

"ASPECTOS GENETICOS, MEDICOS Y QUIRURGICOS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO VESICO-RENAL EN EL NIÑO"

Coordinador: Dr. José Grumberg, Relatores: Dra. Esquivel, Dr. Guillermo Gazzara, Dr. Alejandro Nogueira, Dr. J. Pereyra Bonasso, Dr. L. Bonavita, Dr. Roberto Quadrelli

Sr. Coordinador (Dr. José Grumberg): En primer lugar, un agradecimiento a la Sociedad Uruguaya de Urología, a la Sociedad Argentina de Urología, a los urólogos argentinos y entidades científicas que han tenido la deferencia de concedernos el honor de acompañar a un grupo de pediatras y a un genetista a este Congreso de Urología.

Nuestras felicitaciones, no por la elección que puede significar la presencia de nosotros como personas, sino como representante de médicos generales, de pediatras que, actuando en una integración real, en una coordinación de esfuerzos, puedan lograr los mejores resultados de las disciplinas, en beneficio del crecimiento y desarrollo del niño y de su bienestar, contribuyendo a una acción de asistencia total sin una visión fragmentaria del problema que permite en último análisis los mejores resultados.

La importancia del reflujo vésicoureteral no merece ser destacada en esta reunión, dado que es obvio, la incidencia y prevalencia muy elevada, la elevada morbilidad y mortalidad en los casos de uremia debidos al reflujo vésicoureteral, los recursos terapéuticos, médicos y quirúrgicos que permiten mejorar la calidad de vida de los enfermos, disminuir la morbilidad y prevenir la uremia.

Desde que el reflujo vésicoureteral ha invadido desde el año 1965 nuestra experiencia, casi tenemos una nueva manera de ver la nefrourología pediátrica, ha sido y probablemente, aun cuando no la tenemos cuantificada, la enfermedad de incidencia mayor que tenemos en una asistencia nefrourológica combinada pediátrica, mayor que la de las nefrosis y mayor que la de las glomerulopatías complejas.

Hay muchos aspectos a dilucidar aun con respecto al reflujo vésicoureteral, la oportunidad e indicación del tratamiento médico y quirúrgico, la evaluación de ambos procedimientos, sus repercusiones sobre el crecimiento y el daño renal.

Es ese reflujo vésicoureteral estéril patogénico para el riñón o es imprescindible la infección, es siempre congénito o puede ser adquirido, pero hay aspectos definitivamente aclarados.

El beneficio del tratamiento depende de la precocidad con que se instituye y esto, obviamente, depende de la precocidad del diagnóstico. El recién nacido y el lactante es un período decisivo para instituir un tratamiento con las mayores probabilidades de éxito. La enfermedad es, entonces, dependiente de la acción pediátrica a nivel de atención médica primaria, será el pediatra general que deberá seleccionar la población portadora de reflujo.

Recién entonces los nefrólogos y urólogos podrán poner en marcha los beneficios del tratamiento, podrá ser el mejor cirujano en su retraso diagnóstico de cinco o más años, actuando sobre riñones con profundas y definitivas alteraciones estructurales y/o funcionales.

Esta mesa, que está integrada por pediatras, nefrólogos, genetistas y urólogos, pondrá énfasis sobre el diagnóstico precoz, las causas de retardo diagnóstico, el impacto de los conocimientos adquiridos sobre la herencia y genética del reflujo vésicoureteral, sobre la práctica pediátrica.

Los datos que se aportan son sobre 18 años de experiencia ininterrumpida en la práctica nefrourológica. Es un estudio retrospectivo con todas las carencias y defectos de estos estudios. Sin embargo, el análisis de los errores y omisiones que cometimos y de los aciertos recientes, aportan elementos prácticos que permitirán mejorar el enfoque del reflujo vésicoureteral en nuestras latitudes y mejorar las expectativas de vida y bienestar de nuestros niños.

Diapositiva: En los 18 años de experiencia en un análisis de los casos con insuficiencia renal crónica y uremia y fallecimiento por esta causa, el reflujo vésicoureteral es, al igual que la hialinosis diabeta y focal, la primera causa de uremia, y esto, generalmente, está subvaluado dado que tenemos un grupo de enfermos en el cual los datos operatorios o radiológicos no son suficientes para confirmar, aunque es muy presuntivo que esto se trate de reflujo vésicoureteral. Dada su frecuencia y por otra parte, la espectacularidad de las posibilidades de mejorar la evolución y revertir el proceso hacia la uremia, se destaca la enorme importancia que tiene esta causa como uno de los elementos más importantes de que se dispone actualmente como medida de prevención de la insuficiencia renal crónica.

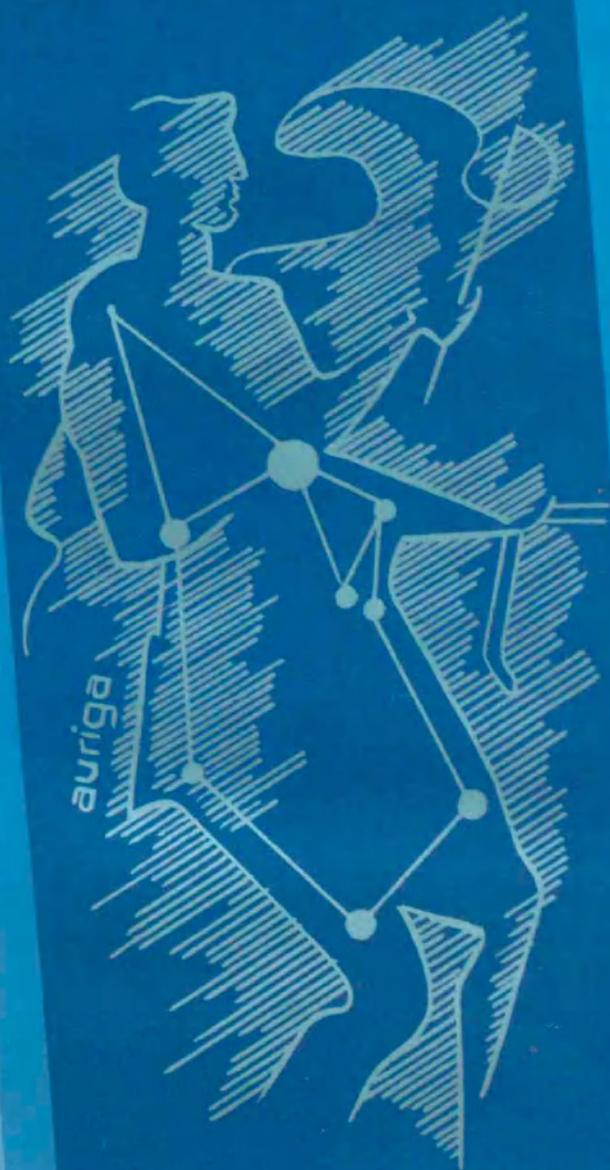
Diapositiva: hasta 1972, ésta era una enfermedad desconocida, prácticamente estaba sepultada en nuestra experiencia, pasaban años sin que viéramos un solo caso. Sólo casos extremos, extraordinariamente obvios, eran vistos, pero a partir de 1975, la incidencia de esta enfermedad empieza a aumentar y, como dijimos, es una de las entidades de incidencia mayor que tenemos en nuestra práctica nefrourológica.

Diapositiva: 0,83 casos por año fueron vistos en el período 1973-74, mientras que en los períodos 1975-77 y 1977-81, en un solo mes se veía más que en un año del período anterior: 12 casos por año y 12,9 casos por año en el período. ¿Dónde estaba esta enfermedad en este período?

Diapositiva: Estaba sepultada bajo determinados conceptos y procedimientos. En primer lugar, bajo el rótulo de enfermedad del cuello vesical, se escondía un número muy importante de reflujo vésicoureterales, la pielonefritis crónica atrófica como una entidad médica que hoy se puede aceptar que es prácticamente inexistente y que siempre necesita una predisposición estructural o funcional era otra causa bajo la cual se escondía esta enfermedad.

Las limitaciones de la urografía descriptiva, exclusivamente después de reiteradas infecciones urinarias, el examen de estudios cistoscópicos ante radiografías aparentemente normales, el tratamiento de las fiebres como una de las prácticas más perniciosas en la pediatría contemporánea con antimicrobianos, sin estudios bacteriológicos, sin diagnóstico de enfermedad y la frecuente falta de síntomas referidos al aparato urinario que tienen los niños.

A través de todos estos elementos, abatiendo los errores del pasado, los conceptos equivocados, las entidades que no existían y que habían tomado jerarquía y procedimientos de recolección, conservación y transporte de la orina empieza a emerger el reflujo vésicoureteral con la impor-



'Rohypnol'[®]

La más moderna constelación en el universo de los hipnóticos

Comprimidos birranurados con 2 mg
caja con 10 y 30

Ampollas (1 ml) con 2 mg
caja con 6



REDOXON-A-Gotas

XX = 200 mg vit. C + 2.000 U.I. vit. A

ROCHE



eficacia estable
vitamina C + vitamina A
acción antiinfecciosa + acción antiinfecciosa

tancia y la incidencia que tienen en la actualidad.

Particularmente, y ya nos adelantamos, que la confirmación de una infección urinaria en nuestra práctica, la primera infección urinaria en nuestra práctica, la primera infección urinaria, a toda edad y en ambos sexos obliga, y es sistemático, el estudio urográfico y cistográfico.

Diapositiva: Traje algunos ejemplos sobre nuestros errores del pasado. En esta niña, a quien no detectamos a los 8 años reflujo vésicoureteral pero sí antecedentes de pielonefritis y gruesas alteraciones pielo-caliceales, nos consulta su hermana que desde el primer mes de vida tiene infecciones del aparato urinario. Recién a los 16 meses se le realiza un estudio urográfico que, de acuerdo a urólogos y radiólogos en el año 1975 no necesitaba ningun otro tipo de estudio. Estábamos omitiendo que su hermana tenía antecedentes genéticos de precioso valor orientador que podían habernos indicado que esta niña tenía alta probabilidad de ser portadora de reflujo. Sin embargo, en 1977, ya con nuevos conceptos, volvemos a hacer un estudio radiológico, ya las alteraciones urográficas son más marcadas y acá, aunque podía no haberse jerarquizado estas alteraciones, que sí las tenía, el estudio cistográfico es obligatorio y se le encuentra un reflujo vésico ureteral grave.

Este paciente es una demostración de todos los errores que se cometían en esa época. Primero, no valoración del antecedente genético. Segundo, no realización de la urografía ante las infecciones del aparato urinario durante más de un año. Tercero, ante una urografía aparentemente normal, la omisión de estudio cistográfico.

Diapositiva: Pero la docencia no ha sido captada entre los pediatras y ésta es una observación del mes pasado en la cual una niña, después de 10 años de infecciones urinarias reiteradas, tratada con antimicrobianos, recién se pone atención en su aparato urinario encontrándose riñones atróficos con gruesas alteraciones de los cálices y un reflujo vésico ureteral muy grave.

Diapositiva: ¿Cuál es la incidencia del reflujo vésico ureteral en nuestras latitudes en los niños portadores de infección urinaria? Una de las maneras de llegar al diagnóstico es la infección del aparato urinario enfocado con un criterio moderno.

Las infecciones urinarias confirmadas, el 28,4% de toda la población —y no se realizó cistografía en todos los casos— permite afirmar que casi el 30% tiene reflujo vésicoureteral, pero uniendo las probables, las de alta y baja probabilidad, es el 3,5%.

Es decir, que esta población es la más susceptible al reflujo vésicoureteral. La diferencia entre ambos es estadísticamente significativa. Pero en aquellos que se seleccionaron para hacer estudios cistográficos y que hubo posibilidad de hacerlos, el 41,6% eran portadores de reflujo vésicoureteral y el 20,5% de las probables, pero en las cuales la probabilidad era de alta probabilidad y se había seleccionado, el 20% y la diferencia entre ambos, en esta situación de infecciones urinarias, probables y confirmadas, no es estadísticamente significativa.

Diapositiva: El énfasis debe ponerse fundamentalmente en una enfermería adecuada que permita hacer la recolección, conservación y traslado de la orina para seleccionar la población en alto riesgo.

La prioridad es esa. Lo secundario, lo vicioso de todo el procedimiento es realizar tratamientos antimicrobianos que borren las posibilidades de diagnóstico de infección urinaria y de seleccionar y captar la población con posibilidad y riesgo de tener esa alteración.

Diapositiva: Este es un elemento muy interesante. Tanto en la práctica privada o en la enfermería con bacteriólogos y con población totalmente distinta a la hospitalaria, en condiciones socioeconómicas mucho mejores, la incidencia de reflujo en la población con infección urinaria confirmada no es estadísticamente significativa, pero sí lo son las condiciones sociales y los hábitos higiénicos,

tales como podría ser la higiene del periné y los hábitos miccionales.

Dra. Esquivel: La detección precoz del reflujo vésicoureteral constituye una de las medidas más eficaces para prevenir la uremia.

Dicho diagnóstico precoz se ve frecuentemente dificultado en la práctica clínica por la falta de especificidad de los síntomas y signos con los que suele expresarse la infección urinaria en el lactante pequeño.

En nuestro medio, en el que se ha realizado en los últimos años un alerta sobre la importancia del reflujo vésicoureteral y su diagnóstico precoz no hemos logrado abatir con el correr de los años la edad promedio en la que se realizó el diagnóstico.

Está alrededor de los tres años en los períodos 1973-1974-1975-77 y en el último período.

Diapositiva: El número de casos diagnosticados en los últimos años es mucho mayor y aquí comprobamos que el equipo uronefrológico es de muy poca importancia para abatir la edad del diagnóstico del reflujo vésicoureteral, ya que el diagnóstico se realiza generalmente en un período muy corto. Lo que sí importa es la demora en llegar al diagnóstico de las infecciones urinarias.

En 96 niños, en los que conocemos de comienzo de la enfermedad, en los niños mayores de 2 años los síntomas fueron muy sugestivos de enfermedad del aparato urinario. En cambio, en los niños menores de 2 años, o sea en los lactantes, los síntomas se caracterizaron por su falta total de especificidad.

El síntoma, más constantemente hallado, fue la fiebre. Le siguen en orden de frecuencia los síntomas digestivos (diarrea y vómito) y las perturbaciones del desarrollo ponderal.

La fiebre, como síntoma exclusivo, estuvo presente en uno de cada cinco menores de dos años de edad portadores de reflujo vésicoureterales.

En los niños mayores de 2 años, disminuye ese porcentaje, pero de todos modos ello nos habla de la importancia que tiene evitar el uso de antimicrobianos en forma indiscriminada, ante cualquier cuadro infeccioso, con lo que se pierde una oportunidad preciosa para realizar el diagnóstico de una enfermedad importante, cuya evolución puede ser desfavorable cuanto más se demore en llegar al diagnóstico.

La fiebre como síntoma exclusivo de la enfermedad en los menores de 2 años de edad es mucho más importante que en los mayores de 2 años.

Los síntomas cistícticos son significativamente más frecuentes en los niños mayores de 2 años. En cambio, los síntomas digestivos suelen ser muy frecuentes en el lactante.

Diapositiva: En una estadística de 91 niños, en más del 40% de los casos, esos síntomas se hicieron aparentes en el tercer año de vida y, a veces, después, lo que demuestra la importancia de buscar elementos que nos orienten al diagnóstico precoz del reflujo vésicoureteral, sin esperar la expresión clínica de la enfermedad, que puede ser tardía.

Diapositiva: Cuanto más importante es el grado de reflujo vésicoureteral más precozmente aparecen en la mayoría de los casos. En un porcentaje importante los reflujo del grado 3 y 4 aparecen en el tercer año de vida del niño y aun más tarde.

Como especialistas, debemos alertar al pediatra general, que en última instancia es el responsable del diagnóstico precoz del reflujo vésicoureteral sobre la importancia de esta enfermedad y las características con que suele presentarse, sobre todo en el lactante.

Debe evitarse el uso indiscriminado de antimicrobianos ante cualquier foco infeccioso. Ante cualquier duda diagnóstica, debe procederse al estudio bacteriológico de la orina de estos enfermitos que debe ser guardada y trasladada al

laboratorio en condiciones asépticas. Ante la primera infección urinaria comprobada debe procederse al estudio urocistográfico.

Los niños portadores de infecciones urinarias deben ser detectados a nivel del pediatra general. Nuestra responsabilidad estriba en alertar al pediatra general sobre la importancia del diagnóstico precoz de estas enfermedades. De esta manera, trataremos de mejorar el nivel de asistencia médica primaria.

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): El profesor Roberto Quadrelli, Director del Departamento de Genética de la Facultad de Medicina y del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, se referirá a los aspectos genéticos de nuestra casuística.

Dr. Quadrelli (no envió su contribución al tema).

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): ¿Qué importancia han tenido para nosotros estos conocimientos? Verdaderamente es un excelente ejemplo en el cual el aporte de una materia básica como puede ser la genética, ha dado una visión a nuestro trabajo en materia de este tipo de diagnóstico precoz, en el que hemos encontrado reiteradamente, con una secuencia muy importante y con frecuencia, el carácter familiar de la enfermedad.

Estamos convencidos que, de este modo, estamos abordando a una población que de otra manera podía pasar desapercibida. La presencia en nuestra experiencia de seis confirmados y de dos probables en un solo grupo indica la importancia que puede tener la herencia en la detección de esta enfermedad.

Queremos mostrar algunos ejemplos que considero interesantes y que son de aplicación práctica y pediátrica a la nefrourología, de los conocimientos de genética recientemente expuestos por el profesor Quadrelli.

Diapositiva: A esta niña, con infecciones urinarias recurrentes, como uno de los errores más frecuentes, recién a los 8 años se le practica el estudio urográfico comprobándose groseras alteraciones pielocaliceales.

Diapositiva: En esta niña se encontró un reflujo unilateral. La anamnesis que aportó su madre mostró que era portadora de una hipertensión maligna y el estudio urográfico puso de relieve groseras alteraciones.

Diapositiva: Una urografía de mala calidad mostraba un reflujo véscoureteral unilateral en esta señora. La anamnesis de la abuela puso de relieve la existencia de una infección del aparato urinario. Nos aportaron los siguientes documentos: un pequeño riñón del tipo que se da por llamar pielonefrítico izquierdo, portador de una hipertensión maligna, una dilatación ureteral izquierda. La cistografía mostraba gruesas alteraciones ureterales de ese lado.

El anterior es un excelente ejemplo de un proceso inverso en el que hacemos el diagnóstico de la madre y de la abuela y la filiación de la hipertensión arterial grave y las alteraciones pieloureterales y el reflujo véscoureteral a partir del propósito de la niña. El desconocimiento de la genética de este enfermo hizo perder a esta niña 7 u 8 años preciosos de su evolución con una morbilidad elevada y con un potencial evolutivo hacia la insuficiencia renal.

Diapositiva: Esta niña llegó a nosotros con reflujo véscoureteral a los 2 años de edad. La anamnesis mostraba que su madre de 19 años había sido portadora de infecciones urinarias recurrentes y durante su vida escolar había sido fruto de aislamiento social, de incontinencia de orina y de mal olor que la aislaba de sus compañeras. No se le había hecho ningún examen cistográfico hasta que nosotros, en la asistencia pediátrica, le practicamos un estudio completo.

Diapositiva: La madre mostraba una cistografía con un reflujo véscoureteral y alteraciones calciales detectadas recién a los 19 años de edad. Hicimos toda la anamnesis de la madre de esta niña y vimos que había un retraso diag-

nóstico de 19 años. Este es otro excelente ejemplo del beneficio que podía haber tenido esta señora de los conocimientos genéticos.

Diapositiva: En el curso de la asistencia de esta niña —eran familiares de un médico, sabíamos que su primo era portador de un reflujo véscoureteral— nace una hermanita en la cual, según el profesor Quadrelli, las probabilidades genéticas eran extraordinariamente elevadas. La niña era totalmente asintomática y discutíamos si correspondía practicarle un estudio cistográfico. Nos pusimos de acuerdo con los padres en el sentido de que podría ser de interés la realización de ese examen. A los 4 meses de edad y totalmente asintomático, con estudios bacteriológicos de orina reiteradamente negativos, encontramos el reflujo véscoureteral izquierdo de grado 1. Estaban afectados, entonces, esta niña, su primo y su hermana. Continuó durante todo el año siguiente con una evolución asintomática favorable, con crecimiento y desarrollo normal, con bacteriología negativa, sin trastornos miccionales y también nos pusimos de acuerdo en que podría ser interesante realizarle un nuevo examen cistográfico a los 16 meses de edad.

Diapositiva: Sorprendentemente, ya sea porque el reflujo estaba más grave, se encuentra una bifidez ureteral más una acentuación de los hallazgos encontrados anteriormente.

Lo interesante de estos estudios es la evolución totalmente asintomática de la enfermedad, es decir, que los conocimientos genéticos pueden aportar varias posibilidades: una, la del diagnóstico precoz, y otra, la de encontrar la población totalmente asintomática, independientemente de los recursos terapéuticos que deben instituirse en ese otro tipo de problemas.

El profesor Guillermo Gazzara dará su punto de vista sobre nuestros resultados en el tratamiento médico.

Dr. Gazzara (no envió su contribución al tema).

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): Los profesores L. Bonavita, Alejandro Nogueira y J. Pereyra Bonasso, por su orden, expondrán los aspectos de indicaciones técnicas y resultados del tratamiento quirúrgico.

Dr. Bonavita: Las decisiones terapéuticas del reflujo primario véscoureteral constituyen, en ciertas circunstancias, uno de los aspectos más controvertidos de esta patología del niño.

Nosotros nos proponemos realizar una valoración lo más equilibrada posible y expondremos los criterios de selección para decidir entre el tratamiento médico exclusivo o la intervención quirúrgica.

Cualquiera sea la conducta aconsejada, ésta tiene por finalidad:¹² 1º) prevenir la infección urinaria recurrente; 2º) prevenir la pielonefritis crónica; 3º) preservar la función ureteral; 4º) promover el crecimiento renal.

Muchas veces, sin embargo, el urólogo, corrigiendo el reflujo, no logra todas estas finalidades, dado que el diagnóstico se ha hecho tardamente.

Se debe destacar, en efecto, que en un número muy importante de pacientes, la primera urografía comprueba cicatrices polares, que evidencian las lesiones córtico papilares ya constituidas.

En nuestro medio, el Dr. Pereyra Bonasso, en 1979, ya hacía referencia a lesiones renales moderadas y severas en el 58% de los estudios preoperatorios.

A manera de resumen, diremos que, en la decisión terapéutica valoramos fundamentalmente la historia clínica y la evolución de la enfermedad, la edad del paciente, la si-

tuación socio económica y cultural de la familia, el grado del reflujo, las anomalías congénitas asociadas y, en ciertas circunstancias, los hallazgos endoscópicos.

En este sentido debemos aclarar que el reconocimiento endoscópico no lo realizamos con frecuencia; posiblemente en parte por problemas de infraestructura, pero fundamentalmente porque consideramos que, en muchos pacientes, está lejos de ser necesario.

Cuando la clínica y la urografía apoyan la posibilidad de

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Certificar reflujo - Determinar el grado

Exclusivamente por cistografía retrógrada

Excepcional por cistografía anterógrada

Cateterismo vesical y vaciado de vejiga

Llenado vesical gota a gota rápido

Altura 80 cm

Líquido a temperatura ambiente

Hipaque al 50% directo en tubuladura

Cantidad promedio 10 c.c.

No realizamos radiocistomanometría

Figura 1: Certificar grado de reflujo por cistografía.

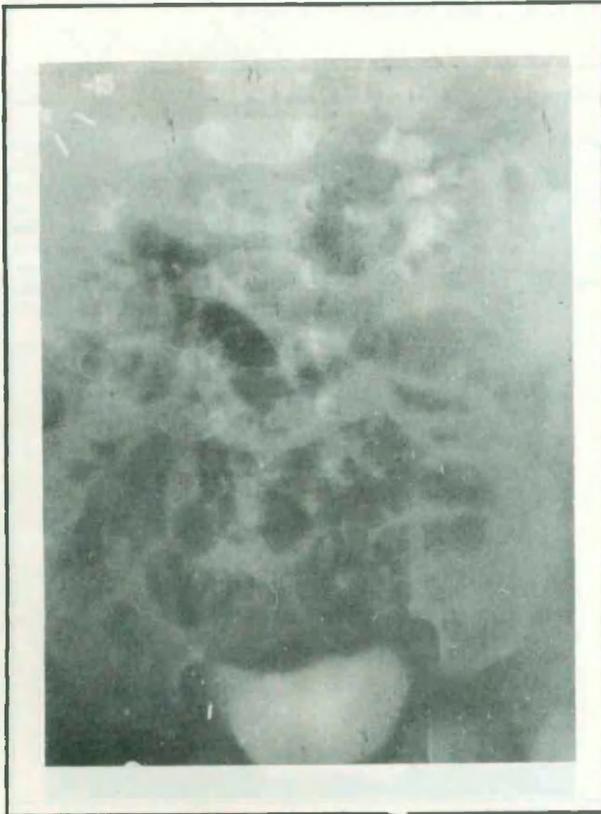


Figura 2: H.B. Varón, 3 meses. Infección urinaria. Urografía normal.

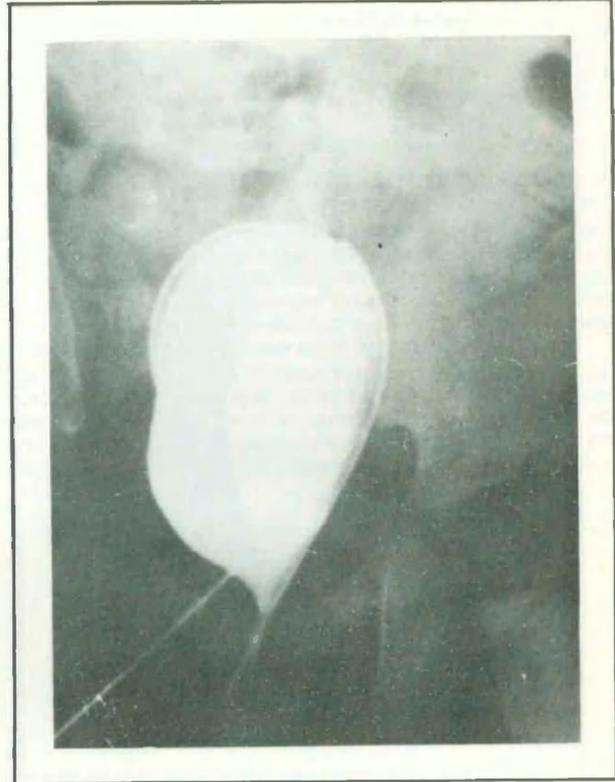


Figura 3: H.B. Introducción del catéter suprafúbico. Cistografía anterógrada.

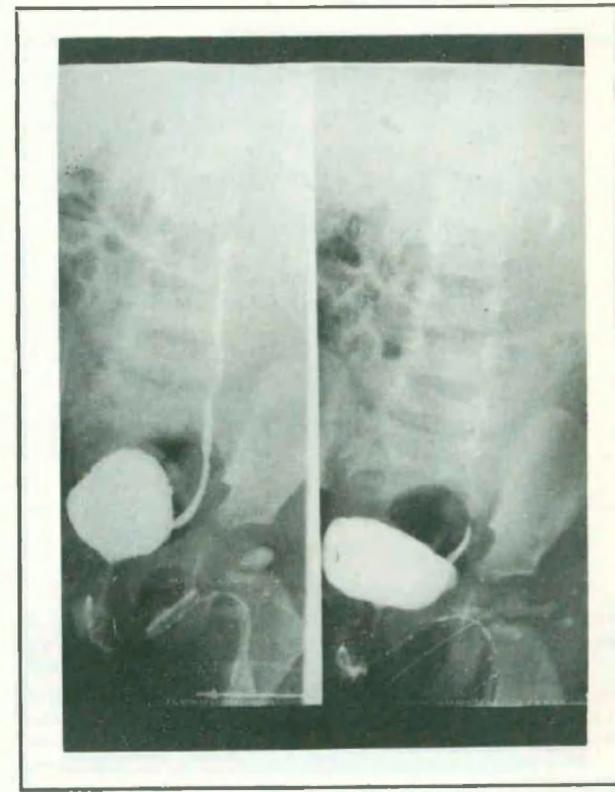


Figura 4: H.B. Cistografía anterógrada. Reflujo Grado 1. Tratamiento médico.

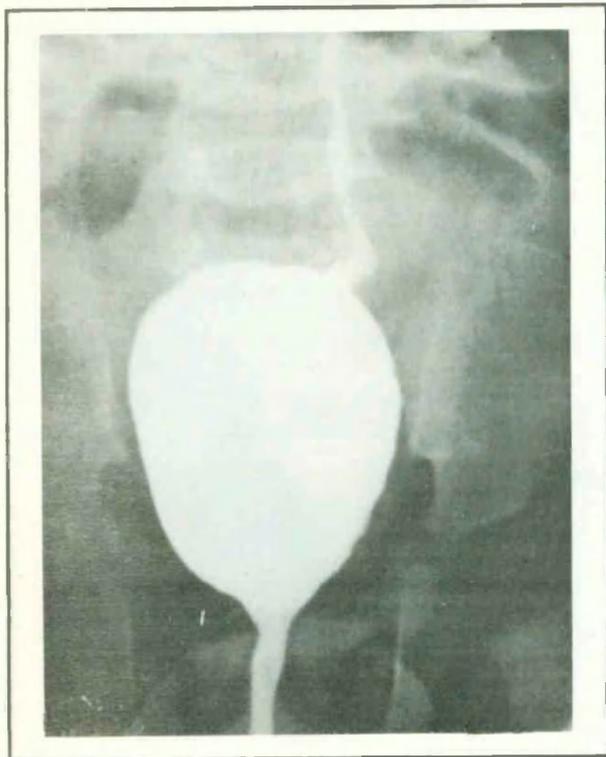


Figura 5: H.B. Cistografía anterógrada. Cisto-uretrograma miccional. Cuello vesical y uretra normales.

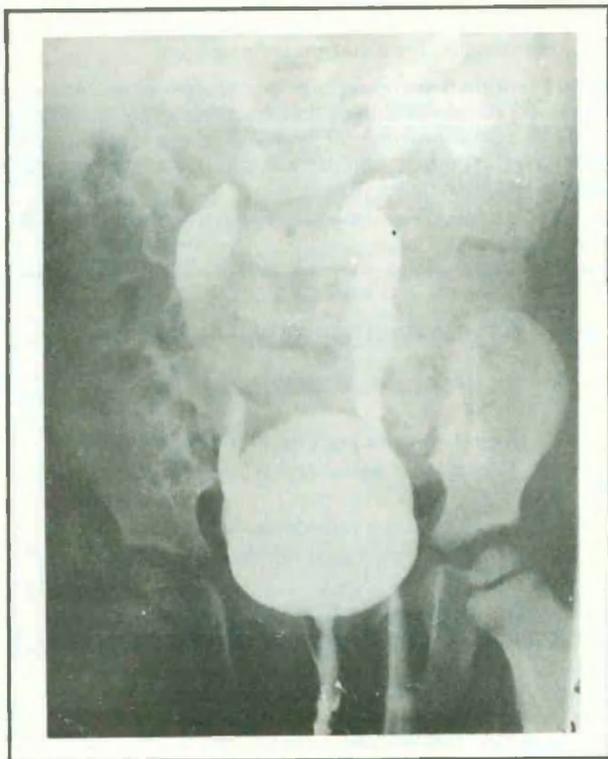


Figura 7: M.L. Cistograma retrógrado. Reflujo grado IV. Tratamiento quirúrgico. Evolución muy buena.

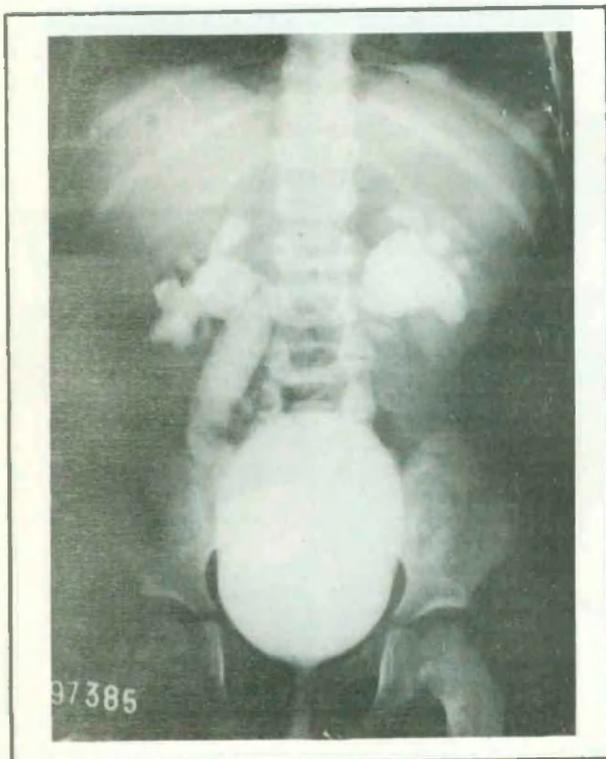


Figura 6: M.L. Niña. 3 años. Urografía: lesiones renales severas. Dilatación calico-pieloureteral bilateral. Cistograma miccional.

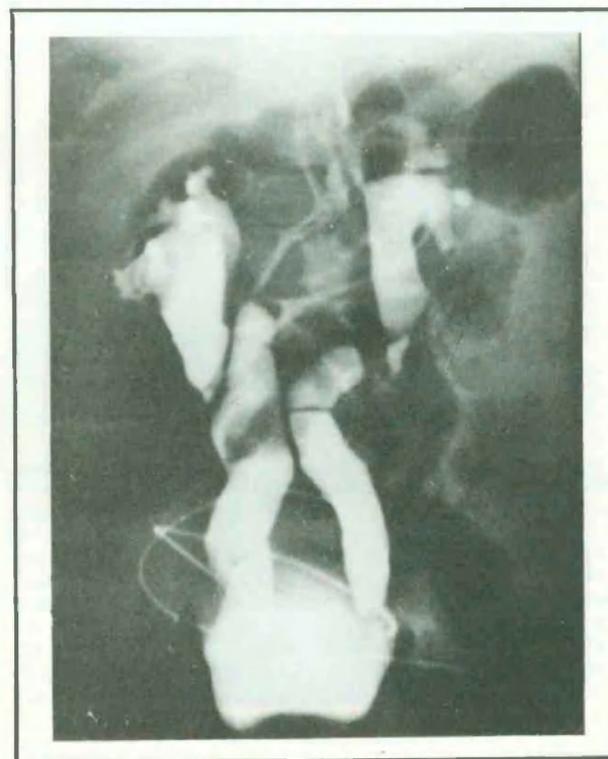


Figura 8: L.M. Varón. Infección urinaria recidivante. Insuficiencia renal. Cistografía anterógrada. Reflujo grado IV.

un reflujo que la cistografía no confirma, la endoscopia juega, entonces sí, un rol muy importante en la decisión terapéutica.

En esta situación hemos comprobado anomalías del meato⁷ y del trayecto submucoso, que justificaron plenamente reimplantes realizados con éxito.

En cuanto a la clasificación del reflujo por grados, la realización siempre por cistografía retrógrada, a veces por la cistografía anterógrada y nunca por los datos aportados por la urografía de excreción. Utilizamos en un número reducido de casos la cistografía mediante la utilización de isótopos radioactivos. Fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Hemos utilizado la clasificación aceptada más comúnmente en cuatro grados; en el futuro, sin embargo, es muy probable que tengamos en cuenta la clasificación en cinco grados aconsejada por el Comité Internacional de estudio del reflujo.¹⁶ Figuras 9 y 10.

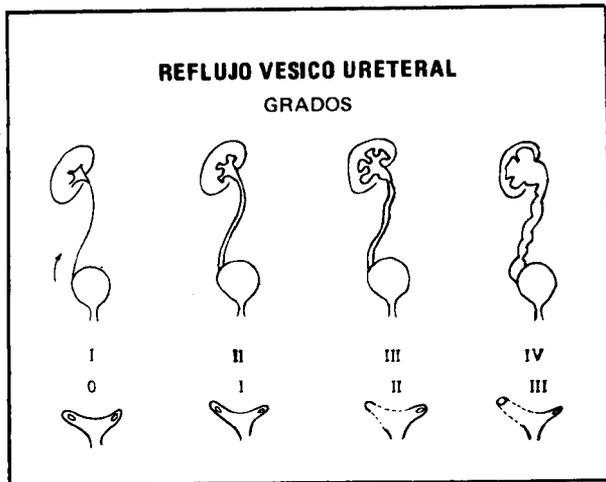


Figura 9: Esquema de la clasificación por grados y de la malformación causal. *Grado I:* Reflujo uréter o cavidades altas, sin dilatación. *Grado II:* Ligera dilatación. *Grado III:* deformaciones caliciales en meza y moderada tortuosidad pielo-ureteral. *Grado IV:* Ureterohidronefrosis importante, con alteración parenquimatosa. *Grado 0:* orificio normal. *Grado I:* orificio algo alejado y entreabierto en "estadios". *Grado II:* hemitrígono poco nítido, con orificio más lateralizado, en "herradura". *Grado III:* ausencia de hemitrígono, con orificio en "hoyo de golf".

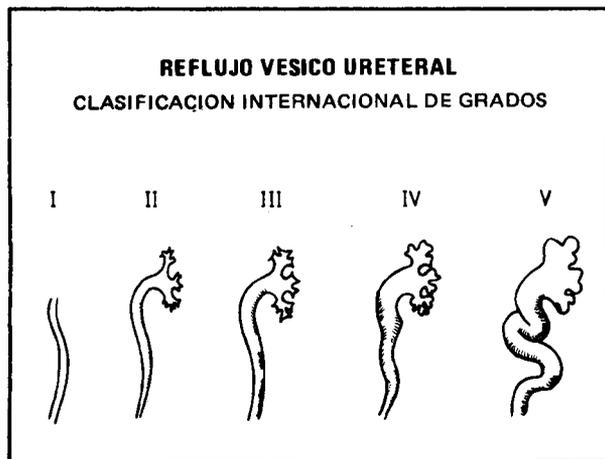


Figura 10: *Grado I:* reflujo a uréter. *Grado II:* a uréter, pelvis y cálices, sin dilatación. *Grado III:* moderada dilatación de uréter y

pelvis pero se conserva el ángulo cálicopapilar. *Grado IV:* dilatación y tortuosidad del uréter, moderada dilatación de pelvis y cálices; pérdida del ángulo cálico-papilar, pero se mantienen las impresiones papilares en la mayoría de los cálices. *Grado V:* gruesa dilatación de uréter, pelvis y cálices. Pérdida de la impresión papilar en la mayoría de los cálices.

En la práctica, el niño con infección urinaria y reflujo está comprendido básicamente en uno de estos tres grupos:³

A. Reflujo de grado mínimo, con aparato urinario alto, urográficamente normal. En esta situación realizamos tratamiento médico y, muy raramente, se llegará a la cirugía. Muy recientes publicaciones¹¹ confirman en efecto nuestra experiencia, afirmando que si el seguimiento es largo hasta el 80% de los reflujos leves desaparecen.

Se exige sin embargo en estos casos, una estricta vigilancia uropediátrica, dado que no es infrecuente la reaparición de reflujos aparentemente curados.⁴ La desaparición del reflujo debe ser documentada y confirmada por dos cistouretogramas negativos, separados por un año.¹⁶ Figuras 11, 12 y 13.

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Tratamiento médico

Período de observación: 5 - 18 años
 Nº de casos: 102 Hemisistemas: 167
 Desaparición Hemisistemas: 83
 66% Grado I
 33% Grado II

Lenachan D. 1974

Figura 11

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Tratamiento médico

Período de observación: 5 años
 Nº de casos: 1000 Hemisistemas: 1518
 Desaparición Hemisistemas: 509
 70% Grado II
 30% Grado III

Neale W.F. 1975

Figura 12

B. Reflujos masivos. Con dilatación importante ureteropielo calicial, con conservación o no de la impresión papilar.

Estos pacientes pueden presentar ya en las primeras consultas una insuficiencia renal severa, que puede obligar a la realización de una derivación urinaria alta, generalmente urétero-cutánea, previa a la corrección del reflujo.

Esta situación, que compromete la vida del paciente, obliga a llamar la atención sobre la absoluta necesidad de realizar un diagnóstico precoz. La corrección quirúrgica se

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Tratamiento médico

Período de observación: 9 - 15 años

Nº de casos: 75

Reflujos sin dilatación Desaparición: 80%

Reflujos con dilatación: Desaparición: 41%

Comité Internacional de Estudio del Reflujo. 1981

Figura 13

debe plantear en estos casos aun con orina estéril, dado que la historia natural del reflujo indica que estos grados evolucionan a la insuficiencia renal irreversible.¹³ En nuestro medio, sobre un grupo de 45 niños con insuficiencia renal crónica, se comprobó que, en 8 pacientes (17,7%), estaba determinada por una pielonefritis crónica por reflujo.

C. Reflujos moderados. Es seguramente el grupo más polémico para la selección terapéutica. En estos casos tendremos que resolver de acuerdo a muchos hechos comprobados y confirmados, sin olvidar que aún existen interrogantes. En este sentido, deseamos destacar:

1) Con tratamiento médico exclusivo se ha establecido fehacientemente^{8, 6, 14, 2, 10, 3, 5, 15} que los reflujos moderados pueden desaparecer. El porcentaje de los mismos varía según los autores, pero puede llegar hasta el 70%.

2) ¿Se puede alterar el patrón de la infección urinaria con la corrección quirúrgica del reflujo?

Teniendo en cuenta cifras estadísticas, se ha comprobado que los niños a los cuales se les han realizado reimplantes reducen significativamente la incidencia clínica de la pielonefritis.

Pero, por otra parte, dicha incidencia también puede reducirse a cifras muy bajas con tratamiento médico exclusivo.

Por lo tanto, esto puede poner nuevamente en tela de juicio una indicación quirúrgica cuando el tratamiento antibacteriano se puede realizar y controlar en forma adecuada y con éxito.

3) Un tercer hecho a destacar es que hay que tener en cuenta las complicaciones postoperatorias de la cirugía antirreflujo, que si bien son escasas, existen.³ Estas pueden establecerse, en términos generales, en las siguientes cifras:

- Obstrucción ureteral - 1% - 4%
- Persistencia del reflujo - 1% - 5%

Tampoco podemos olvidar, aunque no constituyen complicaciones en sí mismas, las infecciones urinarias bajas residuales (20% - 30%), las pielonefritis persistentes en el 5% al 10% de los operados exitosamente y el deterioro progresivo del aparato urinario alto a pesar de una corrección exitosa.

Estos conceptos nos llevan al punto de partida, es decir que debemos recalcar una vez más lo controvertido del tema. Realizado el diagnóstico, siempre existen posibilidades para decidir entre continuar con tratamiento médico o recurrir a la corrección quirúrgica, pero algunos hechos determinan, a nuestro entender, una selección racional de los pacientes.

En términos generales, y esquemáticamente, estos son los factores que tenemos en cuenta para la decisión quirúrgica. Figuras 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21.

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Fracaso del tratamiento médico prolongado

- Brotes de infección clínica aguda bajo tratamiento
- Recurrencias inmediatas y repetidas al suspender tratamiento bien realizado
- Tratamientos imposibles de realizar
 - por problemas socio-económico-culturales
 - por mala tolerancia

Figura 14

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

- Reflujo persistente después de los 5 años de edad
- Fundamentalmente grados severos

Figura 15

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Agravación de las lesiones renales en la urografía

- Cicatrices corticales
- Lesiones caliciales
- Dilatación de cavidades

Figura 16

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Empeoramiento de la función renal

- Disminución progresiva de osmolaridad de orina
- Clearance de la creatinina descendente

Figura 17

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Anomalías congénitas asociadas

- Doble vía total
- Divertículo para ureteral importante
- Uréter ectópico con pielon funcionante

Figura 18

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Hallazgos endoscópicos

- Anomalías de posición
- Anomalías de morfología - Lyon
- Trayecto submucoso corto o inexistente

Figura 19

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

- Clínica sospechosa de reflujo
- Cistografía repetida negativa
- Endoscopia patológica
- Reflujo intermitente
- Reimplante uni o bilateral

Figura 20

REFLUJO PRIMITIVO VESICO URETERAL

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Bilateralidad del reimplante

- Reflujo unilateral
- Historia sugestiva de bilateral
- Decidir por
 - Endoscopia
 - A vejiga abierta

Figura 21

Dr. Nogueira (no envió su contribución al tema)

Dr. Pereyra Bonasso: En pacientes tratados en el Hospital Pedro Visca y en la práctica privada, hemos reunido una serie de 132 niños portadores de reflujo vesicoureteral primario, en los cuales se siguió un criterio diagnóstico y terapéutico uniforme. Sus edades en el momento del diagnóstico oscilaron entre los 6 meses y los 14 años. De ellos, se han intervenido quirúrgicamente 54, lo que representa un 40,9% del total. Sin embargo, consideramos que 5 de los niños en tratamiento médico requieren cirugía, que se realizará próximamente o no se ha realizado por negativa de los padres, lo que eleva la cifra de casos quirúrgicos al 44,7%. Los 78 restantes son controlados en tratamiento médico, cifra que se reduce a 73 si se excluyen los 5 casos referidos, situando en 55,3% los niños en conducta expectante (Tabla I).

El análisis de los niños operados lo hemos limitado al período marzo/1976 a marzo/1981, excluyendo 3 de ellos en que la severidad de la lesión renal motivó la nefroureterectomía de la unidad refluente. Se consideran entonces 45 niños, 30 con reflujo bilateral y 15 con reflujo unilateral, en los que se realizó cirugía antirreflujo en 74 unidades renoureterales y han sido controlados por un período de 6 meses a 5 años y medio (Tabla II).

La mayoría tenían reflujo severo de grado III o IV,* situación de 50 unidades. La cirugía en 24 unidades con reflujo de grado menor fue motivada por coexistir con reflujo mayor en el lado opuesto o por ineficacia del tratamiento médico. En un caso, catalogado con grado 0, se efectuó cirugía bilateral a pesar de que el reflujo era unilateral, pero la endoscopia reveló malformación bilateral simétrica (Tabla III).

Es de destacar que 4 de las unidades operadas tenían duplicidad con reflujo al hemirriñón inferior y en todas el reimplante se efectuó con ambos ureteres en conjunto. En 5 unidades, el riñón era muy pequeño (hipoplasia, displasia, pielonefritis crónica?) pero con conservación de la eliminación del contraste triyodado. Dos niños estaban en insuficiencia renal crónica por reflujo masivo bilateral y

TABLA I
REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO

132 casos

Edad: 6 meses a 14 años

Tratamiento médico	78	
5 indicación quirúrgica		55,3%
Tratamiento quirúrgico	54	
51 cirugía antirreflujo		44,7%
3 nefroureterectomía		

deterioro parenquimatoso. En un caso el reflujo afectaba a un riñón único consecutivo a nefrectomía de riñón hipoplásico controlateral por hipertensión arterial. Finalmente, 18 unidades, o sea un 24,3% de las operadas, presentaban reflujo masivo en grueso megaureter con las consiguientes dificultades terapéuticas (Tabla IV). En ellos efectuamos un tratamiento preliminar con distintas formas de drenaje temporal del aparato urinario superior y la cirugía antirre-

* Corresponden a los grados IV y V de la nueva clasificación del International Reflux Study Committee.

flujo diferida como ha sido referido precedentemente,¹² la finalidad de esta conducta fue la de evitar las ureteroplastias de afinamiento, que sólo se efectuaron en 3 de esas 18 unidades, con buen resultado en todas.

La técnica preferentemente empleada fue la de avance transverso de Cohen en 59 unidades; en las restantes se empleó la de Politano-Leadbetter en 11, la de Glenn-Anderson en 3 y la de Gregoir-Lich en 1 (Tabla V).^{3, 6, 9, 13}

TABLA II
REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO
Tratamiento quirúrgico
III/76 a III/81

45 casos
30 bilaterales
15 unilaterales
74 unidades operadas
Seguimiento 6 meses a 5,5 años

TABLA III
REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO
74 unidades operadas*

Grado	0	1	
Grado	I	2	24 Unidades
Grado	II	21	
Grado	III	32	50 Unidades
Grado	IV	18	

* Los grados II, III y IV corresponden respectivamente a los grados III, IV y V de la nueva clasificación del International Reflux Study Committee.

TABLA IV
REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO
74 unidades operadas

Duplicidad	4	
Pequeño riñón	5	
I.R.C.	2	
Riñón único	1	
Megaureter	18	24,3%

TABLA V
REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO
Técnicas quirúrgicas

Cohen	59
Politano-Leadbetter	11
Glenn-Anderson	3
Gregoir	1
	74

Resultados

Se consideró buen resultado cuando desapareció el reflujo,

desaparecieron o se espaciaron los brotes infecciosos y se estabilizó o mejoró la situación del parénquima renal, lo que fue logrado en 68 unidades, representando el 91,8% del total. En 2 unidades, o sea 2,6%, se produjo estenosis de la ureterocistostomía que obligó a reintervenir. En 4 unidades, o sea 5,4%, ocurrió persistencia o recidiva del reflujo; 2 de ellas corresponden a un niño que fue reintervenido; las otras 2 a otro niño que no ha sido reintervenido por ser un reflujo de grado menor y controlado adecuadamente con tratamiento médico (Tabla VI).

De 15 niños en que se efectuó cirugía antirreflujo unilateral, ocurrió un reflujo controlateral que fue operado con éxito, representando un 6,6% de los unilaterales (Tabla VI).

TABLA VI
REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO
Tratamiento quirúrgico
74 unidades

Buen resultado	68	91,8%
Estenosis	2	2,6%
Persistencia reflujo	4	5,4%
Reflujo contralateral	1/15	6,6%

TABLA VII
REFLUJO VESICoureTERAL CON T. DE COHEN
63 unidades - Seguidas 6 meses a 5,5 años*
41 niños

Grado	0	1	20 unidades
Grado	I	1	
Grado	II	18	
Grado	III	28	
Grado	IV	11	43 unidades
Reintervención	2		
Dupl. con Ureterocele	2		

* Los grados II, III y IV corresponden respectivamente a los grados III, IV y V de la nueva clasificación del International Reflux Study Committee.

Para evitar esta situación, consideramos que es importante: la endoscopia para determinar si existe malformación del orificio ureteral no refluente y, de ser así, realizar la cirugía bilateral, como se efectuó en uno de nuestros casos; evitar la interferencia con el hemitriángulo controlateral durante el acto quirúrgico. Si se emplea la técnica de Cohen unilateral efectuamos el túnel submucoso ascendiendo por la pared posterior para alejarse del orificio ureteral opuesto (Figura 1).

Dado que la técnica que más hemos empleado es la de Cohen, hemos analizado sus resultados independientemente, agregando 4 unidades a las 59 referidas: 2 por reintervención luego de Leadbetter-Politano, y 2 realizadas con el ureter acompañante de gruesos ureteroceles en duplicidad que se extirparon (Tabla VII). Corresponden a 41 niños. El resultado fue bueno en 61 unidades (Figuras 2, 3, 4 y 5), que representa un éxito del 96,8%. En 1 unidad ocurrió estenosis con dilatación progresiva y necesidad de reintervención, correspondiendo a un 1,6%. En 1 unidad con reflujo grado IV persiste reflujo grado I en control abstenionista, correspondiendo a un 1,6% (Tabla VIII). Estas cifras son significativamente equivalentes a las de series más amplias referidas en la literatura.^{1, 2, 4, 5, 7, 8, 14}

En 16 niños en que la operación antirreflujo de Cohen fue

Redoxon vitamina 'C' pura



Comprimidos efervescentes 2 g
Gotas (10 mg por gota)
Ampollas (5 ml = 1.000 mg)

tubos con 10 y 30
frasco con 20 ml
caja con 6

Cobenexol Fuerte

neuroanalgesia fisiológica
antirreumático potente



TIAMINA
PIRIDOXINA
VITAMINA B₁₂

2 comprimidos laqueados por día, 6.000 γ
de vitamina B₁₂

1 ampolla liofilizada por día,
5.000 γ de vitamina B₁₂



CONCIENCIA DE
INVESTIGACION

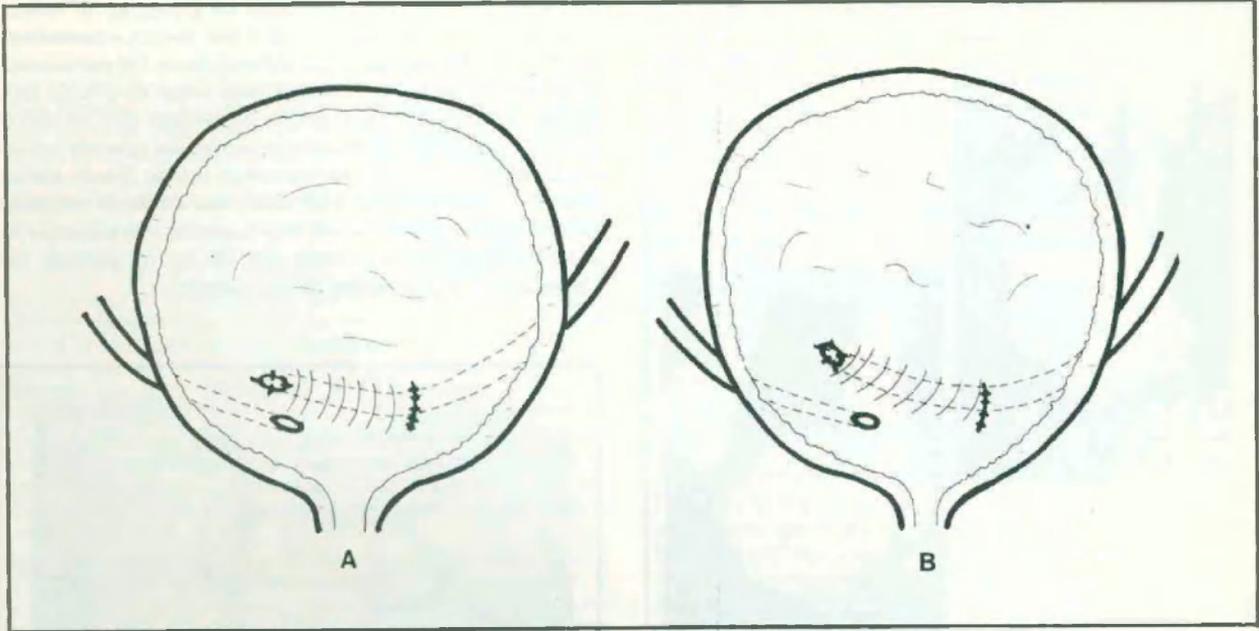


Figura 1: Prevención del reflujo controlateral cuando se efectúa la técnica de Cohen unilateral. Evitar que el túnel submucoso se aproxime al orificio ureteral opuesto (A), elevándolo sobre la pared vesical posterior (B).

unilateral, ocurrió reflujo controlateral en 1, o sea 6,2%; éste fue exitosamente corregido en una nueva intervención con la misma técnica y está incluido en las 63 unidades analizadas. En 6 de 41 niños, o sea en 14,6%, persiste infección urinaria; pero la frecuencia de los brotes, su entidad y su manejo terapéutico han mejorado con respecto al preoperatorio; esta cifra puede aumentar cuando transcurre más tiempo en los casos operados más recientemente. Los 2 niños que estaban en insuficiencia renal crónica por gran deterioro parenquimatoso permanecen en tal situación en forma estabilizada pero con retardo pondero-estatural (Tabla VIII).

TABLA VIII
REFLUJO VESICoureTERAL CON T. DE COHEN
63 unidades - Seguidas 6 meses a 5,5 años

Buen resultado	61	96,8%
Estenosis	1	1,6%
Reflujo grado I	1	1,6%
Refl. contralateral	1/16	6,2%
Persiste infección	6/41	14,6%
Persiste I.R.C.	2/41	

Resumen

Se analizan los resultados de nuestra experiencia en la cirugía del reflujo vesicoureteral primario en un período de 5 años, con un seguimiento variable de 6 meses a 5 años y medio. En tal período fueron operadas 74 unidades re-noureterales en 45 niños, con buen resultado en 91,8 por ciento, estenosis en el 2,6 por ciento y persistencia en el reflujo en 5,4 por ciento. Analizando separadamente 63

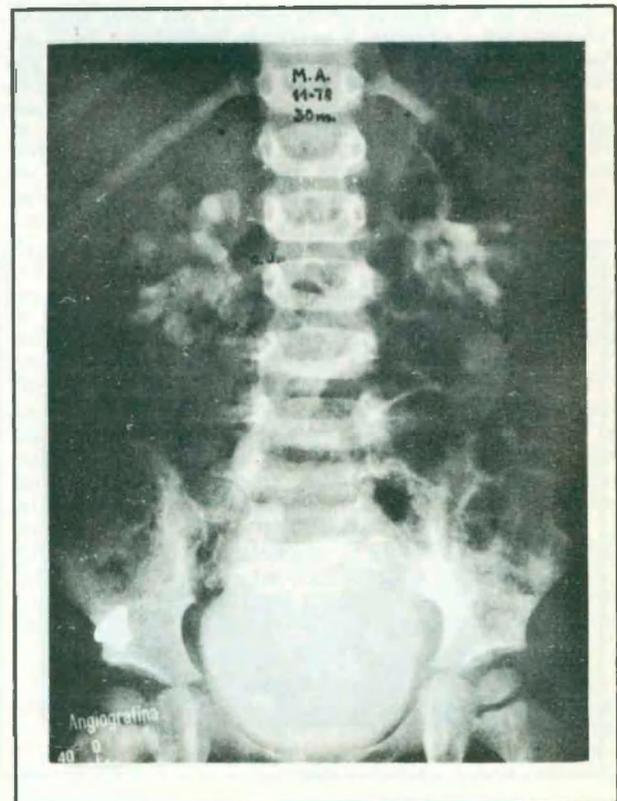


Figura 2: M.A., varón, 3 años de edad, infecciones urinarias reiteradas. Urografía endovenosa a los 30 minutos que muestra cálculos pielonefríticos bilaterales, ureteres dilatados hipotónicos y vejiga de gran capacidad.

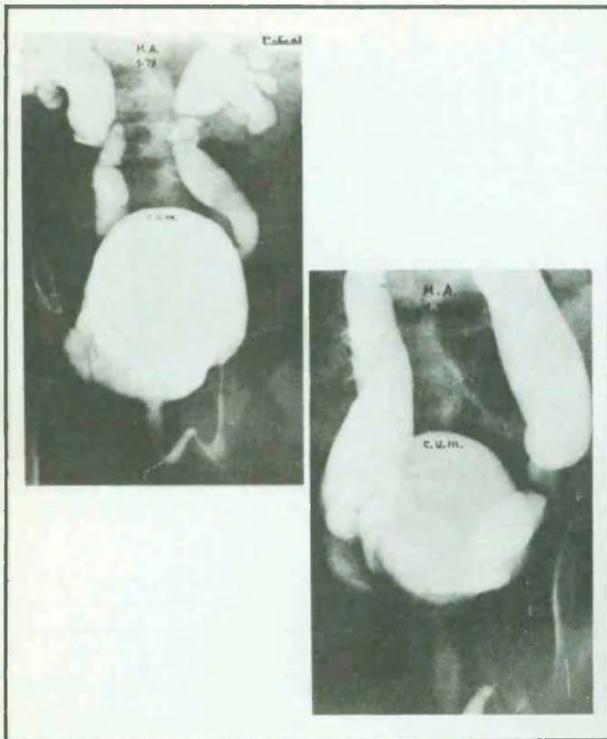


Figura 3: M. A., cistouretrografía miccional que revela reflujo véscicorenal grado IV (grado V de la nueva clasificación) y gran dilatación ureteral. Se efectuó ureterocistostomía antirreflujo bilateral con técnica de Cohen, confeccionando túneles submucosos de 5-6 cm de longitud y resecano unos 4 cm de cada uréter, pero sin realizar ureteroplastia de afinamiento.

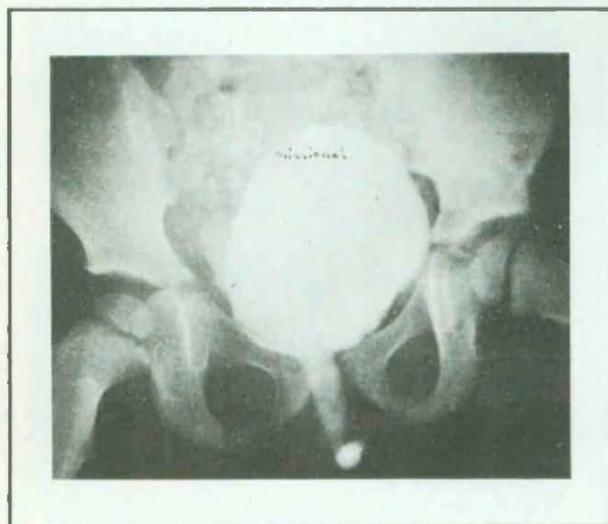


Figura 5: M. A. Cistouretrografía miccional a 4 meses de la cirugía, sin evidencias de reflujo véscicoureteral.

unidades operadas con la técnica de Cohen en 41 niños, se obtuvo buen resultado en 96,8 por ciento, estenosis en 1,6 por ciento y persistencia del reflujo en 1,6 por ciento. La aparición de reflujo controlateral luego de cirugía unilateral osciló en el 6 por ciento. Se destaca que los niños con reflujo masivo y descompensación del aparato urinario superior, y a veces también de la vejiga, fueron sometidos a un tratamiento preliminar con distintos métodos de drenaje temporal del aparato superior efectuándose la cirugía antirreflujo en forma diferida por un período variable acorde a la gravedad de la situación.

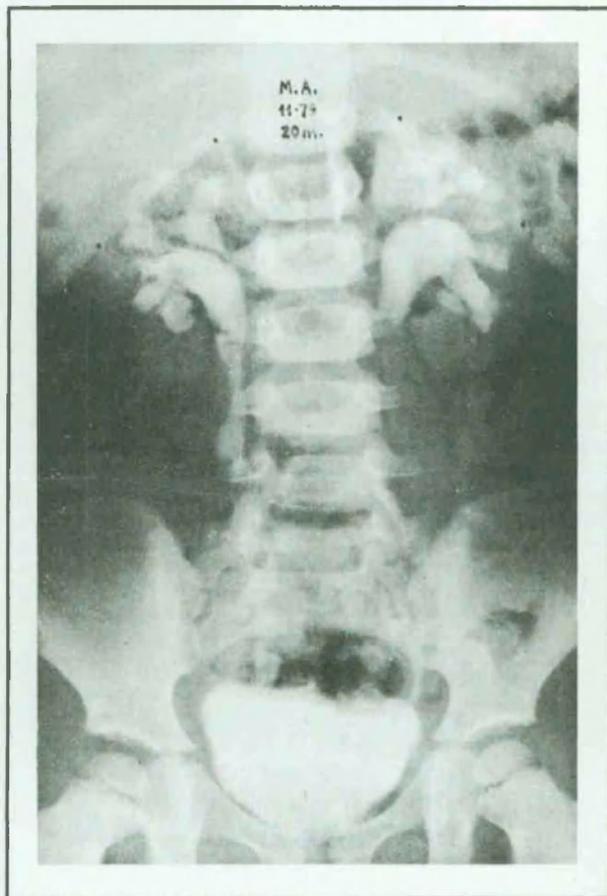


Figura 4: M.A. Evolución postoperatoria sin incidentes, no repitió infecciones urinarias clínicas ni de laboratorio. Urografía endovenosa a los 4 meses con mejor opacificación bilateral, uréteres menos dilatados y menos tortuosos; vejiga de volumen normal.

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): Los integrantes de la Mesa Redonda verían con el mayor agrado la presentación de observaciones, experiencias o contribuciones que la audiencia pudiera realizar sobre los distintos aspectos médicos, genéticos o quirúrgicos aquí presentados.

Dr. Garimaldi: Yo le quisiera preguntar a usted su experiencia sobre crecimiento renal y tratamiento médico antimicrobiano. Cuáles son sus aspectos concordantes o discordantes con esta experiencia.

Dr. Grimaldi: En primer término, quiero felicitar a los

componentes de la Mesa. Estamos en un total acuerdo con el enfoque que han propuesto en las distintas presentaciones.

Solamente quisiera hacer hincapié sobre el valor que tienen los estudios o métodos invasivos en la Cámara Gamma para determinar no sólo el valor prospectivo para no irradiar tanto al niño. Hace un año que estamos trabajando en los controles ya que tenemos desde hace poco la Cámara Gamma y para evitar la irradiación efectuamos el diagnóstico del reflujo con métodos radioisotópicos.

El Dr. Grumberg sabe que estamos trabajando para meritarse la evolución clínica y saber si vamos a adoptar una conducta clínica o un tratamiento quirúrgico junto con las medidas que nos puedan permitir la radiología con la Cámara Gamma por el estudio morfofuncional valorado por el centellograma renal, agregando un estudio de laboratorio que nos permite identificar la localización de la infección, que es la valorización de la isoenzima de la lácticohidrogenasa.

Eso nos permite demostrar fehacientemente que, cuando existe pielonefritis, por lo menos en nuestra experiencia, en cuanto a infección urina se refiere, ha habido una positividad del 100% de la lácticohidrogenasa, cuando había infecciones altas, es decir, pielonefritis.

Eso nos puede orientar a cambiar el criterio quirúrgico y a no prolongar la situación de estos chicos que pueden ir a una pielonefritis crónica retráctil a largo plazo por no adoptarse una conducta quirúrgica en el momento oportuno.

Fundamentalmente, no hay que exagerar con el criterio quirúrgico de entrada.

En los reflujos grados 1 y 2 no se puede generalizar. No se puede decir que el grado 1 y el 2 no son operados y que sí intervenimos los grados 3 y 4.

Tenemos que adoptar la sistemática que han propuesto los relatores, con la que estamos de acuerdo y valorar todos los aspectos.

A veces, podemos tener un reflujo grado clínico Cero, como lo presenté muy bien en la infección urinaria asintomática pero puede existir un reflujo evaluando la radiología, los aspectos funcionales, la isoenzima de la lácticohidrogenasa, la valoración de la prueba de Farlain y otros procedimientos cistoscópicos para determinar así la conducta a seguir.

Dr. Podestá: El primer urograma excretor oscilaba en el 58%. Quisiera preguntar al panel si también habían detectado la incidencia de cicatrices perinefríticas secundarias a posteriori de la cirugía o de un tratamiento médico o de seguimiento de estos enfermos.

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): Nosotros hemos visto una población de niños como fue el segundo ejemplo presentado por el doctor Gazzara, en el sentido de que se veían alteraciones renales progresivas no solamente de no crecimiento renal sino que cada vez el órgano era más pequeño en el sentido absoluto, con alteraciones también, de la morfología.

Dr. Podestá: Eso es muy importante, dado que si tenemos un riñón normal contralateral y existe un riñón que ha sufrido un daño pielonefrítico severo, de acuerdo a la clasificación de *Schmeling*, ese riñón no va a alcanzar al otro y se producirá una hipertrofia compensadora en el contralateral.

De acuerdo también a las teorías de las papilas renales propuestas por *Hodson y Ransly*, el daño renal, cuando ocurre, tiene lugar precozmente, tal vez en el primer mes de vida y es raro encontrar pielonefritis secundarias.

En el ejemplo que se mostró sobre la experiencia de *Schmeling* encontraron solamente dos casos en el seguimiento hecho a 15 años de tratamiento continuo.

En cambio, en el de *Lenahan*, que era de tratamiento médico intercurrente, encontraron aproximadamente un 15 a 20%.

Esto es importante para la indicación quirúrgica ya que para realizarla debe existir una cicatriz pielonefrítica. Creo que esa cicatriz pielonefrítica está generalmente en el primer urograma excretor.

Entiendo que la indicación basada únicamente en eso es un punto a discutir. No sé si los presentes son de la misma opinión.

Dr. Bonavita: ¿Podría concretar la pregunta?

Dr. Podestá: Que, de acuerdo a las estadísticas que yo he mencionado, si siguen indicando la cirugía correctora ante la presencia de un reflujo con una cicatriz pielonefrítica o nefropatía por reflujo.

Dr. Bonavita: Dr. Podestá: su pregunta dio bien en el clavo porque eso lo estuvimos discutiendo anoche los miembros del panel y no estábamos de acuerdo. Posiblemente, mi conducta esté equivocada porque la literatura sobre esta materia está dando vuelta en los últimos años.

Cuando el reflujo tiene una cicatriz renal o más de una cicatriz, ya ha demostrado su malignidad y no me importa mucho el grado. Y, entonces, hago indicación quirúrgica aunque no sea un grado máximo.

Entiendo que otros colegas no piensan lo mismo. Pero yo soy sincero con lo que pienso.

Dr. Podestá: Por eso, quería preguntarle sobre la incidencia de cicatrices pielonefríticas secundarias.

Además, medir el crecimiento renal en un riñón que ha sido reimplantado, honestamente, no es lo mismo que medir el riñón en el caso de que haya un reflujo persistente, porque ya se ha transformado en un riñón que no tiene reflujo.

Dr. Bonavita: Es justamente lo que decía el Dr. Peyra. Nosotros no tenemos la seguridad de que corregido el reflujo se pueda evitar la aparición de nuevas cicatrices, de manera que en ese sentido, no tenemos la seguridad absoluta que la corrección va a solucionar el problema y planteamos la duda. Creo que hemos sido bastante claros en esto.

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): Quiero agregar dos problemas: en primer lugar, que somos concientes de que los métodos de medida, los tres que aplicamos aquí, tienen grandes defectos, porque no miden masa, sino longitud.

Pero no interesa que las cosas sean verdad sino que sean útiles. Verdaderamente, hay una correlación y una manera cuantitativa de hablar mucho más objetiva cuando se utilizan estos métodos hasta que surjan métodos con mayor objetividad y precisión. Lo mejor es medir de alguna manera.

Otro aspecto que entiendo que es importante, es mostrar hasta qué punto los médicos obtenemos resultados brillantes desde el punto de vista bacteriológico-clínico y se puede decir que, desde que se conoce esta enfermedad han cambiado algunos hogares, ya que vivían con cuatro o cinco hospitalizaciones en el año, con niños con mal olor, infectados, desnutridos, con mal crecimiento.

Oí decir a muchas madres que la Sulfadiazina es lo mejor que han visto porque ha transformado a toda la familia. Los padres se llevaban mal porque empezaban a tener dificultades de orden económico y realmente esta ha sido una solución.

Como lo mostró el doctor Gazzara, una cosa son los resultados de orden clínico y bacteriológico y otra totalmente distinta, los resultados desde el punto de vista de lo que va a pasar con ese individuo de 5 años que, dentro de 40, tendrá sólo 45 años. La respuesta la podrán dar los estudios prospectivos.

Dr. Viola: usted, ¿quiere hacer una pregunta?

Dr. Viola: Como compatriota no queda bien que yo felicite a la Mesa, pero debo hacerlo.

Creo que vale la pena aclarar algunas cosas entre lo que se

habló ayer a la tarde y se plantea hoy de mañana.

He seguido atentamente las dos posiciones y, realmente, entiendo que en este instante, hoy, septiembre de 1981, uno está un poco en el momento de revisión sobre algunos reflujos y pienso que hemos operado algunos reflujos que no debíamos haber operado.

Entiendo que debíamos haber tenido la medida adecuada para tomar decisiones frente a este caso que se sumamente polémico. En particular, en relación con el caso planteado por el doctor Pereyra, uno pensaría en este momento que hay algunos reflujos que él operó que yo creo que habría que reverlos si uno los volvería a operar, lo cual no significa una crítica sino una posición, un momento de la vida, una experiencia que es necesario hacer para después, de acuerdo con eso, realizar una revisión.

El problema, desde el punto de vista genético, plantea un interrogante muy interesante como estudio desde un ángulo preventivo. Si se encuentran más casos, esto va a ser más útil. A su vez, el reflujo no es tan malo porque hay alguna abuela que anda por allí con su reflujo. Es decir que le ha permitido vivir a ella y a otra madre. Pero es interesante plantearlo.

No sé si han visto los reflujos en relación con la intensidad de los mismos, si desde el punto de vista genético se ha observado que los reflujos más grandes, es decir el grado 4, se ven frecuentemente en las mismas familias. Y esa es una pregunta al genetista.

Dr. Quadrelli: Esa abuela tiene 45 años y tiene una hipertensión severa.

Dr. Nogueira: No creo que sea yo la persona indicada para contestar ese aspecto clínico. Un poco es plantear si el genotipo que vemos en el chico se repite con la misma gravedad y características en el resto de los niños.

Dr. Viola: Pienso que se podría plantear la posibilidad de encontrar reflujos en forma casual.

Me interesaría saber si eso está vinculado con la gravedad del reflujo.

Es una pregunta nada más que no sé si se puede contestar con el número de casos presentados.

Dr. Nogueira: Pienso que desde el punto de vista genético no tiene por qué haber correlación entre los distintos genotipos en una misma familia porque la expresión del gene es muy variable.

Depende no solamente de otros factores, inclusive del sexo. A priori, estimo que no tiene por qué ser del mismo grado el reflujo vésicoureteral, a pesar de ser de etiología genética dentro de una misma familia.

Dr. Quadrelli: El Dr. Guzmán pregunta si se utiliza algún método urodinámico ureteral para decidir la oportunidad y/o la extensión de uréter a reseca en los uréteres dilatados y derivados.

En ese sentido, nosotros no hemos empleado, al menos en forma permanente, métodos urodinámicos, pero sí nos basamos en una correcta radiología y queremos destacar aquí, la labor de nuestro colaborador el Dr. Enrique Francia, destacado radiólogo de Montevideo, quien desde el punto de vista de la radiología infantil nos aporta datos radioscópicos durante el estudio que creemos son de gran jerarquía.

Si el Dr. Francia nos dice que los uréteres son peristálticos o aperistálticos no necesariamente en los uréteres derivados, nosotros le damos gran valor a sus informes y los correlacionamos con la conducta terapéutica.

Pregunta el Dr. García: En el caso de una duplicidad ureteral incompleta, si es que se refiere a una bifidez con reflujo, no produce alteraciones morfológicas pero sí infecciones recurrentes, ¿qué conducta se debe seguir?

Creo que la bifidez no interfiere con la conducta. La conducta es la general que hemos planteado para el reflujo. Dependerá del grado del reflujo, de la edad del niño, de la

importancia de las lesiones y de la respuesta al tratamiento médico.

Dr. Pereyra: Quiero aportar algo a la pregunta del doctor Podestá. El problema del reflujo, en gran parte, es polémico porque existe fundamentalmente un asincronismo entre la patología original y la que observa el médico.

Cuando el médico observa un estudio radiológico, fundamentalmente la urografía de un niño, cuando el reflujo alrededor del período neonatal ha sido severo, puede apreciar dos cosas: o la concomitancia de un reflejo que ha disminuido por un hecho evidente que es el crecimiento de la unión uréter-vesical y la aparición de cicatrices.

La aparición de cicatrices está condicionada por el grado de reflujo y por algunas condicionantes de la primera barrera que protege a nefrona, es decir, la disposición de las papilas, pero puede suceder que las cicatrices que se observan no corresponden ya al mismo reflujo de grado mucho menor.

En ese caso, si el reflujo ha retrocedido pero existen las cicatrices hay que tener mucho cuidado con dos cosas: primero, si se disminuye el reflujo en el grado, habrá que darle una chance, por lo menos ese es mi concepto, con un tratamiento médico, porque ya están formadas las cicatrices.

Habría que tener además otro cuidado: las cicatrices tienen un período de formación que en la infancia es muy largo, de 8 a 10 meses, lo que, indudablemente, significa un plazo muy largo en la vida del niño.

Las cicatrices pueden evolucionar con un reflujo menor del que tenía el niño en el período neonatal.

Además, hay que tener mucho cuidado con el establecimiento del grado de la cicatriz, porque la cicatriz puede no haber avanzado en forma absoluta sino relativa por el crecimiento exagerado del parénquima no tocado de vecindad.

De manera que si el reflujo que provocó esa cicatriz, ha disminuido y es de un grado que nosotros hemos establecido, a ese niño le podemos dar una chance para el tratamiento médico.

En el caso de que ese niño con cicatrices tenga un reflujo de un grado tan importante como el que presumimos que tenía cuando nació o alrededor del período neonatal, deberá ser intervenido quirúrgicamente.

Sr. Coordinador (Dr. Grumberg): Las autoridades del Congreso nos comunican que ha terminado el plazo acordado para la finalización de esta Mesa Redonda.

Yo me voy a permitir un resumen en unos pocos minutos. No sería honesto a mí mismo sino presentara las últimas dos diapositivas que es un toque de alerta a una verdad que se vive y que debe ser tomada en consideración.

Diapositiva: ¿Cómo llegan los enfermos al hospital? No es solamente tener un hospital y un médico sino saber a qué sacrificios están expuestos los niños a los que hacemos controles periódicos.

Este niño, que vive a 98 km de nuestro Hospital tiene que salir a las 12.30 de la mañana, se levanta a la 1.30 de la mañana, llega al hospital a las 7.45, en pleno invierno tiene que recorrer 30 cuadras a pie, que es una hora, el tren demora 3 horas y el ómnibus 30 minutos. Demora 5 horas y 15 minutos la duración total de traslado y debe utilizar dos vehículos.

No hay ningún equipo, por excelentes que sean sus recursos terapéuticos que pueda poner en práctica, si obliga a venir a este niño tres o cuatro veces por mes.

Esta es la realidad de muchos de nuestros países y no es el Uruguay el que lo presenta más grave.

Diapositiva: Es decir, que nosotros debemos actuar aquí de una manera en cuanto a la prevención de la enfermedad, de la uremia, de la infección urinaria y la pielonefritis. Son los elementos básicos para el tratamiento.

El reflujo vésicoureteral es una enfermedad frecuente que emerge a través del abatimiento de los errores del pasado. Emerge como una enfermedad frecuente y potencialmente grave para la cual existen excelentes recursos médicos y quirúrgicos, como los que se expusieron aquí. Los beneficios de estos son importantes cuando se aplican en el recién nacido y en el lactante.

El reflujo vésicoureteral, además, nos da un mensaje de modestia. La historia del reflujo, que está llena de errores, de conceptos equivocados, de omisiones en el pasado reciente, es un llamado a la modestia y a la reflexión, eliminando dogmatismos que enfáticamente son las verdades de hoy y los reconocidos errores de mañana.

Nada sustituye el trabajo en equipo, la valuación periódica y los resultados que elimine lo novedoso como lo objetivo, con un criterio científico que excluya el dogmatismo.

¿Qué sugeriría como primera medida, qué recomendaría a los pediatras, a los servicios de nefrología y de urología? Una buena enfermera para recolección de orina, un grupo que hable, que dialogue con los pacientes a los efectos de detectar la familiaridad y combatir y diagnosticar el no cumplimiento, un equipo interdisciplinario con integración real que anule el solitario y la fragmentación del conocimiento. Lo demás es lo de menos y siempre hay excelentes técnicos que van integrándose a equipos que tienen una infraestructura básica.

El tratamiento del reflujo y de la pielonefritis secundaria es el único recurso que tenemos actualmente para combatir con eficacia a la uremia. Los que nos debatimos ante la impotencia de las glomerulopatías, encontramos aquí una excelente justificación para nuestra acción pediátrica.

Es así que el pediatra es decisivo para el diagnóstico y tratamiento precoz. Eso depende exclusivamente del pediatra y los especialistas (nefrólogos y urólogos) sólo actuarán eficazmente a través de la docencia a los pediatras generales y a la implementación de la enfermería adecuada para la recolección, transporte y conservación de la orina.

Los niños con infección urinaria tienen 30, 40, 50% de posibilidades de ser portadores de reflujo. Los conocimientos de la herencia y de la genética del reflujo aportan otros recursos valiosos para el diagnóstico precoz.

Hoy ya podemos afirmar, enfática y decididamente, que no es el azar; la enfermedad es familiar y hereditaria en un número muy importante de casos.

Ante el desafío que significa el diagnóstico precoz, ante los casos con diagnóstico sintomático tardío, la probabilidad basada en el conocimiento de la herencia es de fundamental importancia, constituyendo el único recurso diagnóstico.

El proceso de diagnóstico y tratamiento del reflujo pone a prueba todo el sistema de salud. La acción pediátrica, la calidad de la enfermería, el bacteriólogo, el genetista, el nefrólogo, el urólogo, la trabajadora social, el psicólogo, deben estar integrados a un equipo. La necesidad de equipos interdisciplinarios con comunicación e integración real es indiscutible para que los beneficios lleguen a los que los necesitan.

De nada servirá el equipo si el niño enfermo no puede adquirir la medicación o si la adquiere no la toma o si no puede concurrir al hospital a efectuar los controles indispensables.

Para terminar, digamos los que hemos vivido los dos períodos, los de conocimiento y racionalización de la enfermedad que tratamos y el período previo del empirismo y del desconocimiento de esta afección, que en el Año del Impedido, que en este momento conmemoramos, poco se ha insistido en el impedido social, como lo es la pielonefritis secundaria al reflujo, sin diagnóstico ni tratamiento, las internaciones repetidas, la incontinencia de orina, la desnutrición progresiva condiciona el retardo escolar, el aislamiento social y, en definitiva, alteraciones muy graves de crecimiento y desarrollo. El urémico será la expresión y causa mayor del impedido.

Muchas gracias (Aplausos).

Con lo que se da por terminada la Mesa Redonda.