

## GRAVE UROPATIA OBSTRUCTIVA EN UN NIÑO

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

## SU RESULTADO

*Doctores Carlos MACKINTOSH y César E. AZA ARCHETTI.*

Las válvulas uretrales son repliegues mucosos en la luz de la uretra posterior: En 1969, YOUNG, tras las observaciones de algunos casos propone la clasificación que sirvió de referencia para todos los trabajos posteriores.

Por su topografía y forma las divide en:

- A) SUBMONTANALES
- B) SUPRAMONTANALES
- C) EN IRIS O DIAFRAGMA.

Las válvulas uretrales pueden presentarse como única patología urinaria o asociarse con otras malformaciones como estenosis de la unión ureterovesical o con megaureter.

Su observación, unicamente en el sexo masculino, puede ser, desde el nacimiento hasta la adolescencia, basado en ello es que se consideran dos formas anatómico-clínicas. En el recién nacido y lactante y la del niño y adolescente. La primera forma clínica es la más frecuente y de peor pronóstico, mostrándose como un cuadro grave con vómitos, fiebre, trastornos digestivos y a veces deshidratación.

Los únicos signos urinarios, al ser difícil el control de la diuresis son el globo vesical o la palpación de las masas renales. La segunda forma clínica (después de los 18 meses ya tiene otros matices de presentación pudiendo observarse los trastornos miccionales como disuria, polaquiuria, la infección urinaria y en otras oportunidades, como en nuestro caso, la consulta llega por los síntomas de una insuficiencia renal.

## NUESTRO CASO.

B. L. E. 11 años, Argentino, Presidencia Saenz Peña - Chaco.

Ingresa al Servicio de Pediatría del H. A. C. el día 1 de octubre de 1973, derivado de su lugar de nacimiento por presentar un cuadro de anemia rebelde a todo tratamiento, hipertensión arterial y eritrosedimentación alta.

Examen clínico: Peso 30 K. estado de nutrición bueno,

**GRAVE UROPATIA OBSTRUCTIVA EN UN NIÑO. TRATAMIENTO QUIRURGICO SU RESULTADO**

Aparato cardiovascular: Presión Mx 160, Mn. 110. Abdomen blando depresible. Globulosos en hipogastrio. Laboratorio: Hematíes 3.600.000, Leucocitos 13.500, Hb. 10 gr. Eritrosedimentación 86-131, Glucemia: 0,96, Urea: 0.70. Orina: Densidad: 1011, Sedimento de orina fresca algunos piocitos, abundantes germenos.

Urocultivo: estafilo albus 3.000 x ml. Creatinemia: 2,30  
Proteinograma: totales 7,50, Seroalb. 54 y seroglob. 46 por ciento. Fondo de ojo normal: Diuresis: 2.800.

Consultado el Servicio de nefrología le solicita un urograma con doble dosis: muy escasa eliminación del contraste. Imágenes renales francamente aumentadas de tamaño y a los 120 minutos hidronefrosis bilateral. No se visualizan los ureteres. Se consulta a Urología.

**UROLOGIA.**

Exámen urológico. Se palpa un globo vesical, Se intenta el cateterismo que se detiene en la uretra posterior y una uretrografía retrógrada nuestra un stop a la altura de la uretra prostática.

Al día siguiente el paciente en plena retención de orina se decide la operación.

- 1a. **CISTOSTOMIA:** 11 de octubre de 1973. Se encuentra una vejiga agrandada, de paredes francamente hipertróficas, El cuello vesical y la uretra posterior muy amplia permiten el paso del índice.  
Pasa un bujía número 14 por la uretra con cierta sensación de constricción en uretra posterior.  
Se deja una sonda Pezzer número 26, pos operatorio sin incidentes. Diuresis 2.700 y tensión arterial de 160 y 100.  
22 de octubre. Bajo anestesia general se repite una uretrografía retrógrada con el mismo resultado que la primera. Por la sonda Pezzer se hace una cistografía donde se comprueba la ausencia de reflujo ureteral.

**PANENDOSCOPIA;** El instrumento pasa con dificultad, Cuello vesical libre.

Al insinuarse en uretra prostática se visualizan por debajo del veru montanum dos masas laterales, fibrosas, con edema, que contactan en la línea media recordando la imagen del adenoma del adulto y se desplazan con la corriente líquida.

Con el diagnóstico de válvulas congénitas de la uretra posterior se decide su eliminación, practicándole electrocuagulación endoscópica y a posteriori se camplea sonda suprapúbica y el niño orina por uretra.

**LABORATORIO.**

H: 4.500.000 L. 8.100, E; 12-25; g; 0,90 U: 0,40.  
Creatinemia 0,90 Orina 1.010 alcalina, HBN positiva. Tensión Mx 130, Mn 100.

# Bacticele

Doble potencia bactericida

( TRIMETOPRIMA +  
SULFAMETOXAZOL )

Quimioterápico bactericida con amplio  
espectro de acción antimicrobiana

**Posología:** En cualquiera de sus  
dos formas: comprimidos o jarabe: UNA TOMA CADA 12 hs.

**PRESENTACION:** Envases con 10 comprimidos ranurados  
Envase con 60 ml de jarabe



Productos MARXER  
Fabricado por:  
Laboratorios Bagó S.A.  
Investigación y Tecnología Argentina

**GRAVE UROPATIA OBSTRUCTIVA EN UN NIÑO. TRATAMIENTO QUIRURGICO SU RESULTADO**

Es dado de alta en forma temporaria. Reingresa el 16 de Enero de 1974. Buen estado general peso: 34.5000, Gr: 4.700.000, L: 8.600, N 74, L 24 E: 10-22, Urea 0,34, Orina 1008, Presión Mx 130, Mn 90.

Dadas las condiciones del aparato urinario superior observado en el urograma, que persisten después de 3 meses de llevar derivación urinaria baja. Se decide practicar una derivación alta bilateral.

**2da OPERACION: NEFROSTOMIA BILATERAL.**

Postoperatorio sin inconvenientes es dado de alta el 25 de Enero de 1974. Reingresa el 21 de Junio de 1974: Laboratorio: Gr: 4.600.000, L: 8.800, N 78, L 18, E: 25-58, G: 0,79 y U: 0,52 Creat: 1,60 Orina 1.010, H 6 positiva.

**CENTELLOGRAMA:** concentración irregular, diferentemente distribuido por el parénquima renal de ambos lados que están agrandados.

**3era. OPERACION RESECCION MODELAMIENTO Y REIMPLANTE URETERAL DERECHO.** Incisión mediana infraumbilical reseca la cicatriz de la talla vesical. En forma extraperitoneal se libera la vejiga y el ureter derecho que está francamente dilatado alargado y de recorrido tortuoso. Se lo desinserta de la vejiga, reseca 8 cms. de su parte terminal se lo abre en forma longitudinal unos 12 cms., y se reseca una lonja de 1 cm., de ancho en toda la longitud de la incisión. Se coloca catéter tutor y se lo modela con Dexon 000.

Se reimplanta en vejiga en forma directa y se efectúa un procedimiento antireflujo tipo Gregoire. Se cierra la vejiga con zonda Pezzer. Postoperatorio sin mayores incidentes. Se retira a los 11 días la Pezzer. Alta el 30 de julio de 1974.

Reingresa: 25 de noviembre de 1974. Creat: 1,26 Orina alc, 1008 H6 positiva. **4a. OPERACION, RESECCION, REIMPLANTE DEL URETER IZQUIERDO:** 28 de noviembre de 1974. Incisión oblicua sobre el lado izquierdo que se extiende desde la espina del pubis hasta reborde costal a la altura de la línea muy dilatado especialmente en su tercio inferior.

Se lo libera se lo desinserta de la vejiga y se resecan 6 cms., del extremo distal y se lo reimplanta en vejiga con la técnica de Politano-Ledbetter con tutor, Zonda Foley por uretra.

Postoperatorio: se retiran la nefrostomía izquierda a los 11 días, 9-12-74 y a los 18 días la Foley (16-12) y la zonda nefrostómica derecha el 20-12-74. Alta el 23 del 12 de 1974.

**CONCLUSIONES.**

Se presenta una observación de grave uropatía en un niño de 11 años, por valvulas de Uretra posterior, que ingresa con un severo cuadro de insuficiencia renal crónica con una retención aguda completa de orina. Por dificultades iniciales con el cateterismo se realiza una cistostomía temporaria hasta tanto se llegue a un diagnóstico de certeza y una evaluación anatómica, del aprato urinario.

Se practican una cistouretrografia (Urograma) miccional y una

panendoscopía que conducen al diagnóstico de una ureterohidronefrosis bilateral marcada marcada, vejiga de esfuerzo, válvulas de uretra posterior y severo daño renal sin reflujo, recién entonces, con una función renal mejorada se decide una derivación alta bilateral (nefrostomía) por tratarse de un niño de 11 años que concurre a la escuela y en el cual no se podía precisar o predecir cuanto tiempo debía permanecer derivado.

Se eliminan válvulas endouretrales por electrocoagulación endoscópica en forma satisfactoria y ante la falta de reversibilidad de la estructura ureteral se opta por realizar las plasticas correspondientes. Del lado derecho, resección, modelamiento y reimplante ureteral con procedimiento antireflujo tipo Gregoire, por ciertas dificultades técnicas. Del lado izquierdo resección de la porción ureteral más dilatada y reimplante tipo Politano - Leadbetter, sin modelamiento pues se consideró innecesario. La recuperación morfológica de las vías urinarias la consideramos muy satisfactoria y la recuperación funcional renal es evidente de acuerdo al cuadro que mostramos.

#### RESUMEN.

Fue nuestra intención al presentar este caso, la de recordar una patología obstructiva del aparato urinario inferior, y las distintas alteraciones de la vía excretora que puede acarrear, así como los recursos quirúrgicos de los que puede valerse al urólogo en vía de mejorar la insuficiencia renal.

Se realizó un breve resumen de la significación de las válvulas uretrales así como de su clasificación, síntomas, elementos para un diagnóstico y tratamiento.

	AÑO 1973	AÑO 1976
Talla	1,57	1,65
Peso	30 Kg	49 Kg.
Presión Arterial	160-190	130-90
Creatinenimia	2,30 mg por ciento	1,30 Mg por ciento.
Uremia	0,70 grs. por ciento	0,36 grs. por ciento.
Hematíes	3.600.000	5.400.000
Eritrosedimentación	1a. hora 86 2a. hora 131	1a hora 6 2a. hora 20
Densidad de orina	1011	1018
Diuresis	2,800	1,600



**aumenta la eficacia**

**Presentaciones:** CEFALOMICINA 250 mg  
500 mg  
y 1000 mg    **Inyectable I.M. - E.V**



Productos MARXER  
Fabricado por  
Laboratorios Bagó S.A.