

UROPATIAS CONGENITAS INFANTILES

Por el Dr. GUSTAVO CALLE URIBE

(Medellín, Colombia)

Uno de los problemas que llama profundamente la atención en el campo de la Pediatría es el de la frecuencia de los trastornos urinarios infecciosos de la infancia. Generalmente estos niños demuestran su patología por uno de los síntomas que más alarma producen en los padres cual es el de la fiebre. Pero no sólo la fiebre hace el cuadro exclusivo de estas lesiones sino que con mucha frecuencia se complementa con otros síntomas como la disuria, poliaquiurias, falsas incontinencias por urgencia, disminución marcada en la fuerza del chorro. No obstante muchos de estos síntomas pasan para los padres desapercibidos en un principio y sólo cuando el problema febril se presenta es cuando buscan contacto con el médico. En el mayor número de los casos la piuria constituye otro de los síntomas patognomónicos de las uropatías infantiles.

En todos estos casos, el primero que logra tomar contacto con el enfermo es el médico general y a veces el pediatra, siendo en cambio el urólogo el último que en los casos apurados es llamado en consulta generalmente en forma tardía.

A veces el fenómeno inicial agudo del cual ya hemos hablado, pasa fácilmente con cualquiera de las medicaciones desinfectantes urinarias o antibióticas, para no volverse a presentar jamás, pero lo usual es que estos niños ya infectados, siguen el calvario de las infecciones periódicas e intercurrentes.

Dentro de los gérmenes más frecuentemente responsables tenemos en primer lugar los del tipo intestinales, siendo el primero el colibacilo y siguiendo los enterococos fecal, pseudomonas, aerobácter, proteus. Dentro de los cocos el estafilo y estreptococo generalmente son los responsables de las glomerulonefritis de la infancia. Ya el gonococo se encuentra con alguna frecuencia en la vagina de las niñas ocasionando algunas ocasiones conflictos conyugales para lo cual el médico debe estar preparado para saber disimular y sortear.

Definitivamente todo niño que llegare a presentar siquiera una recurrencia de infección urinaria debería merecer el beneficio de la exploración urológica, ya que estos casos son verdaderamente imposibles de diagnosticar y de tratar sin una cabal visualización del defecto orgánico generalmente congénito del árbol urinario. Las uropatías visibles para el urólogo lo son invisibles para cualquier otro especialista.

En estos casos la conducta rutinaria debería ser conducida en primer lugar hacia el urograma excretor o descendente. La cistoscopia y el cateterismo ureteral para separación de muestras de orina y la pielografía retrógrada seguirían en su orden. En algunos casos difíciles e incateterizables, la pielografía directa por punción, ha demostrado ser el único examen útil y practicable.

Según Campbell el 90 % de los más comunes problemas del joven son debidos a bloqueo e infección o ambos, siendo las lesiones obstructivas de etio-

logía congénita. Efectivamente en mi experiencia puede decirse que 9 de 10 casos que me han sido referidos por otros médicos, se han encontrado lesiones orgánicas que han necesitado la manipulación endoscópica. Según el mismo Campbell el 12 % o 1 de 8 niños nacidos aparentemente sanos muestran alguna anomalía de desarrollo del tracto génito-urinario.

Como decíamos antes, todo estudio especializado debería iniciarse con un urograma excretor. Desgraciadamente en los niños este estudio no da las luces claras que suelen dar en el adulto. Por lo pequeñísimo de los conductos y la gran cantidad de gases intestinales, la obtención de buenas placas realmente es problemático. Pero, no obstante, alguna luz que pueda dar sirve de valioso auxiliar especialmente para resolver sobre la necesidad de la exploración retrógrada. En algunos casos usando la Coca-Cola como complemento en los recién nacidos, se consiguen mejores contrastes al distender de gas toda la cavidad gástrica, con lo cual se rechazan los intestinos hacia abajo y se consigue un fondo uniformemente oscuro por el gas sobre el cual contrasta perfectamente bien el contraste eliminado por riñón.

El rechazo de las vísceras hacia afuera por medio de una compresión bien aplicada puede servir como método bueno auxiliar.

Con la exploración retrógrada indudablemente se logran visualizar de manera perfecta todos los defectos orgánicos por pequeños que sean, por lo cual no es muy aconsejable despreciarla. Y no sólo desde el punto de vista diagnóstico sino que llama la atención la forma tan definida como esos enfermos generalmente logran alivio después del examen. Es decir no sólo sirve como medio diagnóstico sino como método de tratamiento. El mayor número de los casos traídos en esta monografía recibieron este beneficio.

Dentro de las causas, muchas son realmente obstructivas por defectos congénitos de tipo orgánico, como son las valvas, las fibrosis, las soldaduras mucosas de los conductos etc., pero existen otras ya enunciadas en la literatura que no se ha podido definir realmente la causa determinante del defecto de vaciamiento pieloureteral, lo cual produce dilataciones unas veces grandes y otras moderadas. Así se ha hablado de acalacias del uréter, de atonías, de síndromes neuromusculares, de distonías neurovegetativas, de defectos de inervación, de falta de sinergismo pielouretero-vesical. Todas estas posibles explicaciones son meras suposiciones, ya que realmente es difícil, sino imposible definirlo de una manera certera.

Lo que sí es indudable es la facilidad con la cual pasan las sondas en la exploración y el gran alivio de la sintomatología obtenida después de la exploración. Este hecho me ha llevado a la suposición de una incidencia de patología grande de la uretra anterior, motivada quizás por leves y blandas fusiones de la mucosa uretral, similares a la tan frecuente fusión mucosa de glande y prepucio en los niños y de la vulva en las niñas y con lo cual se disminuye la luz uretral en forma suficiente para proporcionar dificultades de evacuación, facilitando la dilatación y finalmente la infección.

De esos obstáculos en 4 casos me ha sido posible apreciarlos, levemente al paso de los instrumentos, pero muchos de ellos podrían llegar a ser tan blandos que no darían la resistencia suficiente y por consiguiente su apreciación dígito-instrumental.

Esta idea me ha llevado a la creencia y a sugerirla a los pediatras que en cualquier caso de sintomatología urinaria generalmente infecciosa o irritativa, en lugar de apelar a la simple circuncisión como es costumbre habitual en nues-

tro medio, debe siempre completarse la intervención, con la exploración instrumental de la uretra o siquiera con el simple sondeo con el más alto calibre que se pueda pasar para desplegar las paredes uretrales. Sólo cuando esto haya fallado se debe seguir con la exploración especializada.

Cada una de las historias clínicas que se presentan en forma rápida y concisa, demostrarán el síntoma predominante, la causa urológica y la forma de tratamiento.

CASUÍSTICA

Caso N° 1. — Niño Jairo R. de 11 años, remitido por el Dr. Roberto Gaviria (pediatra) en 1951 con fuerte disuria, retención urinaria final, fenómenos infecciosos urinarios, distensión vesical. Residuo de 1000 c.c. Diagnóstico: Prostatismo infantil avanzado por obstrucción total de cuello debido a una fibroleiomatosis del tejido prostático (Diagnóstico anatomopatológico). Tratamiento: Prostatectomía subtotal retropúbica. Resultado: Magnífico. Enfermo totalmente curado.

Caso N° 2. — Niña Carita L. de 5 años, remitida por el Dr. Rogelio Londoño (pediatra). Atendida en 1950, traída de Manizalez por crisis frecuentes de infección urinaria. Diagnóstico: Hidronefrosis mediana derecha infectada, por malformación congénita del ángulo pielo ureteral. Tratamiento: Pielo-urétero plastia con reconstrucción en Y. Resultado: Magnífico. Curación total.

Caso N° 3. — Niña Luz Marina R. de 3 años de edad, remitida por el Dr. Madrid (pediatra), debido a fuertes temperaturas, infección urinaria, incontinenia permanente. Diagnóstico: TBC renal izquierda avanzada con exclusión funcional del órgano y además Hidronefrosis derecha (véase Radiografía) por fuerte esclerosis vesical. Tratamiento: Nefrectomía previa una punción renal que demostró empiema renal e imagen de TBC avanzada a la pielografía directa por punción. (Caso presentado en el Congreso de Mar del Plata en el tema Pielografía Directa por Punción). Resultado: Medíocre inicialmente. La enferma se perdió de vista.

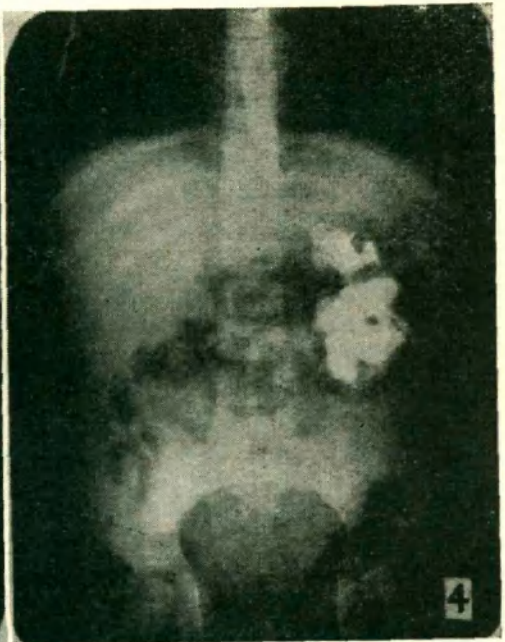
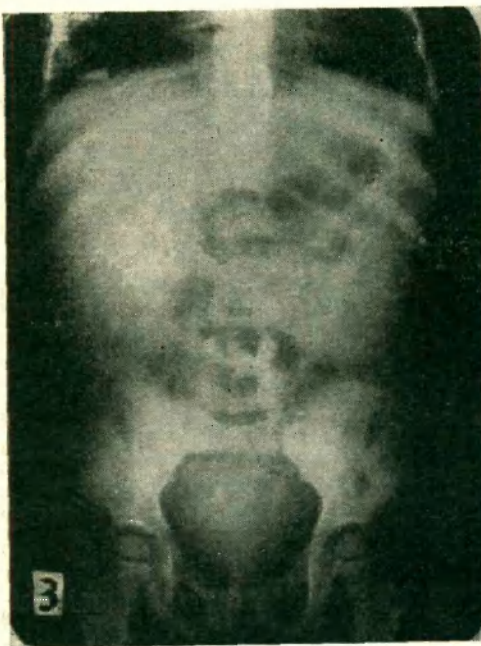
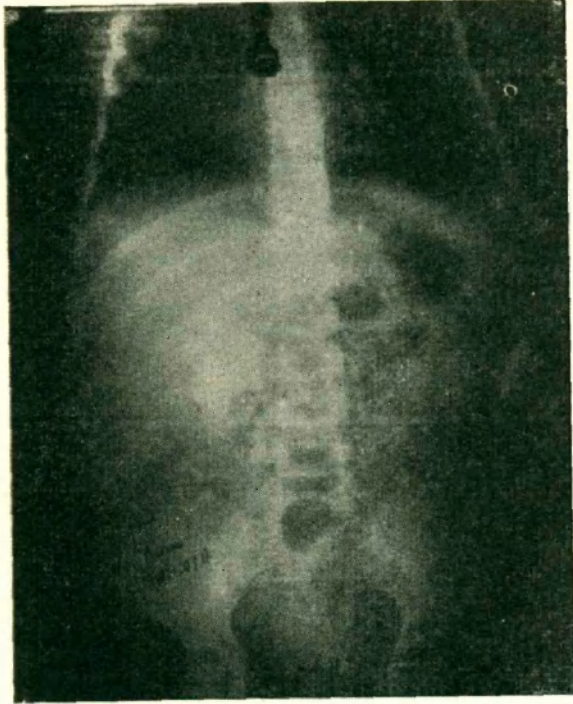
Caso N° 4. — Niña Clara María D. de 4 años de edad. Remitida por el Dr. Octavio Díaz (pediatra). Síntomas de disuria, incontinenia de orina diurna (se mantenía con los pantalones mojados) ardor al orinar, poliaquiuria con urgencia, tenesmo vesical. Fiebres periódicas. En el primer examen se encontró una completa fusión de la vulva que fué desprendida para poder hacer exploración endoscópica. Se hizo cateterismo ureteral con entera facilidad, encontrándose dilatación ureteral izquierda y piuria de ese lado. La enferma mejoró completamente durante 3 años al cabo de los cuales reaparecieron los síntomas. Al repetir la exploración ya fué difícil pasar sonda ureteral izquierda, lo cual se logró con alguna paciencia. La Radiografía obtenida demostró tremenda dilatación de tercio inferior de uréter derecho. Se hizo meatotomía endoscópica y la enferma volvió a recobrar la salud hasta el presente. Resultado: Muy bueno.

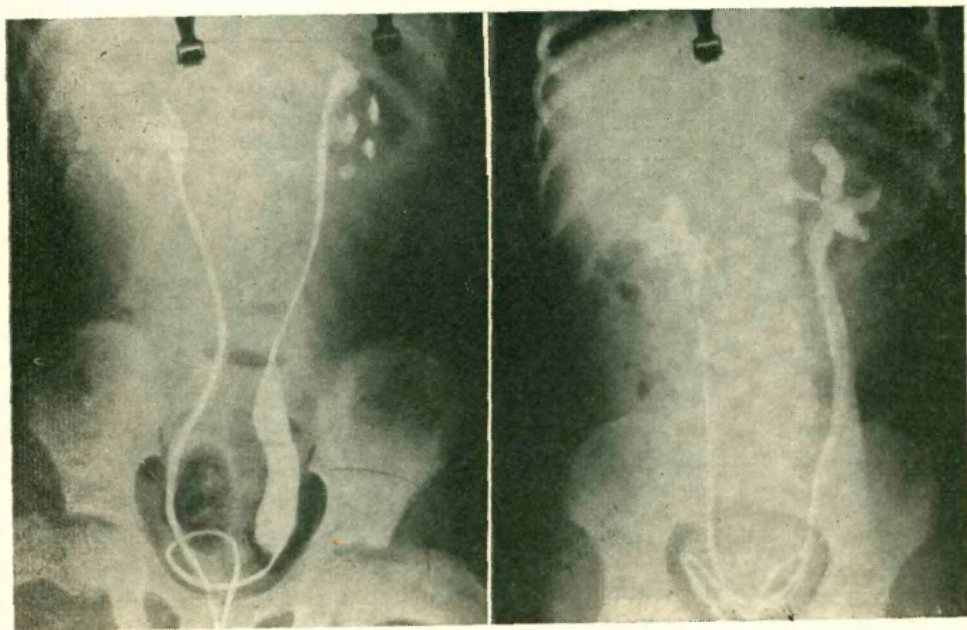
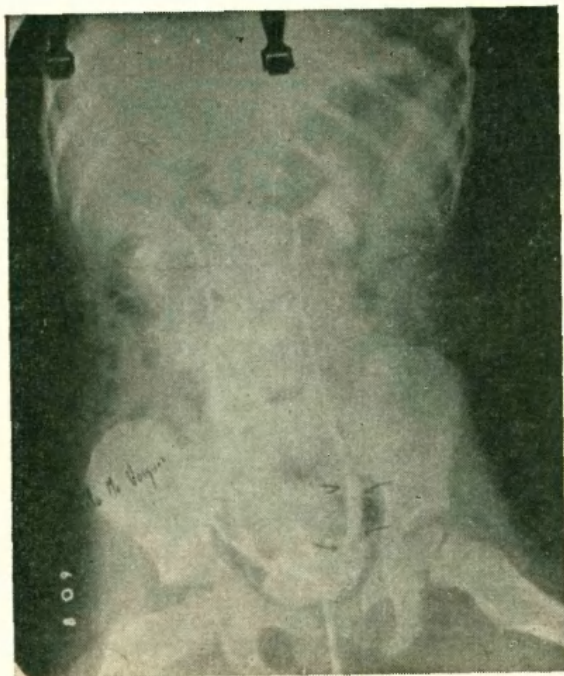
Caso N° 5. — Niña de familia judía con 2 años de edad, remitida por el Dr. Benjamín Mejía Calad (pediatra), por intensa disuria. Al examen completa fusión de la vulva. Con el solo desprendimiento la niña mejoró completamente.

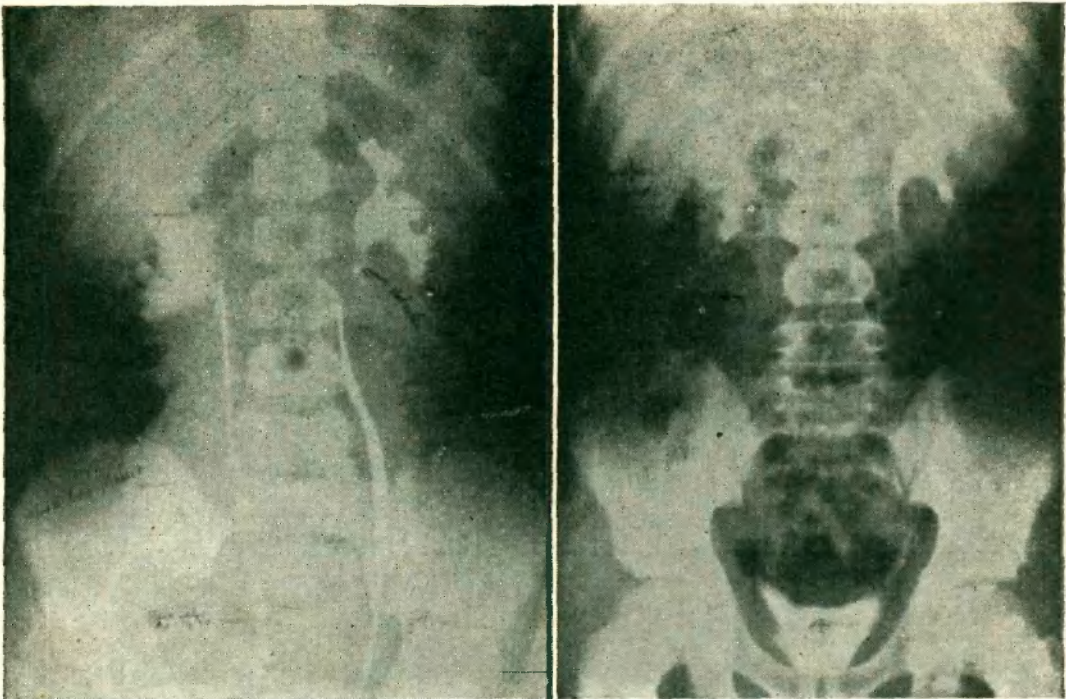
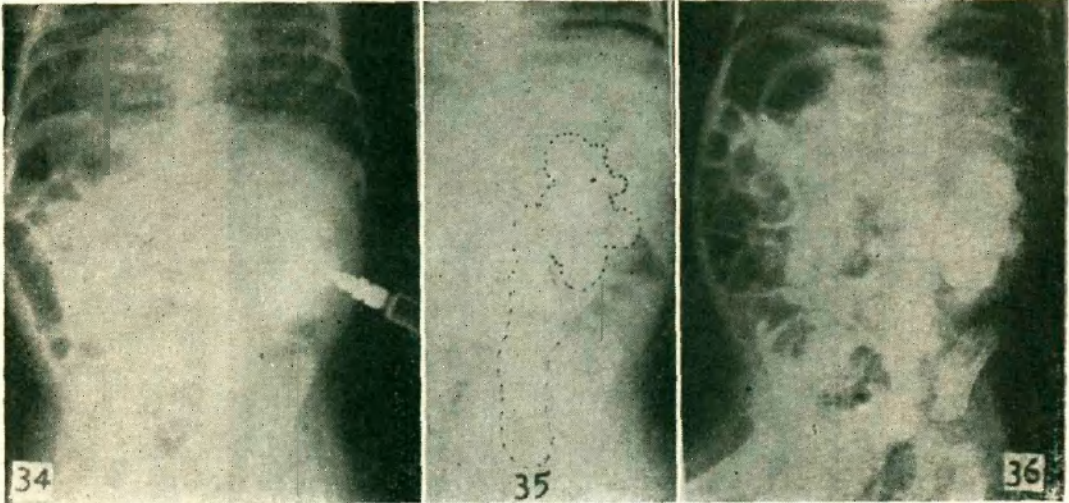
Caso N° 6. — Niño paciente del Dr. G. Gómez (pediatra) que encontrándolo en la sala de cirugía practicando una circuncisión, por molestias urinarias consistente en disurias, poliaquiurias y un poco de urgencia, se le comenta de hacerle la exploración rutinaria uretral. Al intentarlo se encuentra una verdadera y franca estenosis a nivel de la región peno-escrotal que fué necesario dilatar usando las bujías de Hegar 3 y 4.

Caso N° 7. — Niña Martha Ma. de 3 años de edad. Traída por el Dr. Gonzalo Vásquez con síntomas que datan de 4 meses de anterioridad consistentes en poliaquiurias, disuria, tenesmo vesical. El Thiosulfil y Cloromicetín le daban alivio mientras los tomaba. Lo mismo la Furadantina. Perdiendo peso. Se hizo cateterismo ureteral, no encontrándose obstáculo ni uretral, ni ureteral. (Véase Radiografía). La Pielografía normal. No obstante esto la niña no volvió a sentir síntomas y lleva un año de evolución normal.

Caso N° 8. — Niño Alvaro Luis A. de 11 años de edad. Remitido por el Dr. Benjamín Mejía C. (pediatra). Visto en agosto de 1956. Desde el 55 fuerte dolor lumbar, fiebres periódicas que venían casi desde su nacimiento, poliaquiurias, piurias. La Urografía (véase placa) demostró lado izq. normal. En lado derecho un cáliz superior normal. En cambio medios e inferiores, independientes del superior por doble uréter, demostraban imagen borrosa con fuerte dilata-







ción. La pielografía retrógrada, fué más evidente mostrando la dilatación de los cálices inferiores derechos. En el lado derecho se observa accidentalmente en la retrógrada una bella imagen de valva pielouretal congénita que todavía no ha producido defectos de vaciamiento. Tratamiento: *Heminefrectomia derecha*. Resultado: Perfecto.

Caso N° 9. — Niño Francisco Javier M. de 7 meses de edad. Remitido por el Dr. Fabio Uribe (dermatólogo-internista), en 1955. Sintomatología: Fuertes temperaturas en campanario con piurias permanentes. La Urografía mostró ausencia de eliminación por lado izquierdo. Lado derecho un poco dilatado. No pudiéndose cateterizar el lado izquierdo, se hizo punción renal y pielografía directa por punción (caso presentado al Congreso de Mar del Plata). Se demostró dilatación uniforme muy grande de uréter, pelvis y cálices izquierdos. Con anestesia general se hizo electrocoagulación endoscópica del meato izquierdo. Los 11 primeros días fuertes temperaturas. Se hicieron 2 punciones renales izq. evacuando material purulento espeso. A los 11 días cae la escara de la electrocoagulación, viene descarga miccional purulenta y cae igualmente la temperatura. La mejoría duró 2 meses, pero reaparecieron los síntomas agudos febriles por lo cual se apeló a la Nefrectomía. De ahí en adelante se recuperó totalmente. Resultado: Magnífico.

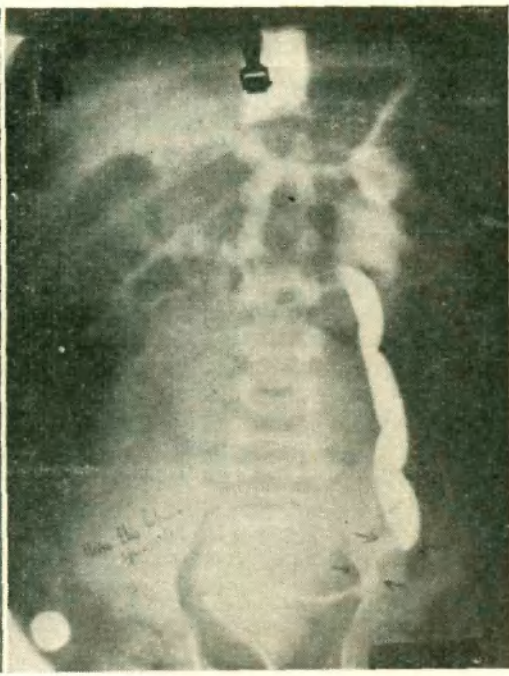
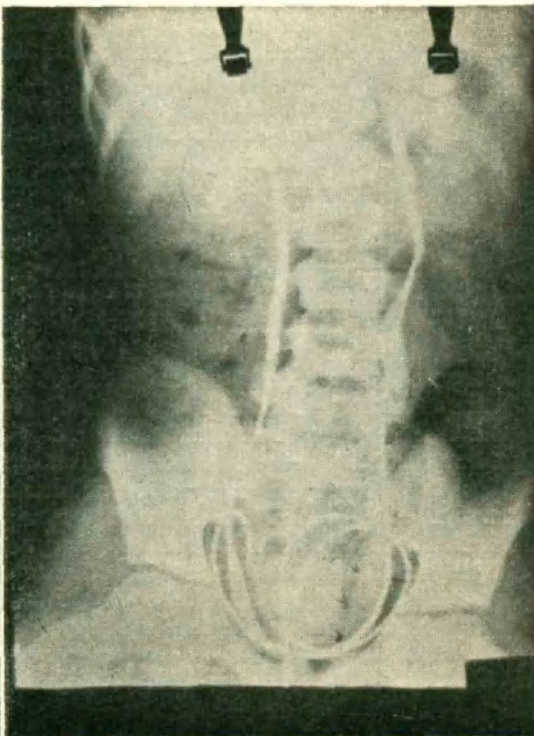
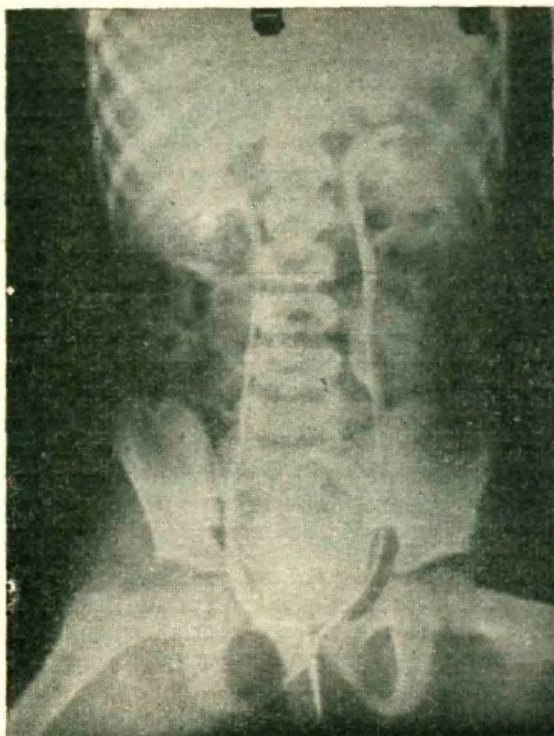
Caso N° 10. — Niña Elena María M. de 5 años. Remitida por el Dr. David Velásquez (internista), en 1953. Consulta por fuertes poliaquiurias, con urgencia, falsa incontinencia, enuresis, temperaturas, piurias intensas, ardor orinar, pérdida de peso y de talla, inapetencia. De una vez se practicó la Cistoscopia y cateterismo con pielografía retrógrada. El cistoscopio entró fácilmente. En trigono y cuello vesical edema buloso. Se pasaron sonda N° 5 fácilmente a ambos lados y se dejaron 18 horas. La imagen Radiográfica (véase imagen) demostró dilatación moderada de ambos uréteres con fenómenos de ureteritis quística en el izquierdo. Mayor proporción de plocitos en el izquierdo. Colibacilo en ambas muestras. Con el solo examen la enferma sintió completo alivio de toda su sintomatología por 2 años. En el 55 se repitieron las crisis y se repitió la exploración, obteniendo alivio hasta el 57 cuando los padres espontáneamente pedían nueva exploración viendo el resultado de las anteriores. Así se hizo y la enferma en la actualidad está completamente bien. Este caso demuestra perfectamente bien aquella teoría expuesta en un principio, por la cual a pesar de no demostrarse fenómeno orgánico obstructivo el simple cateterismo ureteral trae mejor vaciamiento y por consiguiente alivio inmediato.

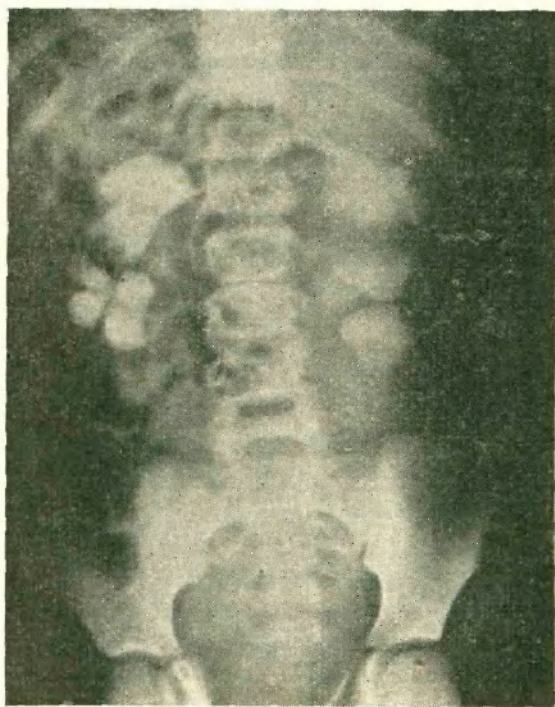
Caso N° 11. — Niño Mauricio V., remitido por el Dr. Gildardo Gómez (pediatra). Edad 4 meses. Fué atendido en marzo 28/57. El pediatra buscando la causa de un tremendo retraso de crecimiento ya que en talla y peso simulaban un niño de 10 días de nacido, ordenó un examen de orina que demostró piuria abundante. Se pasa fácilmente el cistoscopio a la vejiga. El lado derecho se logró cateterizar fácilmente con sonda 4 obteniéndose muestra de orina que dice pus abundante sin gérmenes. Cultivos negativos. El lado izquierdo no fué posible cateterizarlo en 2 distintas ocasiones con anestesia general, ya que la sonda no pasaba del orificio ureteral. La imagen Radiológica derecha no demostró patología ninguna, sólo reflujo canalicular. Se explora el lado izquierdo quirúrgicamente y se encuentra hidronefrosis moderada y atrepsia congénita del uréter. Ni aún con el uréter en la mano después le pasaba la sonda N° 4. El enfermo murió un mes más tarde en caquexia.

Caso N° 12. — Niño Ricardo León M. de 10 años de edad, remitido por el Dr. Benjamín Mejía C. (pediatra). Visto en julio 23/57 por crisis periódicas y frecuentes de fiebre y piuria. El más mínimo ejercicio las despertaba. Fracaso absoluto de los tratamientos antibióticos. Se hace exploración endoscópica. El Urograma excretor completamente normal en las cavidades pielocaliceales aunque los uréteres no se vaciaban con rapidez. Ligera imagen de amputación inferior en ambos lados (véase placa). Después de la exploración instrumental pasando sondas ureterales, el enfermo adquirió por completo la salud pudiendo volver a las prácticas deportivas y sus juegos sin ninguna repercusión como anteriormente. Resultado: Magnífico. Otro caso donde el cateterismo alivia los síntomas sin demostración evidente de lesiones orgánicas obstructivas. El examen de orina demostró Pus abundante del lado izquierdo y muy escaso del derecho. Gérmen responsable: Colibacilo.

Caso N° 13. — Niño Javier Darío A. con 13 meses de edad, enviado por la Clínica Pereira de la misma ciudad. Defecto: Extrofia vesical que no ha querido ser corregida hasta que el niño no salga de su primera infancia. En los últimos 5 meses, crisis periódicas de fiebre. Se hace cateterismo ureteral y se aprecia ligera estenosis intramural derecha. Al tomar la Pielografía (véase placa) se observó dilatación ureteral y pielocaliceal, motivada por larga estenosis flexuosa del tercio inferior del uréter, indudablemente congénita. Tratamiento: Se hizo una dilatación ureteral de c e lado hasta el N° 8. El resultado todavía no se conoce. Caso de mal pronóstico.

Caso N° 14. — Niño Luis Fernando O. de 8 años de edad, traído por sus padres de la ciudad de Pereira porque le han notado hace unos meses intensa disuria, que hace pujar al niño y quejarse al orinar. Además incontinencia por rebosamiento, orinas de pésimo olor, inapetencia,





intensísima piuria. El Urograma excretor (véase placa), demostró Hidronefrosis bilateral mediana. Ligera anemia al hacer el hemograma hipocitémica e hipocrómica. Sedimentación aumentadísima a 75 mm. en la hora y 108 en 2ª hora. Urea sanguínea 0.61. Orina de 1006 de densidad. Ph 7. Píocitos incontables. Cultivo Proteus, sensible a Cloromicetín-Terramicina y Aureomicina. La Urografía demostró (véase placa) tremenda hidronefrosis bilateral con destrucción de mucha parte del parénquima. La pielografía retrógrada no fué posible hacerla por fuerte cistitis y edema vesical. La uretoscopia demostró una uretra prostática colapsada por dos a manera de lóbulos laterales. Residuo vesical 1000 c.c. francamente purulento. Tratamiento: Se hizo Cistostomía hasta conseguir la máxima regresión de las hidronefrosis. Después se sabrá.

Caso N 15. — Niño Fernando B., de Pereira, traído en 1956, con 6 años de edad. Fuerte disuria, piurias, ardor para orinar. La Urografía demostró Hidronefrosis bilateral mediana, tortuosidades del uréter. La exploración endoscópica mostró obstáculo franco en cuello, para lo cual se practicó una *Resección transuretral* de cuello. El Urograma excretor 3 meses más tarde (véase la placa) demuestra la regresión de las hidronefrosis y por consiguiente el alivio de los síntomas del enfermo.

CONCLUSIONES:

Con la presentación de estos 15 casos y los comentarios analizados previamente al principio, es necesario concluir: a) Que la patología urogenital congénita del niño es supremamente frecuente y abundante; b) Que todavía no hay una íntima relación entre urólogo-pediatra o médico general que favorezca en forma adecuada esos niños expuestos a lesiones de una gravedad insospechada en su futuro; c) Que todo caso de piuria o fiebre urinosa recidivante merece un estudio urológico completo; d) Que en manos de un urólogo experimentado y con un buen equipo, tales exploraciones son absolutamente posibles e inocuas aún en el recién nacido; e) En varias historias clínicas presentadas se demostró no sólo el valor diagnóstico, sino el efecto terapéutico de la exploración instrumental; f) Debe popularizarse cada vez más en pediatría el auxilio del urólogo para el estudio de las infecciones urinarias del niño; g) Sin el auxilio del urólogo no es posible lograr el diagnóstico y el tratamiento de las *uropatías congénitas infantiles*.
