

Entorno sociocultural del paciente con diagnóstico de disrrafia del tubo neural

Salazar-de Hoyos José Luis, Gutiérrez-García Jesús D, Garza-Cortés Roberto, Ortiz-Lara Gerardo, Gutiérrez-González Adrián, Gómez-Guerra Lauro.

Servicio de Urología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, México

Antecedentes: Los trastornos del desarrollo del tubo neural constituyen la causa más común de disfunción neurogénica en la infancia. Dichos trastornos van desde defectos del tubo neural en el segmento encefálico, incompatibles con la vida extrauterina (anencefalia), pasando por meningocele, mielomeningocele, lipomielomeningocele, hasta la espina bífida oculta. Todos estos trastornos en conjunto se consideran disrrafias del tubo neural (DTN). Entre las mielodisplasias, el mielomeningocele comprende el 90%, y tiene una incidencia de 1 por mil neonatos vivos en EUA.

Cuando nace un niño con DTN, los padres tienen un riesgo de 5% de que otro de sus hijos padezca una malformación similar. Los DTN no sólo ocasionan problemas neurológicos y urológicos, sino también trastornos musculoesqueléticos, ortopédicos (hasta un 40% de los pacientes pueden presentar parálisis flácida o espástica que requerirá de cirugía ortopédica correctiva) y psicoemocionales, tanto al paciente como a su entorno familiar y social. La hidrocefalia constituye una complicación prenatal comúnmente asociada a DTN. Hasta 75% de los pacientes pueden llegar a la edad adulta con tratamiento quirúrgico agresivo. Los pacientes con lesión por arriba de L3 no tendrán la capacidad de caminar; también es frecuente que padezcan incontinencia urinaria y fecal.

Los métodos actuales para el diagnóstico prenatal de DTN sólo son útiles en el segundo y tercer trimestres del embarazo. La ecografía es la técnica de imagen más usada para este propósito por accesible y económica.

Es posible que el nivel de escolaridad de las madres influya en el desarrollo de esta malformación, dada la falta de información y de control prenatal que usualmente se observa en pacientes con baja educación académica.

Se procedió a revisar la información de una serie de pacientes con DTN y su asociación con el nivel de escolaridad de las madres, las condiciones en las que se desarrolló su embarazo y el grado de afección asociada al diagnóstico de vejiga neurogénica. El estudio incluyó a 495 pacientes, se encontró una ligera prevalencia del sexo femenino, 235 fueron masculinos (47.4%) y 260 femeninos (52.5%). El rango de edad de las madres fue de 14 a 44; la mayoría entre 20 y 24 años (30.7%). Un número importante de pacientes (36%) tenían nivel académico de secundaria, 18% de primaria completa, 13% primaria incompleta, 10.5% preparatoria, 10.5% técnico y 9% universitario.

Resultados: El 95% de los embarazos llegó a término. Del total de pacientes 291 (58.7%), sus madres tomaron ácido fólico durante la gestación; 364 (73.6%) cuentan con válvula de derivación ventriculoperitoneal; 87 pacientes (17.6%) sufrieron crisis convulsivas; 340 (68.9%) tienen un grado de incapacidad motriz severa, pues sólo pueden mover las piernas. La gran mayoría llevó control médico prenatal (88.6%), a 286 madres (57.7%) se les realizó ecografía obstétrica, pero sólo a 121 (24.4%) se les diagnosticó DTN; Se les hizo ecografía a 165 pacientes (33.3%), sin que se diagnosticara la patología, de lo que se concluye que la sensibilidad diagnóstica de esta técnica es de 42.3%

Con base en la información obtenida en esta serie de pacientes, los embarazos llegaron a término, la mayoría de las madres se

encontraban en la tercera década de la vida, con grado de educación media. Más de la mitad tomaron ácido fólico y llevaron control prenatal. Se realizó ecografía obstétrica a más de la mitad de las madres pero sólo a una cuarta parte se le diagnosticó el padecimiento.

Conclusión: El nivel de educación es fundamental para entender los cuidados que se deben tener en un embarazo, pero también se refleja la falta orientación y prevención por parte de los profesionales de la salud en lo que respecta a estas patologías

Pacientes con diagnóstico de CaCu y obstrucción ureteral tratadas con nefrostomía

Salazar-de Hoyos José Luis, Gutiérrez-García Jesús D, Garza-Cortés Roberto, Ortiz-Lara Gerardo, Alfredo-Blanco, Gómez-Guerra Lauro, Gutiérrez-González Adrián

Servicio de Urología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, México

La obstrucción ureteral con hidronefrosis y uremia son complicaciones graves del cáncer cervicouterino (CaCu) avanzado. La derivación percutánea puede mejorar la uremia, pero el pronóstico y la evolución de la enfermedad primaria no se modifican, por lo cual la paciente se ve obligada a pasar por todas las complicaciones de un cáncer terminal. La selección de pacientes que habrán de ser sometidos a derivación urológica debe tomar en cuenta factores como el estadio de la enfermedad, la terapéutica antineoplásica ulterior y la calidad de vida.

Objetivo: Analizar de manera retrospectiva casos de pacientes con diagnóstico de CaCu avanzado con uropatía obstructiva, a quienes se hizo derivación con nefrostomía percutánea, las complicaciones derivadas de dicha terapéutica y su impacto en la calidad de vida.

Se estudiaron los casos de 24 pacientes con diagnóstico de CaCu en etapa IIIB o IVB, que fueron atendidas por nuestro servicio de urología entre 2005 y 2010. Las pacientes sufrieron obstrucción ureteral uni o bilateral acompañada de elevación de azoados y síndrome urémico. Se intentó colocar catéter jj sin éxito. Todas fueron sometidas a derivación con nefrostomía percutánea uni o bilateral.

El análisis incluyó variables como ECOG y nivel de creatinina al momento de la derivación. Asimismo la estancia intrahospitalaria después de la derivación, y el intervalo de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de CaCu y la obstrucción ureteral. Se revisó la evolución clínica de las pacientes en cuanto a ECOG y las complicaciones derivadas de la nefrostomía

Resultados: El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 44.5 años; en 13 pacientes se hizo nefrostomía bilateral, 5 en lado derecho y 6 en izquierdo. Doce pacientes estaban en estadio III B, y 12 más en IVB. Cinco se encontraban en ECOG de 0; 15 pacientes con ECOG 1, tres en ECOG 2 y una en ECOG 3, antes de que se manifestara la uropatía obstructiva. El tiempo promedio de aparición de los síntomas, a partir de la fecha de diagnóstico del CaCu, fue de 8.8 meses. Los azoados se elevaron en promedio a 11.5 mg/dl Cr. Después de la colocación de la nefrostomía, la estancia intrahospitalaria en promedio fue siete días, la creatinina promedio a su egreso, de 3.2 mg/dl. Dieciocho de las pacientes derivadas tuvieron alguna complicación con la nefrostomía, cuatro sufrieron protrusión, cuatro obstrucción o se tomaron disfuncionales; 10 desarrollaron IVU. El tiempo promedio de surgimiento de la complicación luego de la nefrostomía fue de 5.3 meses. De las cinco pacientes con ECOG 0, tres pasaron a ECOG 2, en un lapso promedio de 6