

EXTROFIA VESICAL: MANEJO INTERDISCIPLINAR DE UNA PATOLOGÍA COMPLEJA POCO FRECUENTE

A. Llombart¹, P. Deltell², A. Madrigal³, E. Morales⁴, L. Sanguino¹, J. Gonzalvez². Unidad de Neonatología¹, Cirugía Pediátrica², Traumatología³ y Anestesiología⁴. Hospital General Universitario de Alicante

GENERALIDADES:

- Anomalía congénita genito-urinaria y músculo-esquelética
- Incidencia:
 - 1/ 10-50.000 RNV
- Varones/ Mujeres: 2/1
- Predisposición genética:
 - ↑ Riesgo en hijos de padre afecto

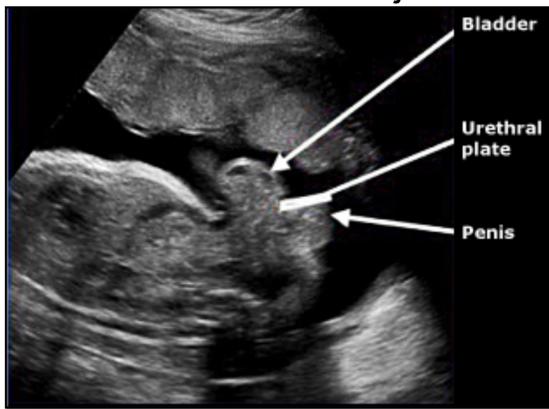
FORMA TÍPICA:

- Implantación baja del ombligo
- +
- Exposición pared de la vejiga
- +
- Epispadias
- +
- Diástasis púbica
- ±
- Ano anterior
- Hernia inguinal
- Criptorquidia



DIAGNÓSTICO:

- Ecografía prenatal:
 - Ausencia de vejiga + masa abdominal baja



- Inspección postnatal

TRATAMIENTO:

INICIAL	QUIRÚRGICO	POSTQUIRÚRGICO
<ul style="list-style-type: none"> • Si diagnóstico prenatal: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Realizar cesárea • Evitar pinzamiento cordón umbilical • Apósito húmedo sobre vejiga • No canalizar vasos umbilicales 	<ul style="list-style-type: none"> • Reparación en 3 tiempos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Cierre vesical primario precoz (RN) + aproximación sínfisis púbica +/- fijadores óseos externos y/o osteotomía ➢ Corrección epispadias (6-12m) ➢ Cierre del cuello vesical (4-5a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización MMII • Antibioterapia • Control analgésico: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Analgesia epidural ➢ Analgesia sistémica ➢ Antiespasmódicos • Nutrición parenteral/ enteral por SOG

PRINCIPALES COMPLICACIONES:

- Dehiscencia de la pared abdominal
- Prolapso vesical
- Reapertura sínfisis púbica
- Infecciones
- Reflujo vesicoureteral
- Abstinencia a opiáceos

PRONÓSTICO:

- El porcentaje de continencia es variable
- Factores de mal pronóstico:
 - Cierre vesical primario diferido
 - Vejiga pequeña o poliposa
 - Prolapso de vejiga tras cierre primario
 - Infecciones urinarias de repetición
- La función sexual y la fertilidad se ven afectadas en muchos pacientes en mayor o menor medida

EXPERIENCIA HGUA 2010-2015

	CASO 1	CASO 2
1r tiempo quirúrgico	Cierre vesical primario precoz + fijadores externos	Cierre vesical primario precoz + fijadores externos
Manejo postquirúrgico:		
Ventilación mecánica	1 día	3 días
Sondajes	Ureterales 14 días / Uretral 38 días	Retirados tras prolapso vesical (15 días)
Fijadores externos	38 días	40 días
Anestesia epidural	35 días (ropivacaína + lidocaína)	30 días (lidocaína)
Anestesia sistémica	Fentanilo 15 días + paracetamol + morfina	Fentanilo 10 días + midazolam + paracetamol + morfina
Complicaciones	Sepsis clínico-analítica	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización fijadores externo • Reapertura sínfisis púbica • Prolapso vesical
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Éxito del primer tiempo quirúrgico • Pendiente del segundo tiempo quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso vesical parcial • Pendiente reintervención del cierre vesical