

PRESENTACION DE ENFERMO

Por el Dr. RODOLFO DE SURRA CANARD

Vamos a presentar un niño, no porque represente o tenga ninguna cosa extraordinaria desde el punto de vista urológico, sino simplemente a los efectos de hacerlo conocer en esta Sociedad. Tendría más bien interés en ser presentado en Pediatría, porque es allí donde ha despertado un poco la inquietud con respecto a los padecimientos urológicos. Este niño ingresó al Hospital de niños, en el mes de noviembre del año pasado, a los 4 meses de edad, con una enfermedad que se caracterizaba por tener vómitos copiosos cuando comía y un vientre abombado.

Consultado el Dr. Rívarola, le pareció que ese abdomen inferior podía ser una vejiga: lo sondeó y comprobó una retención de un litro de orina. Se le colocó, por mi consejo, una sonda permanente y el lactante entró así en el perfecto desequilibrio de todo distendido. A su ingreso tenía una urea de 0,36 por mil, para subir a los cuatro días, a 0,62. En esas condiciones, se le trata con sonda permanente y vive durante 4 ó 5 meses en desequilibrio funcional renal, que se estabiliza recién en marzo de este año, quedando su urea en 0,30.

Dilatado hasta un número 15, se le hace endoscopia, comprobándose la existencia de orificios diverticulares y un cuello de vejiga. Las radiografías confirmaron ese hallazgo cistoscópico. Se decide entonces, la realización de una cervicotomía o resección endoscópica del cuello de vejiga. Se hizo la resección endoscópica, se dejó la sonda permanente unos 15 días con perfecta tolerancia y desde entonces —18 de mayo de este año— el niño está en excelentes condiciones. No podemos decir sin residuo postmiccional porque no le podemos ordenar al niño que orine, pero sorprendiéndolo en cualquier momento y sondándole su vejiga, apenas se retiran 40 ó 50 gramos, lo que está dentro de la capacidad vesical normal de un niño de un año.

La radiografía simple de este niño no denotaba ninguna patología especial. La placa de intestino mostraba la deformación propia de una vejiga gran-

de. El uroselectán a los 5 minutos demostraba una ectasia de la vía urinaria superior izquierda y un déficit funcional del lado derecho. No hemos repetido la pielografía excretora porque consideramos un poco precoz el tiempo de post-operatorio para juzgar que la vía urinaria superior ha entrado en orden. Oportunamente, presentaremos esas placas.

Como habíamos conversado con el Dr. Ercole acerca de la ventaja de exhibir radiografías que resulten interesantes, voy a mostrar las de un niño que estuvo en la Maternidad Sardá, donde a pesar de haber un urólogo, no se lo consultó.

A un niño de dos años, lo ve el Dr. Rivarola, el cirujano infantil de la Maternidad, quien lo lleva al Hospital de Niños, donde verifica un vientre muy globoso. ¡El primer sondaje de este niño dió dos litros y medio de orina! A la endoscopía, se comprobó un cuello de vejiga pequeño. Hemos pedido la colaboración del neurólogo del Hospital de Niños para poder deslindar la posibilidad de que se trate de un síndrome neuromuscular. Ha informado que se trataba de un chico que tiene cierta distrofia neuromuscular y que presenta un cuadro de excitación muscular consecutivo a una encefalopatía atenuada. Estuvo durante tres días sin sonda —la que se le salió— y la retención apenas era de 400 cc. lo que nos hace pensar en la posibilidad de una recuperación del tono muscular de la vejiga. En esas condiciones, le vamos a hacer una pequeña cervicotomía a los efectos de poder mejorar el tonismo de la vejiga y darle una oportunidad para que pueda orinar sin tener que hacer una derivación que sería la única solución.

Por último, vamos a presentar un complemento de la observación que presentáramos en las Jornadas Urológicas de Córdoba.

En aquella ocasión, presentamos un mixosarcoma de vejiga en un niño de cuatro años que evolucionó mal porque cometimos todos los errores que cometen los que ven por primera vez un mixosarcoma de vejiga. En esta oportunidad, llegó al Hospital de Niños una niña que había sido vista en Santiago del Estero y que lo había sorprendido al médico porque, a través de su uretra, hizo el parto de un cálculo o tumor. Como recidivase el parto de otro tumor, fué enviado al Hospital de Niños, donde lo asistió el Dr. Rivarola.

Se solicitó un primer examen histológico de ese pólipo: el informe decía que parecía tratarse de un papiloma vegetante y que se aconsejaba la electrocoagulación profunda porque en alguna zona impresionó como probable aspecto degenerativo.

El examen endoscópico era el calco del mixosarcoma de vejiga.

Se hicieron entonces, las dos derivaciones urétero-sigmoideas, una del lado derecho y otra del izquierdo y posteriormente, se le practicó una uretrocisis-

tectomía total abdominoperineal. La niña se encuentra en excelentes condiciones y he traído la pieza para que la puedan ver.

Las radiografías tomadas antes de la operación, muestran que no existía mayor disfunción renal alta, lo que facilitó que cambiásemos el criterio que habíamos sustentado en Córdoba. Nosotros decíamos allí que llegando los enfermos a un estado de atonía o de ectasia de la vía urinaria superior, debíamos optar por una uretrotomía cutánea para hacer los arreglos pertinentes, si existía una sobrevida.

Como en esta enferma existía una vía superior excelente, con el Dr. Rivalora, cambiamos el procedimiento y decidimos hacer la derivación uretero-sigmoidea que fué satisfactoria.

La niña está curada clínicamente y éstas son las radiografías tomadas recientemente. A los 40 minutos, se ve una ectasia mayor que la preoperatoria, pero estamos aun en el período correspondiente a lo que se llama hiposistolia uréteropielica hasta que con la recuperación del tono pueda tener la enferma su vía urinaria normal.