2. **Anatomía Individual:** Anomalías como uréteres duplicados o divertículos pueden hacer preferible un abordaje abierto.
3. **Experiencia del Cirujano:** La laparoscopia es altamente dependiente de la habilidad del cirujano. En manos expertas, ofrece excelentes resultados con menor morbilidad.
4. **Preferencia Familiar:** Se debe discutir el balance entre la alta eficacia de la cirugía abierta y la mínima invasividad del tratamiento endoscópico.



Reflujo de grado III y de predominio izquierdo.

La punción endoscópica fue el tratamiento de primera línea en los grados II y III, mientras que la cirugía para los grados IV y V.

El promedio de procedimientos fue de 1.

El porcentaje de curación fue del 85%.