

# Sociedad Argentina de Urología

---

8ª Sesión científica ordinaria — 15 de Diciembre de 1961

*Presidente:*.... Dr. Gustavo F. Alsina

*Secretario:*.... Dr. Alberto J. Claret

---

## EXAMEN UROLOGICO EN LA INSUFICIENCIA RENAL DEL NIÑO

---

Por el Dr. LEON BERNSTEIN HAHN

Es motivo de la presente presentación el puntualizar algunos aspectos del examen urológico, cuando éste sea necesario para fundamentar la etiología de una insuficiencia renal en el niño.

Los grandes síndromes urológicos en la infancia, son los derivados de los procesos neoplásicos y de las malformaciones congénitas, con los problemas obstructivos consiguientes.

El examen físico nos informará de la presencia de procesos patológicos en pene y uretra, distensión u extrofia vesical, la observación del abdomen, la deficiencia de su musculatura (síndrome de Eagle Barrett), nos sugerirá la patología urinaria que acompaña la mayoría de estos procesos; la palpación lumbar enseñará la presencia de masas renales en las mismas.

En el examen instrumental el cateterismo uretral nos revelará la permeabilidad del conducto, el cual es origen de fenómenos obstructivos graves.

El examen radiológico del abdomen nos dirá de los límites de los órganos urinarios, la presencia de teratomas, cuerpos extraños y cálculos opacos a los rayos, aunque es de recordar que en los niños el 50 % de los mismos están compuestos de ácido úrico.

El urograma excretor cuando es factible, debe ser rutinario, en los casos de megauréter cuando ello sea posible deberá completarse con cinefluoroscopia, que precisará el nivel de obstrucción y el grado de peristaltismo ureteral, indicando el nivel para practicar derivaciones urinarias.

En urología infantil es de enorme importancia el practicar el examen cistográfico, que realizamos según técnica de la Universidad de Columbia. Para ello se inserta una pequeña sonda en vejiga, se prepara una solución de yoduro de sodio al 12 %, con 500 mgr. de neomicina en un frasco ampolla de 250 cc.,

se le agrega una tubuladura que se conecta al extremo de la sonda y se cuelga el frasco a una distancia de 60 cms. del nivel del pubis del paciente. Se deja gotear la mezcla en la vejiga del paciente a una velocidad de 120 gotas por minuto, hasta que la presión intravesical hace cesar el goteo, en ese momento se cierra el catéter y se toma la primera placa. Se observa si hubiera reflujo ureteral. Se hace miccionar al niño, en los lactantes se abre la sonda, para establecer si hubiera reflujo retardado. Si comprobáramos esto, se practica tomas posteriores para determinar la duración del mismo, en los niños mayores previa micción. Este examen es de fundamental importancia en los procesos obstructivos cuya precisión anatómica, indicará la terapéutica a seguir y el nivel en que se debe proceder a practicar técnicas de derivación.

En ciertos casos debe completarse el estudio con endoscopias, las cuales en los de lactantes varones pueden ser técnicamente imposibles.

De una estrecha colaboración entre médicos de distintas especialidades surgirá una mayor comprensión y terapéutica más efectiva para el problema de la insuficiencia renal en el infancia.

---