

# EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE MEGAVEJIGA L.U.T.O.

A PROPÓSITO DE UN CASO.



SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA

XXX

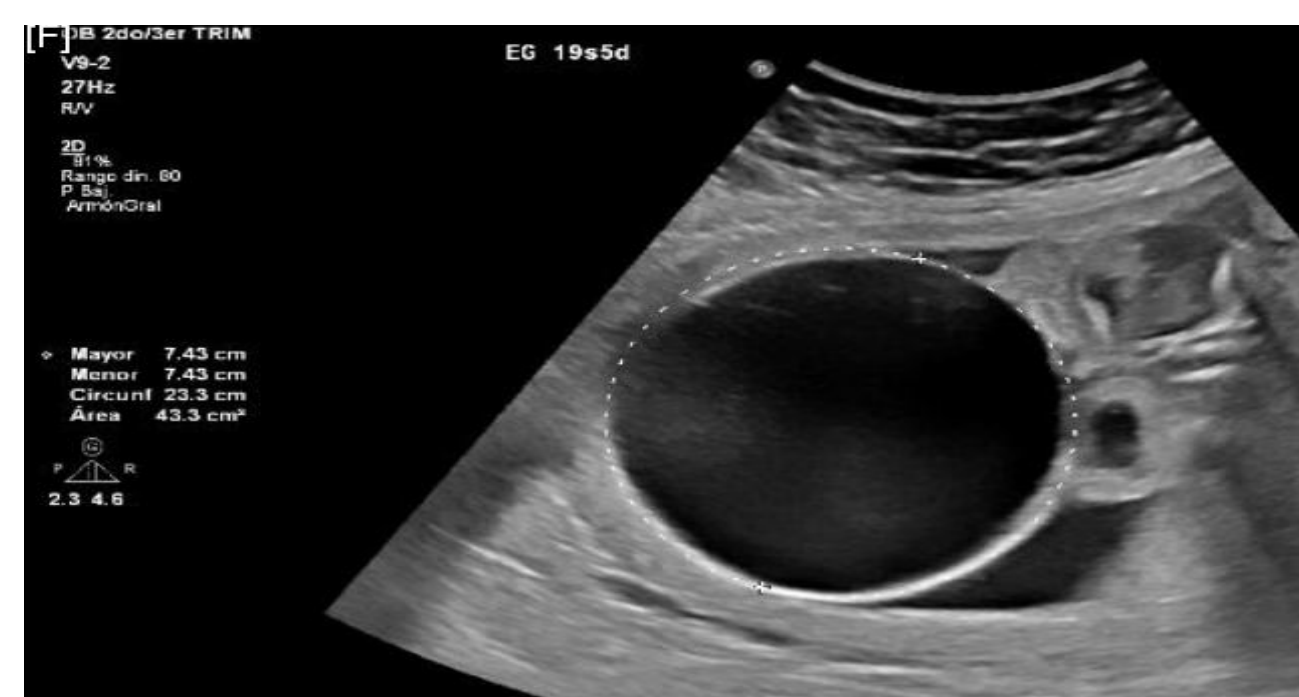
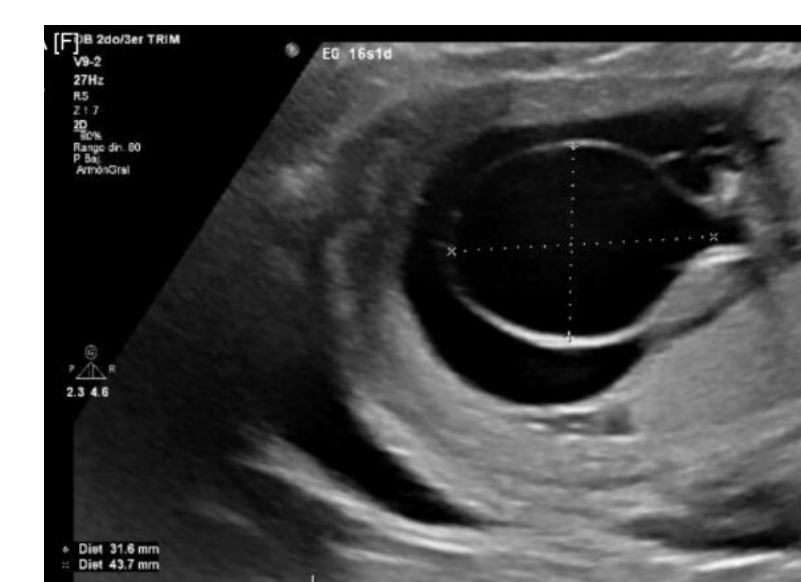
Cartagena, 28 de marzo de 2020

REUNIÓN

AUTORES: . Sandra Jiménez Díaz; María Dolores Madrid Gómez de Mercado; Alicia Martínez-Espejo Cerezo; Ana Martínez Gómez ; María Consuelo Martínez Real; Cristina Moreno Sánchez ; Tomás Luis Sánchez-Bolea Pérez; Shiana Corbalán Biyang. HULAMM.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años, G2P1, sin antecedentes de interés, acude a eco de 1º trimestre en semana 11+6. Durante la exploración se evidencia megavejiga de 7 mm, resto de marcadores ecográficos de cromosomopatía normales, crecimiento acorde a amenorrea y rastreo anatómico precoz normal. Tras informar a la paciente de los hallazgos, se propone prueba invasiva que la paciente rechaza. Se cita en semana 16 evidenciando una evolución muy severa de la megavejiga que ahora mide 45 x 34 mm y presenta el signo “Keyhole”, además de una ureterohidronefrosis grado IV. Se informa de la posibilidad de terapia fetal que la paciente acepta. Tras amniocentesis y resultado 46 XY, array-CGH normal, se deriva a la paciente a la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clinic de Barcelona en semana 20. En ese momento se observa ascitis severa de origen urinoso, hígado y asas intestinales flotando. Vejiga probablemente rota con paredes engrosadas de 6 mm y signo de “Keyhole” marcado indicativo de dilatación uretral anterior. Ureterohidronefrosis severa y riñones de aspecto displásico, con imagen superior sugestiva de gran urinoma. El tórax presenta un diámetro reducido que hace sospechar hipoplasia pulmonar. Resto de anatomía fetal de difícil visualización por anhidramnios y compresión del abdomen fetal. Frecuencia y función cardiaca normales. Con el diagnóstico de displasia renal bilateral de probable origen obstructivo por anomalía urinaria baja (válvulas de uretra posterior vs atresia uretral) y sospecha de fracaso renal y ascitis de origen urinoso severa, se descarta la posibilidad de terapia fetal. La paciente desea continuar la gestación a pesar del pronóstico infausto. En semana 30 la paciente acude a urgencias en periodo activo de parto, naciendo varón en podálica sin esfuerzo respiratorio que fallece en paritorio a los 8 minutos de vida.



## DISCUSIÓN

El hallazgo de una distensión vesica o megavejiga, se logra fácilmente por ecografía, pero es difícil de manejar debido a su variada etiología y evolución incierta. En el primer trimestre, la megavejiga se define como el diámetro A-P de la vejiga  $\geq 7$  mm, y está presente en el 0.06% de las gestaciones. En la semana 11-14 con un diámetro entre 7-15 mm hasta en un 90% de los casos se produce la resolución espontánea<sup>8</sup>. Pasado el primer trimestre su prevalencia no está clara y su definición es ambigua. La causa principal de megavejiga es la obstrucción del tracto urinario inferior conocido como LUTO (lower urinary tract obstruction)<sup>1</sup>. Las dos causas más comunes de LUTO incluyen válvulas uretrales posteriores (PUV) (50-60%) y atresia uretral (20%). En general, la obstrucción en la salida de la vejiga en los varones es causada por PUV. Otras causas menos frecuentes son la distrofia cloacal, el reflujo vesicoureteral, el síndrome de Prune Belly, el síndrome de hipoperistalsis megacistis-microcolon-intestinal, o las trisomías 13, 18 o 21 hasta en un 10% de los casos<sup>3, 5</sup>. La evaluación inicial debe incluir estudio morfológico integral, valoración del líquido amniótico y estudio genético<sup>5,6</sup>. La compresión progresiva del tracto urinario distendido produce hidronefrosis, fallo renal e hipoplasia pulmonar, lo que condiciona la alta mortalidad, cercana al 80%<sup>7</sup>. Las opciones terapéuticas son la conducta expectante con más de un 90% de mortalidad, la ILE o la terapia prenatal mediante shunt vesico-amniótico o cistoscopia láser<sup>8</sup>. El ensayo PLUTO demostró una mejora significativa en la supervivencia de los fetos tratados con derivación vesicoamniótica, pero evidenció una alta tasa de morbilidad entre los supervivientes, independientemente del tratamiento prenatal. Hasta la fecha, si se debe ofrecer tratamiento intrauterino y cuándo se debe ofrecer, sigue siendo un tema de debate, y la selección final de candidatos sigue siendo subóptima<sup>2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fetal megacystis: a lot more than LUTO. Fontanella F, Maggio L, Verheij JBG, Duijn LK, Adama Van Scheltema PN, Cohen-Overbeek TE, Pajkrt E, Bekker M, Willekes C, Bax CJ, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Jun; 53(6):779-787.
2. Prenatal diagnosis of LUTO: improving diagnostic accuracy. Fontanella F, Duijn LK, Adama van Scheltema PN, Cohen-Overbeek TE, Pajkrt E, Bekker M, Willekes C, Bax CJ, Gracchi V, Oepkes D, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Dec; 52(6):739-743. Epub 2018 Nov 9.
3. Fetal Lower Urinary Tract Obstruction (LUTO): a practical review for providers. Haeri S. Matern Health Neonatol Perinatol. 2015; 1:26. Epub 2015 Nov 18.
4. Ruano R. Fetal surgery for severe lower urinary tract obstruction. Prenat Diagn. 2011;31:667-74.
5. Ruano R, Sananes N, Sangi-Hagpeykar H, Hernandez-Ruano S, Moog R, Becmeur F, et al. Fetal intervention for severe lower urinary tract obstruction: a multicenter case-control study comparing fetal cystoscopy with vesicoamniotic shunting. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015;45:452-8.
6. Haeri S, Ruano SH, Farah LM, Jaffe R, Ruano R. Prenatal cytogenetic diagnosis from fetal urine in lower urinary tract obstruction. Congenit Anom. 2013;53:89-91.
7. Outcomes of fetuses with lower urinary tract obstruction treated with vesicoamniotic shunt: a single-institution experience. Journal of pediatric surgery 2013 May. Vol. 48 (5) pp. 956-62
8. Josep Maria Martinez. Patología fetal del Sistema urinario. Curso Online. ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA MATERNOFETAL. Servicio de Medicina Materno-fetal. ICGON. Hospital Clinic.