

menos 2-3 semanas<sup>3,10</sup>. Así lo instauramos en nuestro caso, mejorando la sintomatología rápidamente. No existe evidencia científica respecto a la retirada o el mantenimiento de la azatioprina, aunque para la mayoría el tratamiento de la infección clínicamente significativa en enfermedades autoinmunes consiste en reducir los corticoides y suprimir los inmunomoduladores<sup>3</sup>.

La infección sistémica por CMV en nuestro caso evolucionó favorablemente solo con terapia antiviral, sin suspender la inmunosupresión, y ello conllevó asimismo la remisión de su CU. Probablemente, las recaídas clínicas de esta enfermedad asociadas a infección o reactivación por CMV puedan precisar solo tratamiento específico con ganciclovir, manteniendo la terapia con azatioprina por sus conocidos efectos sobre la enfermedad de base. Además, aunque se optara por la supresión de la misma, su efecto podría prolongarse durante meses.

## Bibliografía

1. Ardizzone S, Cassinotti A, Manes G, Porro AB. Immunomodulators for all patients with inflammatory bowel disease? *Therap Adv Gastroenterol.* 2010;3:31-42.
2. Etchevers MJ, Aceituno M, Sans M. Are we giving azathioprine too late? The case for early immunomodulation in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2008;14:5512-8.
3. Eisenstein EM, Wolf DG. Cytomegalovirus infection in pediatric rheumatic diseases: A review. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2010;8:17.
4. Suzuki H, Kato J, Kuriyama M, Hiraoka S, Kuwaki K, Yamamoto K. Specific endoscopic features of ulcerative colitis complicated by cytomegalovirus infection. *World J Gastroenterol.* 2010;16:1245-51.
5. Al-Zafiri R, Gologan A, Galiatsatos P, Szilagyi A. Cytomegalovirus complicating inflammatory bowel disease: A 10-year experience in a community-based, university-affiliated hospital. *Gastroenterol Hepatol (NY).* 2012;8:230-9.
6. Kishore J, Ghoshal U, Ghoshal UC, Krishnani N, Kumar S, Singh M, et al. Infection with cytomegalovirus in patients with inflammatory bowel disease: Prevalence, clinical significance and outcome. *J Med Microbiol.* 2004;53 Pt 11:1155-60.
7. Loftus Jr EV, Alexander GL, Carpenter HA. Cytomegalovirus as an exacerbating factor in ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol.* 1994;19:306-9.
8. Criscuoli V, Casà A, Orlando A, Pecoraro G, Oliva L, Traina M, et al. Severe acute colitis associated with CMV: A prevalence study. *Dig Liver Dis.* 2004;36:818-20.
9. Criscuoli V, Rizzuto MR, Montalbano L, Gallo E, Cottone M. Natural history of cytomegalovirus infection in a series of patients diagnosed with moderate-severe ulcerative colitis. *World J Gastroenterol.* 2011;17:633-8.
10. Papadakis KA, Tung JK, Binder SW, Kam LY, Abreu MT, Targan SR, et al. Outcome of cytomegalovirus infections in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:2137-42.

J.M. Marugán de Miguelsanz<sup>a,\*</sup>, S. Abad Arevalillo<sup>a</sup>, P. Redondo del Río<sup>b</sup> y M. Marcos Temprano<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina de Valladolid, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jmmarugan@telefonica.net](mailto:jmmarugan@telefonica.net), [jmarugan@ped.uva.es](mailto:jmarugan@ped.uva.es) (J.M. Marugán de Miguelsanz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.014>

## Válvulas de uretra anterior en la fosa navicular: una rara causa de insuficiencia renal

### Anterior urethral valves in the navicular fossa. A rare cause of renal failure

Sr. Editor:

Las válvulas de uretra anterior son una causa infrecuente de obstrucción uretral en niños pero que pueden causar importante afectación de toda la vía urinaria e incluso ocasionar insuficiencia renal. Han sido descritas en cualquier zona anatómica de la uretra anterior, siendo excepcionales en la fosa navicular. Las manifestaciones clínicas que producen son variables<sup>1,2</sup>, dependiendo de la edad del niño y de la obstrucción que ocasionan, habiéndose descrito casos de afectación prenatal<sup>3</sup>. La afectación secundaria de la vía urinaria superior puede mostrar en las pruebas de imagen dilataciones urinarias uni o bilaterales y reflujo vesico-ureteral. La vejiga suele ser trabeculada y presentar múltiples divertículos secundarios a la presión ejercida por el detrusor. En su presentación, las válvulas de uretra

anterior pueden acompañarse de insuficiencia renal en mayor o menor grado. Presentamos un paciente afectado de válvulas de uretra anterior localizadas en la fosa navicular e insuficiencia renal secundaria a esta rara malformación.

Preescolar de 3 años y 6 meses de edad, sin antecedentes de interés, remitido por su pediatra por presentar dificultad en el inicio de la micción, con chorro fino e incontinencia miccional desde retirada del pañal 6 meses antes. La exploración física es normal. Se realiza una ecografía renal donde se objetiva ureterohidronefrosis bilateral grado IV/IV y pared vesical trabeculada con divertículos vesicales (fig. 1a-c), decidiéndose ingreso. En la analítica se objetiva urea de 56 mg/dL y creatinina de 0,8 mg/dL, con un filtrado glomerular (FG) corregido por talla de 67 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. La inspección minuciosa del meato uretral revela severa meatoestenosis que impide sondaje urinario, por lo que se indica una meatotomía dorsal con dilatación progresiva hasta conseguir el paso de una sonda de 8 Ch Fr. A las 24 h de la corrección quirúrgica se objetiva un descenso de los niveles de creatinina a 0,6 mg/dL (FG corregido por talla de 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Dos semanas después, se realiza una cistouretrografía miccional seriada, en la que se aprecia vejiga dilatada con múltiples divertículos sin reflujo vesico-ureteral asociado. Al mes de la cirugía se realiza

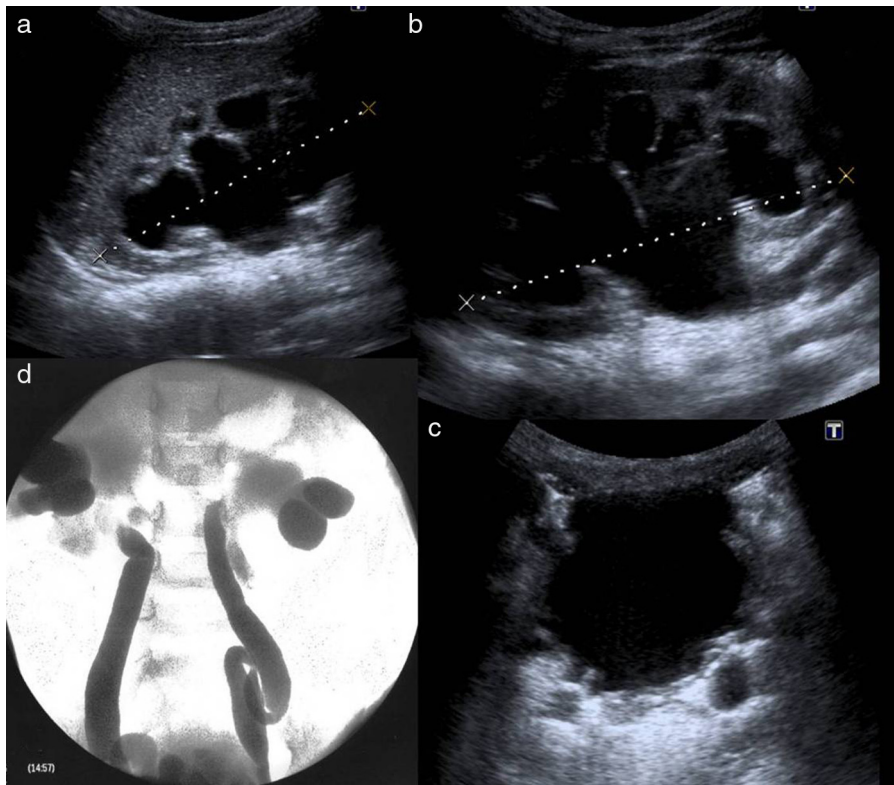


Figura 1 a y b) Ureterohidronefrosis grado iv bilateral. c) Vejiga trabeculada con divertículos. Dilatación ureteral. d) Pielografía retrógrada que muestra ureterohidronefrosis bilateral.

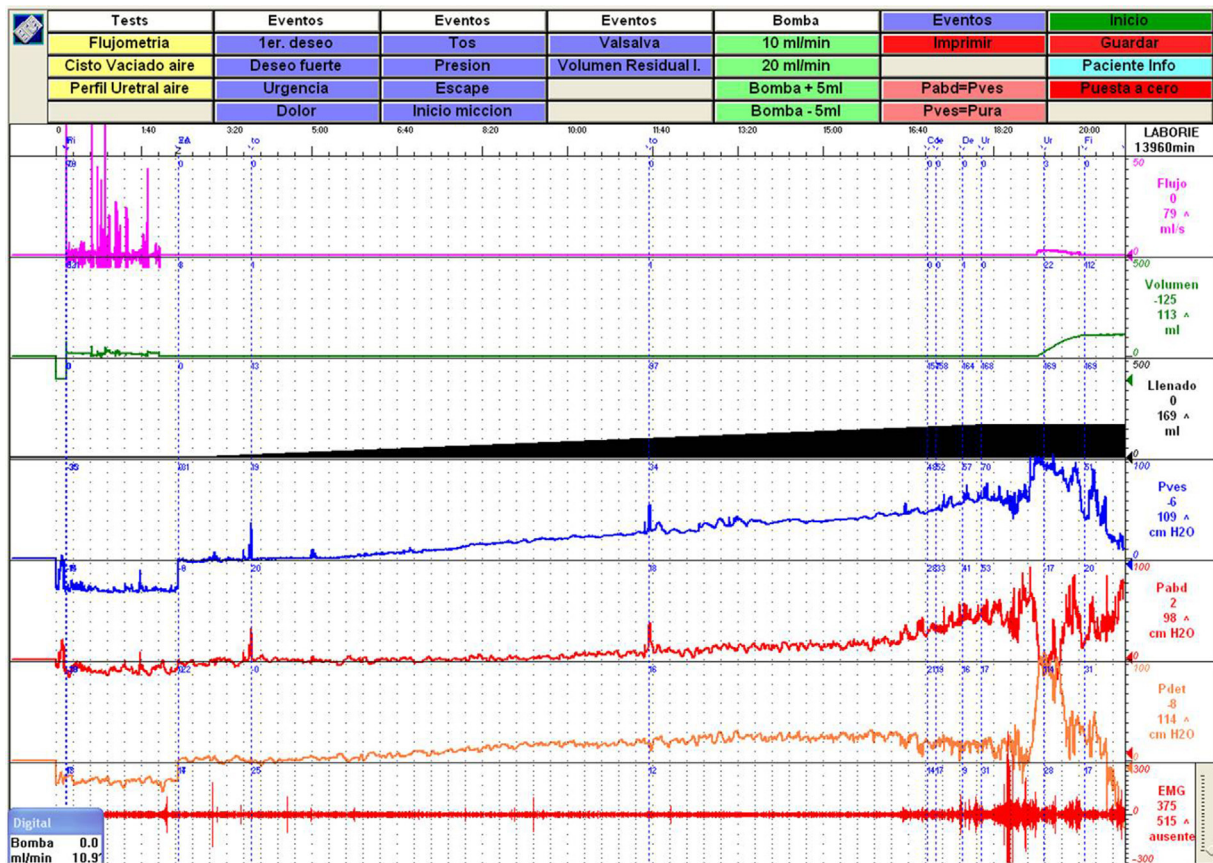


Figura 2 En la cistomanometría de llenado destaca la presencia de disinergia vesico-esfinteriana al inicio de la micción.

una ecografía renal que no presenta cambios significativos y una gammagrafía renal DMSA que pone de manifiesto cicatrices parenquimatosas en ambos riñones (función renal diferencial: riñón derecho 37,33%; riñón izquierdo 62,67%).

En los controles clínicos posteriores persiste chorro miccional fino y se constata empeoramiento de la función renal (FG: 76,2 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), por lo que a los 3 meses de la intervención se decide la realización de una cistoscopia, que evidencia válvula uretral distal en porción dorsal de la fosa navicular, que se secciona con cuchillito frío. El resto de la uretra de aspecto normal, vejiga trabeculada con múltiples pseudodivertículos y meatos ureterales ortotópicos. Se realiza una pielografía retrógrada, constatándose ureterohidronefrosis bilateral (fig. 1d) con buen paso de contraste a vejiga. En el mismo acto quirúrgico se realiza dilatación meatal hasta conseguir el paso de una sonda de 14 Ch Fr.

La evolución posterior ha sido favorable, con mejoría progresiva de la función renal (FG: 80 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en la última función renal a los 5 años de edad). Respecto al hábito miccional, aún presentando un chorro miccional de calibre y fuerza normal, mantuvo polaquiuria con incontinencia miccional diurna y nocturna hasta los 5 años de edad, momento en el que alcanzó la continencia. A los 5 años y medio de edad se realiza urodinamia (fig. 2), donde se objetiva una vejiga de capacidad adecuada y compliance levemente disminuida. Se observa disinerxia vesico-esfinteriana al inicio de la micción. Presenta curva de flujo algo aplanada, con volumen miccional de 200 ml y flujo máximo dentro de rango con vaciamiento vesical completo. Se indica tratamiento con doxazosina (0,5 mg/día) para disminuir la resistencia cervico-uretral.

Las válvulas de uretra anterior representan una causa infrecuente de insuficiencia renal en el niño, cuyo origen embriológico es desconocido<sup>4</sup>; sin embargo, siempre deben sospecharse ante la existencia de una obstrucción uretral distal con presencia de un meato uretral normal en el examen cistoscópico. La excepcional localización de las válvulas en la fosa navicular puede confundirnos en el diagnóstico con una estenosis del meato urinario, como en el caso de nuestro paciente, que se descartará en el examen cistoscópico ante la presencia de un meato normal y la existencia

de tejido membranoso entre el punto de obstrucción y la punta del glande<sup>4</sup>. El manejo terapéutico en estos pacientes será diferente según la edad al diagnóstico, el grado de obstrucción, el tamaño uretral y la localización de las válvulas<sup>5,6</sup>. Un alto índice de sospecha y un tratamiento adecuado precoz pueden impedir la aparición de un daño renal secundario.

## Bibliografía

1. Piró C, Martín JA, De Diego M, Chicaiza E, Gosálbez R. Válvulas de uretra anterior. *Cir Pediatr.* 1998;11:64–6.
2. Firlit RS, King LR, Firlit CF. Obstructive anterior urethral valves in boys. *J Urol.* 1978;119:819–21.
3. Arena S, Romeo C, Astra Borruto F, Racchiusa S, Di Benedetto V, Arena F. Anterior urethral valves in children: an uncommon multipathogenic cause of obstructive uropathy. *Pediatr Surg Int.* 2009;25:613–6.
4. Scherz HC, Kaplan GW, Packer MG. Anterior urethral valves in the fossa navicularis in children. *J Urol.* 1987;138:1211–3.
5. Van Savage FG, Khoury AE, McLoire GA, Bägli DJ. An algorithm for the management of anterior urethral valves. *J Urol.* 1997;158:1030–2.
6. Kibar Y, Coban H, Irkilata HC, Erdemir F, Seckin Y, Dayanc M. Anterior urethral valves: An uncommon cause of obstructive uropathy in children. *J Pediatr Urol.* 2007;3:350–3.

M.S. Hoyos Vázquez<sup>a,\*</sup>, A. Vidal Company<sup>a</sup>,  
M.S. Fernández Córdoba<sup>b</sup>, J. González Piñera<sup>b</sup>  
y S. García Castillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mshoyos@sescam.jccm.es  
(M.S. Hoyos Vázquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.020>

## Tratamiento precoz con sistema de recirculación con adsorbentes moleculares (MARS) en dos intoxicaciones graves por setas

### Early molecular adsorbent recirculating system (MARS) treatment in two severe mushroom poisonings

Sr. Editor:

La intoxicación por setas citotóxicas (*Amanita phalloides* y especies relacionadas) se asocia a una importante morbilidad y elevada mortalidad (superior al 50% en niños). La principal causa de esta intoxicación son las amanitoxinas, cuyo

órgano diana es el hígado, produciendo degeneración grasa y necrosis centrolobulillar<sup>1–3</sup>. La clínica inicial es inespecífica y puede confundirse con la de una gastroenteritis aguda: náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. En pocas horas puede evolucionar hacia fallo hepático y renal. Con el tratamiento convencional, la intoxicación por *Amanita phalloides* conlleva un importante riesgo de muerte y algunos pacientes precisan un trasplante hepático. Las medidas terapéuticas comprenden la hemoperfusión con carbón activado, silibina, dosis altas de penicilina G, carbón por vía oral, etc.; sin embargo, con frecuencia fracasan, siendo el trasplante hepático la única opción. La plasmaféresis y la hemodiálisis más allá de las 24 h postingesta han mostrado escasa utilidad en la eliminación de la amanitoxina.

Presentamos los casos de un niño de 10 años y una niña de 14 años, hermanos, previamente sanos, que acuden a su