

Tema Oficial.

UROPATIA OBSTRUCTIVA INFERIOR EN LOS NIÑOS

Por el Prof. R. DE SURRA CANARD y Dr. A. PUJOL

En estas jornadas urológicas, con asiento en la ciudad de Tucumán, se ha elegido como tema "La patología obstructiva del cuello de la vejiga"; siempre ha dado motivo este asunto a gran número de trabajos, monografías, cursos y debates de congreso desde los albores de la urología, porque continuamente algo surge que despierta la inquietud de los urólogos, ya sea con el fin de adquirir conocimientos o de curar pacientes. El problema del obstruido ha enfocado casi siempre al enfermo adulto porque él es el afectado en la gran mayoría de las ocasiones.

En nuestra experiencia urológica hemos tenido oportunidad de ver esporádicamente, algún niño de corta edad ocupando una cama en la sala de los mayores; este hecho fortuito señalaba evidentemente la existencia de una patología en el niño, pero dejaba también la sensación de su extrema zaga. Sin embargo, una experiencia clínica acaecida a uno de nosotros (Prof. R. de Surra Canard) durante su estada a cargo del Servicio de Urología del Hospital Churruca, le impresionó tan profundamente que a partir de ese año 1944, decidió dedicar parte de su actividad al estudio de la urología del niño y procurar despertar la inquietud de puericultores y pediatras, para que no pasasen desapercibidos esos cuadros clínicos. La adquisición del instrumental facilitado por el final de la contienda mundial, la generosa acogida del Dr. R. Monteverde y de sus distinguidos médicos de la sala VI del Hospital de Niños, así como la aceptación del Dr. Ernesto Perazzo, Director de la Institución, nos han permitido improvisar un consultorio e iniciar el estudio de los enfermitos que allí concurren, pudiendo así demostrar prácticamente los beneficios de la investigación urológica en la tierna edad.

En el breve plazo de sólo algunos meses, ya hemos manejado unos treinta

y cinco niños, un buen número de ellos afectados de uno u otro tipo de obstrucción. Es nuestro propósito relatar los hechos clínicos observados hasta la fecha con el único deseo de mantener viva en el ambiente la noción, que la "Patología urológica del niño existe" y que el éxito "quod vitam" del tratamiento está íntimamente vinculado a la precocidad del diagnóstico. Uno de nosotros tiene siempre en la memoria las palabras de Chutro, repetidas con insistencia que: "en los hospitales o salas quirúrgicas de niños se ven con gran frecuencia la múltiples variedades y localizaciones de la tuberculosis quirúrgica, mientras por contraste cuando se leen las estadísticas surgidas de los exámenes médicos practicados a los futuros conscriptos, son infrecuentes las secuelas de esas tuberculosis quirúrgicas". Llegando a la conclusión nuestro querido maestro "que esos pobres enfermitos no alcanzaban la mayoría de edad por haberse quedado en el camino". Otro tanto puede decirse de los niños afectados de uropatía obstructiva baja, ya que la acción destructora de un obstáculo, por insignificante que sea, actúa de manera progresiva y sin tregua.

Comprendemos que sería osado e irrespetuoso pretender sintetizar la esencia de la uropatía obstructiva baja infantil por cuanto ella es conocida por todos los urólogos y la obra de Campbell agota el tema en forma magistral, pero en cambio creemos que es útil enumerar cuáles son los síntomas o signos que requieren un estudio urológico completo. Repetiremos aquí un comentario que vertimos en ocasión de haberse presentado un caso de hidronefrosis gigante en un niño de 16 meses a la Sociedad de Cirujanos por los Drs. A. S. Vergara y O. Anzorena, relatado por el Dr. B. Lucero así como lo expresado en la Sociedad de Pediatría en el trabajo sobre el tema en colaboración con los Drs. Luis María Cucullú y Helio López.

En el lactante y en el niño de primera infancia la expresión de los síntomas subjetivos es muda y algunos signos objetivos pasan inadvertidos fácilmente. Si se espera que los elementos semiológicos de la uropatía obstructiva denuncie su existencia, se hará un diagnóstico siempre tardío. Es indispensable adelantar, e ir en busca de las alteraciones funcionales, en el caso presente, de la vejiga y del riñón, para poder así sorprender la existencia de un fenómeno obstructivo y corregirlo. Para lograr ese objetivo es menester educar a quienes manejan los niños (la madre, nodriza, nurse, gobernanta, etc.), acerca de las posibles alteraciones de las micciones; su frecuencia o el excesivo número de pañales, llanto o esfuerzo que coincide con ella; diuresis excesiva en las 24 horas; importancia de una piuria y con más razón una piuria persistente o recidivante; la hematuria con sus diferentes intensidades; sin olvidar cuanto se refiere al valor que pueden tener las alteraciones digestivas, diarreas ocasionales, vómitos habituales como expresión de una retención de residuos azoados y respecto a la significación de una eneuresis que se instala o se exagera.

A fin de ser breves referimos a continuación las historias clínicas actualizadas al 25 de agosto de 1946.

HISTORIAS CLINICAS

Nº 1. — A cargo del Dr. J. M. Pelliza, R. T., 12 años, sala VII; Hospital de Niños, cama 35, Historia 11.253. Ingresó con el antecedente de haber tenido una retención de orina hace 4 años, fiebre y decaimiento general.

Al examen pierde orina en forma permanente y tiene necesidad imperiosa de orinar cada tantas horas, facies tóxica, globo vesical que alcanza la altura del ombligo; orina turbia, isostenuria, retención 650 cc. Urea en sangre 0.74 por mil. Orina densidad 1002; urea 4.96 por mil; cloruros 4 por mil.

Endoscopia: Medio vesical sucio que exige poco lavado; gruesas columnas infundíbulo vesical con edema; meatos ureterales que desembocan en una orificio deverticular de la vejiga. No hay saliencia de cuello vesical.

En uretra posterior se ven dos amplias válvulas supramontanales. Hacemos un intento de preparar al niño con sonda permanente pero no la tolera y decidimos efectuar la sección de las válvulas por vía endoscópica, bajo anestesia raquídea.

Resultado a los 4 $\frac{1}{2}$ meses: Ha desaparecido la incontinencia permanente, el niño orina de vez en cuando durante el sueño nocturno; micción controlada a voluntad; no se palpa globo vesical, orina infectada e isostenúrica. Residuo variable entre 30,50 y 80 cc. que atribuimos a pérdida del tono vesical; insuficiencia renal remitente.

Nº 2. — A cargo del Dr. J. E. Rivarola, sala VII, del Hospital de Niños Historia 10.352. Retención de orina por mixosarcoma de vejiga presentado a la Sociedad Argentina de Urología, con motivo de las Jornadas Urológicas de Córdoba.

Nº 3. — A cargo de los Drs. L. M. Cucullu y Helio López, Sala III del Hospital de Niños, cama 40, Historia 4014. Retención de orina, globo vesical, estado tóxico urémico 0.62 por mil tratado con sonda permanente, se calibra su uretra hasta conseguir el equilibrio funcional del riñón para luego realizar una cervicotomía y resección endoscópica del cuello de la vejiga que se presentaba con el carácter de hipertónico; el resultado fué excelente. La función renal mejoró en forma notable desapareciendo el residuo post-miccional. Esta observación se presentó en la Sociedad de Pediatría sesión del 10 de agosto de 1948, donde se publicaron todos los detalles clínicos y en la sesión del mes de Julio de 1948 de la Sociedad Argentina de Urología con el objeto de mostrar el buen estado del paciente.

Nº 4. — A cargo del Dr. R. Detchesarry, C. V. de 4 años y medio, de la clientela privada. El niño es visto por el Dr. Detchesarry quien en el primer examen clínico estableció un diagnóstico de pionefrosis izquierda con globo vesical. Una urografía excretoria dió resultado negativo porque ninguna de las glándulas pudo concentrar el medio de contraste. Colocamos una sonda permanente para neutralizar el fenómeno obstructivo inferior y calibrar la uretra. Urea en sangre 0.68 por mil. El estado general del niño es pobre, pálido, algo desnutrido, se tiene la impresión de un desarrollo físico disminuido en relación a la edad. Es interesante señalar que la distensión vesical, cierta distensión colónica y la tensión permanente del vientre exigida por el esfuerzo para la micción originaba una red venosa en el abdomen inferior que desapareció con la sonda permanente. A pesar del drenaje vesical la temperatura se eleva hasta en ocasiones hasta 39° y tiene escalofríos, la piuria persiste, la insuficiencia renal no mejora. La endoscopia confirma la pionefrosis izquierda y la causa de la obstrucción

baja, hipertonia del cuello vesical y dos válvulas supramontanales. Pero el cuadro clínico estaba regido por la infección renal izquierda y por ello se drena el riñón de ese lado porque se considera excesiva una nefrectomía. Postoperatorio con isquencias y que no ofrece los beneficios que se abrigaban. Mediando una cuidadosa preparación se opta por mejorar el niño extirpando el órgano no solo en su vía excretoria sino ya sembrado de microabscesos corticales. Postoperatorio muy grave con gran oligohematuria y desequilibrio acidobase que tiene un fatal desenlace a pesar de los esfuerzos terapéuticos realizados bajo controles bicotidianos de los cambios de los valores del equilibrio humoral.

En síntesis obstrucción baja, distensión de vejiga. Hidronefrosis derecha e hidropionefrosis izquierda.

Nº 5. — A cargo de la Dra. Sara Cosoy. — A. L. Hospital de Niños, sala X. Historia 9.045. Sala VII. Historia 11.434. Este enfermito ofrece un cuadro de pielonefritis crónica bilateral con ectasia ureteropielica discreta y gran piuria, insuficiencia renal. Sin lesión de cuello con retención discreta de orina postmiccional 80 c.c., verumontanum grande. No hay lesiones del sistema nervioso. Este niño nos desconcierta ya que se encuentra como única causa capaz de engendrar un fenómeno obstructivo la hipertrofia del verum. Se practica una electrocoagulación del colículo, fundando esta conducta en el hecho observado, que la derivación permanente de la orina por la vía natural traía una disminución sensible de la piuria. El resultado clínico hasta la fecha no es satisfactorio.

Nº 6. — A cargo del Prof. Dr. Arturo San Martín. M. C. F. 3 meses de edad. Clientela privada del Dr. San Martín. Con el único antecedente de ser una lactante vomitadora, la madre observa un día que la niña no orina. Llamado el Dr. San Martín verifica la existencia de una retención de orina 200 c.c. al sondado evacuador, la micción no se restablece. Urea en sangre 0.62 por mil, sonda permanente con lo cual se mejora el estado general, la tolerancia alimenticia y desciende la urea. El examen urológico pone en evidencia una deformación del cuello de la vejiga de origen intrínseco. El tacto rectal pone de manifiesto la existencia de un tumor del tamaño de un pomelo retrorectal, presacro, cuya naturaleza por biopsia quirúrgica (Dr. Lagos García) resulta tratarse de un sarcoma (Dr. J. Monserrat).

Nº 7. — A cargo del Dr. Roca Rivarola. Actualmente en el Hospital Argerich a cargo del Dr. Caligari del Servicio del Prof. Dr. Arturo de San Martín. M. A. C. 8 años Hospital de Niños, sala VII, Historia 11.026. Hospital Argerich, sala V, cama 4. Historia 276.

Se interna por ectopia testicular e hipospadias balánico. Eneuresis que se ha agravado en este último tiempo, presentando pérdida de orina constantemente durante todo el día. En el campo atribuyen la pérdida de orina al hipospadias.

Al examen sorprende un globo vesical que llega al ombligo. Urea 0.60 por mil. Endoscopia: Sobresalto en el cuello de la vejiga al introducir el cistoscopio. Cuello vesical saliente. Tacto rectal, espesor exagerado del cuello de la vejiga.

Tratamiento: Sonda permanente, recuperación funcional renal muy lenta. Infecciones intercurrentes por contagio del medio. Resección endoscópica a los 7 meses de su asistencia. Postoperatorio inmediato y a distancia excelente en cuanto a función de la vejiga, no así a función renal. La curva de la urea sube hasta 1.60 por mil y desciende sólo a expensas de una dieta severa hipoproteica para volver a subir en cuanto se aumentan las proteínas. Insuficiencia renal descompensada.

Nº 8. — A cargo del Dr. J. E. Rivarola. M. de 2 años. Hospital de Niños. Sala VII. Historia 11.505.

El Dr. Rivarola es llamado a ver el niño que era tratado por un megacolon congénito,

comprueba la existencia de un globo vesical enorme que encierra 2.500 c.c. de orina al sondado evacuador, que había sido interpretado como megacolon, el cual en realidad no existía.

La cistografía pone de manifiesto un reflujo uretérico bilateral extraordinario. (Placa radiográfica exhibida en la Sesión del mes de Julio de 1948.) La endoscopia revela un cuello saliente, orificios ureterales entreabiertos. Informe neurológico: Dr. A. Petre, presenta un cuadro de excitación muscular con hiperreflexia, el todo consecutivo a una encefalopatía muy moderado, redondeando el cuadro de la debilidad motriz de Dupré.

En síntesis, no está definido el diagnóstico entre uropatía obstructiva y uropatía neurogénica. Una coqueluche intercurrente ha demorado la acción sobre el cuello de la vejiga.

Nº 9. — A cargo del Dr. F. Egozcue, de la clientela privada. R. P. de 2 años, sexo femenino.

Mientras la enfermita se encontraba bajo la acción de un tratamiento con sulfamidas por una afección de garganta sorprende a sus allegados la falta habitual de emisión de orina que en un principio se presentó sin manifestaciones ruidosas, para luego hacerse intolerable, situación que la niña traduce por llanto casi continuo e intranquilidad. En ese estado la examinamos y encontramos un globo vesical muy apreciable y cuya palpación despierta dolor intenso; un edema que comprende toda la región suprapúbica, los grandes y pequeños labios, la vulva y su vestíbulo y que hace muy difíciles las maniobras del cateterismo uretral que solo se consigue efectuar con una sonda ureteral Nº 8, la cual dejamos a permanencia durante 48 horas para luego cambiarla por una Nélaton Nº 12 que se mantiene por espacio de otras 48 horas después de lo cual todo entra nuevamente en orden.

En síntesis: Edema angioneurótico por intolerancia al sulfatiazol que acarrea una retención de orina por obstrucción mecánica de la uretra.

COMENTARIOS

La exposición abreviada de estos 9 casos de obstrucciones urinarias bajas en niños, es muy elocuente si se considera que corresponde a un total de 35 niños atendidos en menos de un año, en un ambiente improvisado y todavía casi ignorado. Justifica además la urgente necesidad de divulgar estos hechos para que la acción médica sea más útil encontrando enfermos que no hayan perdido aún la totalidad de recuperación de su parénquima. Porque no hay pena más grande que contemplar impotentes a un niño urológicamente vencido, la más de las veces por un viejo congénito de naturaleza anatómica insignificante, pero que acarrea perturbaciones profundas en extremo de la libre función evacuadores de la orina.