

CORRELATO.

RETENCION DE ORINA EN EL NIÑO

Dr. FRANK A. HUGHES

Siguiendo la estructura que el relator oficial ha dado al tema de la retención de orina, nosotros adaptaremos nuestro correlato a esa estructuración y dejaremos totalmente de lado todo lo que tiene relación con la explicación neurológica o mecánica de su producción aceptando el criterio de que toda retención de orina resulta de un desequilibrio entre la fuerza expulsiva de la vejiga, por un factor muscular o neurogénico y las resistencias uretrales.

Diremos, además, para darle carácter práctico al tema, que también las retenciones de orina del niño pueden ser de tipo agudo o crónico, y que pueden tomar la fisonomía de una retención completa o incompleta, según que la imposibilidad de vaciar la vejiga sea total o parcial. En principio las retenciones agudas son retenciones completas y las retenciones crónicas del niño son prácticamente en todos los casos retenciones incompletas.

LAS RETENCIONES AGUDAS DE ORINA

Los cuadros agudos en el niño son poco frecuentes. Ellos se deben, por lo general, a obstáculos mecánicos, a los que se agregan como elementos etiológicos fundamentales factores funcionales asociados casi siempre al dolor, que provocan por el espasmo del esfínter estriado una retención de orina.

CAUSAS DE LAS RETENCIONES AGUDAS DE ORINA

Los cálculos en su migración hacia el exterior pueden ser causa de retenciones agudas y completas, así como los coágulos cuando existen causas hemorrágicas del aparato urinario; pero

son sobre todos los traumatismos uretrales de causa externa o los producidos por cuerpos extraños introducidos desde el exterior dentro del canal, los factores que más frecuentemente dan lugar a retenciones agudas de orina en el niño. Las lesiones del meato provocadas por la misma orina sobre todo facilitadas por las fimosis (dermatitis amonia) provocando dolores importantes en el momento de la micción son también causa frecuente de la dificultad miccional.

En las niñas el hematocolpos y los procesos ginecológicos o pelvianos de causa tumoral pueden también dar lugar a retenciones agudas, aún cuando generalmente el tipo de la retención es por estas causas de carácter crónico.

Aunque las causas congénitas y las malformaciones provocan retenciones crónicas de orina, es frecuente que al agregarse a ellas un factor espasmódico desequilibrante puedan provocar como primera manifestación una retención aguda que pasa luego a tomar el aspecto clínico de una retención crónica completa.

Nosotros vimos en una oportunidad un riñón ectópico pelviano que inició su cuadro clínico provocando una retención aguda y completa de orina al crecer la bolsa piélica progresivamente hasta levantar el trígono y comprimir desplazándola la uretra posterior. Este mismo mecanismo es el que provoca retenciones de orina en el quiste hidático pelviano.

Entre las causas excepcionales provocadoras de los cuadros obstructivos deben citarse todavía, como lo hacen Higgins, Williams y Nash (1) a las provocadas por cristales de sulfamidas o por cristales de oxalato de calcio, y las balanitis gangrenosas mencionadas por Campbell (2).

Repetimos que todas estas causas para provocar retenciones de orina en el niño de tipo agudo, deben acompañarse de elementos espasmódicos o congestivos que, agregados al dolor, constituyen las causales verdaderas y desencadenantes de la retención.

Casi todos esos elementos cuando el niño se duerme o se sumerge en un baño caliente cesan o disminuyen, por lo que entonces la fuerza expulsiva de la vejiga suprimido o disminuido el factor espasmódico, mantenido por el dolor, vence la resistencia opuesta y la micción se produce.

LAS RETENCIONES CRONICAS DE ORINA

Tienen en el niño una enorme importancia y son frecuentes, pudiendo manifestarse en la clínica excepcionalmente por elementos directamente vinculados al aparato urinario, pero poniéndose de manifiesto frecuentemente por complicaciones infecciosas que de ella derivan, como son la pielonefritis, no siempre fáciles de vincular a su verdadera causa; por la repercusión que el trastorno obstructivo puede provocar sobre el crecimiento dando lugar al cuadro conocido con el nombre de enanismo renal; o por la existencia de signos clínicos o humorales de insuficiencia renal, que es la consecuencia de más significado de estas retenciones y que generalmente aparecen cuando el trastorno es ya totalmente irreversible.

CAUSAS DE LAS RETENCIONES CRONICAS DE ORINA

A) *Retenciones por aumento de las resistencias uretrales.* El capítulo de la etiología está dominado por lo que todos los libros y tratadistas estudian como retenciones de causa cervical o del cuello vesical y de la uretra posterior.

Esos procesos con todas sus variantes y con el distinto significado interpretativo que le asignan los diversos autores no son los únicos que provocan las retenciones de orina del niño, pero ellos dominan el escenario clínico y es por eso que ocuparán la mayor parte del tiempo de que disponemos. Empezaremos por citar los factores que menos las provocan:

Las estenosis congénitas del prepucio o del meato, generalmente asociadas a las hipospadias, las malformaciones de la uretra anterior o membranosa vinculadas al desarrollo anormal de la parte terminal del tubo digestivo a lo que se asocia frecuentemente una participación uretral. La atresia anal con imperforación en el varón tiene frecuentemente una fístula uretral o una conexión fibrosa con la uretra posterior en la región inmediatamente situada por debajo del Verumontana acompañada frecuentemente de una retención crónica de orina por acodamiento del canal hacia arriba y hacia atrás. No es raro que el cuadro urinario se haga aparente o realmente se constituya co-

mo elemento obstructivo después de la intervención realizada para la restauración rectal. La uretra puede ser entonces elongada y desplazada de la línea media.

A menudo se agrega un lesión neurológica periférica de los nervios pélvicos por la agresión quirúrgica y otras veces la cicatriz perineal consecutiva también a la intervención puede provocar una verdadera estenosis uretral o periuretral.

Entre las causas poco frecuentes quedan por mencionar además de las ya citadas de los quistes hidáticos y de los procesos ginecológicos, los uréteroceles que se apoyan en determinadas condiciones sobre el meato vesical.

Higgins, Williams y Nash citan, además, a una verdadera cortina de mucosa vesical descrita por Learmonth y Walkins en 1935, que obstruye el cuello de la que creemos Bonnécarrere ha visto un caso.

Por último, las malformaciones del Verumontana, los quistes y las hipertrofias congénitas del mismo, así como en casos excepcionales procesos de la vesícula seminal pueden ser los responsables curiosos de algunos trastornos obstructivos en el niño.

Las valvas de la uretra posterior.— Un párrafo especial creemos que lo merecen las valvas de la uretra posterior. Ellas fueron descritas por primera vez por Young y sus colaboradores en 1919 (3) .

Constituyen una causa importante de obstrucción y son para algunos autores las causantes de la mayor parte de los casos fatales en el niño por insuficiencia renal que tienen lugar en el primer año de la vida. Para poderlas poner de manifiesto aún en el material de autopsia es necesario una cuidadosa disección, pues ellas pasan a menudo inadvertidas. La gran mayoría son del tipo I de Young, que fue, como dijimos, el primero que las puso de manifiesto.

Están situadas siempre por debajo de Verum montana y no deben confundirse por eso con los pliegues submontanales. El intervalo entre ellas y el Veru es variable y a veces la obstrucción se extiende hasta la uretra membranosa. El efecto de “inflado” que ejerce la corriente urinaria directamente sobre la bolsa que se desarrolla entre el pliegue y la pared uretral es probablemente el elemento responsable de la obstrucción progresiva. Debe, ade-

más, señalarse que el impedimento al drenaje urinario durante la vida fetal puede haber destruido la sustancia renal antes del nacimiento.

Los autores que ya hemos mencionado en otra oportunidad, Higgins, Williams y Nash, no han encontrado los tipos 2 y 3 de Young, ni aun en piezas de museo.

El tipo 2 estaría constituido por un pliegue que corre hacia arriba desde el Veru hasta el cuello de la vejiga y el tipo 3 es un verdadero diafragma que tiene lugar a cualquier nivel independiente del Veru y que posiblemente se confunde con las estenosis congénitas.

Ericsson (4) del Karolinska Sjukhuset de Estocolmo, con quien tuve oportunidad de conversar a propósito del problema y que estaba en ese momento en vías de publicar un libro sobre las afecciones del aparato urinario bajo del niño, con Kjellberg y Rudhe, sobre 1.500 uretrocistografías realizadas en niños, dice que sólo observaron dos tipos de valvas uretrales: las grandes, que no tienen significado clínico por ser incompatibles con la vida, y las más pequeñas, que responden al tipo 1 de Young y colaboradores, pudiendo éstas a su vez ser simples o dobles, pero siendo por lo general dobles.

Este tipo de malformación se traduce en la uretrocistografía por una dilatación de la uretra posterior que en la mujer no tiene valor ya que constituye un hallazgo frecuente que sólo traduce una vejiga irritable, generalmente por infección y que, a veces, se le observa en la enuresis.

Las valvas de la uretra posterior se deben sospechar en los chicos que debajo de dos años y, sobre todo por debajo de un año, que muestran ataques recidivantes de pielonefritis, con chorro pobre que es, sin embargo, un dato de poco valor dado lo difícil que es establecerlo en el niño. lo que, sin embargo, no basta para que sea señalado en todos los libros y artículos. A ese elemento le acompaña un estado general malo progresivamente grave, en el que se salpican los accidentes de infección mencionados. La existencia de orina residual es un elemento que se considera importante pero difícil también de asignarle valor, ya que varía de un día para otro.

El diagnóstico se establece fundamentalmente por los elementos clínicos referidos y por la uretrocistografía bajo anestesia general.

Desde el punto de vista urográfico se observa una dilatación uréteropielica y una vejiga trabecular, con capacidad aumentada siendo típica la imagen uretrocistográfica que hace ver una dilatación de la uretra posterior por encima del sitio de la obstrucción. El cuello vesical participa por lo general de la hipertrofia del músculo detrusor pero puede defigurar la imagen apareciendo como una constricción marcada que puede cerrar la uretra dando la impresión de que el obstáculo es el mismo cuello si no se efectúa la cistografía miccional o por expresión bajo anestesia general.

La endoscopia es útil y a veces hace terminantemente el diagnóstico, pero las valvas de la uretra posterior son difíciles de documentar endoscópicamente porque el líquido de irrigación las aplasta contra la pared uretral y hace que pueden ellas pasar inadvertidas. Los síntomas indirectos de su presencia uretroscópica con dilatación de la uretra y prominencia de la "crista uretralis" es un signo que tiene mayor valor.

Nosotros no hemos tenido oportunidad de observar ninguna valva uretral como motivo de una retención crónica de orina con sus graves consecuencias.

De acuerdo a la frecuencia con que las encuentra Ericcson en Estocolmo, debe pensarse que gran parte de las llamadas obstrucciones cervicales puedan ser en realidad valvas uretrales.

La enfermedad del cuello de la vejiga o enfermedad de Marión.—Marión (5) describió en 1933 en el 5º Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, un cuadro de retención urinaria que se presentaba en una forma congénita o en una forma adquirida; de los que nos interesa sólo el primero de esos aspectos, que se presenta generalmente en niños que han pasado ampliamente el período de lactancia.

La existencia de esta enfermedad es indiscutible y el autor la semeja a la hipertrofia congénita del piloro en lo que no están, sin embargo, de acuerdo la mayor parte de los autores.

Marión le asigna una imagen cistouretrográfica específica con cuello contraído y falta de dibujo radiológico de la uretra posterior; pero es mucho lo que se ha escrito y estudiado desde entonces con respecto a estos elementos radiológicos.

El diagnóstico del proceso se basa en hechos negativos, falta de factores neurológicos, uretrocistografía normal sin llenado de la uretra posterior, generalmente ausencia de trabeculación y a la endoscopia síntomas negativos.

I. Williams (6) con una especial versación en urología infantil y al que nosotros consideramos uno de los cirujanos urólogos de niños de más alta jerarquía que hemos conocido, considera que no es correcto ni exacto describir en el mismo capítulo todas las afecciones del cuello vesical capaces de generar trastornos obstructivos en el niño. Él considera que la mayor parte de los casos pueden englobarse en tres grupos:

1º) Lo constituyen niños chicos, varones, por debajo de tres años, con retenciones crónicas incompletas, vejigas de capacidad vesical reducida, acompañados precozmente de dilatación ureteral, uni o bilateral, que muestran a la cistografía trabeculación y, a veces, divertículos. La característica endoscópica de estos cuadros es el hallazgo de orificios ureterales normales. En estos pacientes las imágenes uretrográficas son difíciles de obtener, aún con expresión manual bajo anestesia general.

El autor, de acuerdo con Bodian (7), supone a estos casos en relación con un proceso de fibroelastosis extendido a la totalidad de la uretra posterior, que se extiende incluso por debajo del Verumontana, lo que explica la dificultad para el restablecimiento de la micción después de las resecciones del cuello que, a menudo, se acompañan después de su realización de una incontinencia de esfuerzo de más o menos jerarquía.

En las etapas avanzadas un reflujo vésicoureteral aparece, que traduce la etapa de descompensación del cuadro, pero no se observan, por lo general, orificios ureterales entreabiertos.

2º) En el segundo grupo engloba una serie de cuadros que estudia bajo el título de síndrome de megacistis y megauréter, que constituyen un grupo de chicos más jóvenes que los del grupo anterior; de ambos sexos, también con retención crónica, pero con vejigan grandes y laxas. No existe trabeculación o se observa una trabeculación discreta y nunca celdas grandes o divertículos. La característica de este cuadro la constituyen orificios ureterales ampliamente permeables y relajados que, a veces, permiten la introducción del uretroscopio dentro de ellos. La uretrocistografía es normal y la palpación endovesical del cuello efec-

tuada por vía transvesical, muestra en unos casos un cuello laxo y en otros un cuello contraído lo que no le asigna jerarquía al aspecto de esta formación.

Esas características del síndrome plantean, como es lógico, dificultades de diagnóstico con el grupo de las verdaderas obstrucciones del cuello que ofrecen como carácter orificios ureterales no permeables hasta la faz de descompensación y con el grupo de las dilataciones ureterales primitivas sin alteraciones vesicales y que se diferencian fundamentalmente porque no tienen aumento de la capacidad vesical y por la falta casi constante del reflujo. La causa de este síndrome es todavía oscura, aunque el autor considera que es un síndrome posiblemente funcional quizás en relación con la inervación del trigono y de la parte terminal del uréter y que no se acompaña de anormalidades del cuello vesical.

Este síndrome de megauréter y megacistis que nosotros incluimos en el capítulo de las retenciones de orina, constituye para algunos autores el mismo proceso que las obstrucciones del cuello en la etapa de descompensación.

3^o) La enfermedad de Marión ya estudiada.

De acuerdo con lo mencionado deben considerarse tres grupos indiscutibles de obstrucciones del cuello vesical: la obstrucción verdadera o enfermedad de Marion, la fibroelastosis o enfermedad fundamentalmente de la uretra posterior y el síndrome de megacistis y megauréter; los tres caracterizados por una retención incompleta de orina.

El estudio radiológico de estos cuadros, la urografía de excreción, la cistometría y fundamentalmente la uretrocistografía bajo anestesia general, permiten orientar el diagnóstico aún cuando la complejidad de los elementos en juicio y el variable aspecto evolutivo con que ellos se presentan, pueden dar lugar a confusiones y a etiquetaciones diversas que no siempre son fáciles de establecer.

Nos hemos referido en todas estas descripciones de los cuadros sintomatológicos de las retenciones crónicas incompletas del niño al aspecto de la vejiga, a su tamaño más o menos aumentado, y a su capacidad variable en las diversas circunstancias. Creemos de interés precisar ahora que el aspecto radiológico y

clínico de la vejiga de los niños no está absolutamente establecido y no es uniforme el pensamiento que sobre esos aspectos tienen los diversos autores.

Rothfeld y Epstein (8) dicen que es frecuente que tanto en las exploraciones urográficas como en la cistografía, la vejiga se describe como dilatada, sin que exista verdadera dilatación, debiéndose a juicio de los autores establecerse un criterio para lo que constituye desde este punto de vista una vejiga normal y una vejiga dilatada.

Campbell establece que en los niños de 8 a 10 años el deseo inicial en los exámenes cistométricos tiene lugar con un volumen de 80 a 100 c.c. de capacidad y a una presión intravesical de 9 a 11 centímetros de agua. La capacidad fisiológica media de la vejiga es aproximadamente 100 por 100 mayor que el volumen en el cual el deseo inicial para orinar se percibe y la capacidad anatómica es generalmente del mismo volumen.

En las vejigas normales de los niños, el estudio cistográfico muestra una vejiga de contorno liso y de eje longitudinal mayor que el transversal; el contorno es, además, simétrico; en cambio, en las vejigas patológicas de causa miógena o neurológica se observa irregularidad en la periferia con trabeculación así como un contorno asimétrico y globular.

Esas características de normalidad se explican de acuerdo a datos embriológicos ya que en el niño la vejiga es un órgano abdominal por el doble motivo de que deriva del tubo uracal y porque la víscera distendida es demasiado larga para una pelvis comparativamente pequeña.

Cuando el niño crece la vejiga se va apoyando en la pelvis para su ubicación y posición definitiva que sólo se alcanza después de los 10 años.

Eso explica, también, la desproporción aparente entre los huesos pélvicos y la vejiga que aparece distendida y más bien levantada con un diámetro vertical aumentado en relación con el diámetro transversal lo que no constituye un hecho patológico.

La capacidad corriente y aproximada de la vejiga del niño es la siguiente: en el nacimiento, 20 c.c.; al mes, 30 c.c.; a los tres meses, 50 c.c.; al año, 80 c.c.; a los tres años, 100 c.c.; a los siete años, 300 c.c. y a los doce años, 500 c.c.

Es conveniente, también, en todas estas situaciones, precisar las características de normalidad de la frecuencia miccional en el niño. El niño de tres a seis meses orina una vez aproximadamente cada hora, es decir, de veinte a veinticuatro veces en el día; a los seis meses, una vez cada hora y media, es decir, aproximadamente dieciséis veces en el día; entre un año y dos años, orina una vez cada dos horas, es decir, doce veces en las veinticuatro horas, y desde los cuatro años a cinco, se orina aproximadamente una vez cada tres horas, llegándose así a la frecuencia normal del adulto.

Debe por último recordarse que la diuresis también interviene en el número de las micciones. De acuerdo a Campbell, en el primer y segundo día la diuresis es de 15 a 60 c.c., lo que permite a veces que no se produzcan micciones en el primer día del nacimiento. Entre el tercer y décimo día la diuresis es de 100 a 300 c.c.; alrededor de los dos meses es de 150 a 400 c.c., entre los dos meses y un año, de 400 a 500 c.c.; de un año a tres años, de 500 a 600 c.c.; de tres a cinco años, de 600 a 700 c.c.; de cinco a ocho años, de 750 a 1.000 c.c. y de ocho a catorce años se alcanzan las cifras del adulto de 800 a 1.400 c.c.

B) *Retenciones de orina por disminución de la fuerza expulsiva de la vejiga.*— Estas retenciones pueden deberse a factores de orden muscular o neurogénico y desde este punto de vista no ofrecen ninguna diferencia que justifique una descripción independiente de las del adulto. Sin embargo, existen dos tipos de retenciones que pertenecen en su descripción a la infancia. Ambas son la consecuencia de perturbaciones neurogénicas: son las retenciones de orina de las poliomielitis y los trastornos urinarios con retención consecutivos a la espina bífida.

Dicen Mingazzini y Arduini (9) que el primer caso de parálisis vesical descrito en la poliomielitis pertenece a Cámpora en 1912, siendo variables las cifras estadísticas de su frecuencia que oscila del 5,9 al 65 % según los autores.

Un hecho la caracteriza y es el constituir, por lo general, una complicación de carácter transitorio. También, según los mismos autores, existe sólo un caso de parálisis permanente debido a esta etiología descrito por Walk en 1948.

Luzes y Furtado (10) a propósito del tema hacen referencia al trabajo de Hagelstam, quien sostiene que la retención es rara en la poliomielitis de los niños menores de 15 años, siendo en cambio frecuente, hasta el 50 %, en los casos de más de veinte años. La curva cistométrica muestra una paresia vesical con retardo del detrusor a la repleción, que es mal percibida por los pacientes, siendo el trastorno casi siempre de carácter temporario.

Según los autores referidos parece probable que el mecanismo patogénico de esta retención sea el edema propagado a partir de las lesiones de los cuernos anteriores de la médula, donde la agresión del virus es más importante, hasta el núcleo intermediario lateral y la columna gris de los cuernos laterales. La reabsorción de este edema explicaría la desaparición de los fenómenos urinarios al cabo de un tiempo.

Nosotros hemos visto sólo 3 casos de retenciones completas de orina en la poliomielitis y en las tres oportunidades en chicos grandes. El trastorno se caracterizaba por una retención de orina de carácter total. Debemos hacer notar que en uno de los chicos el primer síntoma de la enfermedad fue la disuria, acompañando a un cuadro clínico febril que luego tomó todo el aspecto clínico de una poliomielitis.

Los 3 casos se recuperaron totalmente después de varias semanas de drenaje uretral permanente.

Las retenciones de orina consecutivas a la espina bífida.— La característica de este proceso es fundamentalmente la incontinencia de orina que en algunos casos (la mayor parte, según nosotros) se acompaña de una retención incompleta de orina. En el Congreso de Cirugía de 1957 (11) hicimos algunos comentarios sobre esta complicación urinaria de la citada malformación. Decíamos allí, de acuerdo a la mayor parte de los autores, que el hallazgo radiológico aislado de una espina bífida debe relacionarse con un trastorno miccional únicamente en casos de excepción. Cuando la espina bífida es la causa del trastorno miccional ella se acompaña prácticamente en todos los casos de síntomas neurológicos diagnosticables al examen clínico.

Desde el punto de vista de la fisiología miccional deben investigarse en todo niño que presente una espina bífida y trastornos de la micción los siguientes elementos:

- 1º) Si los deseos de orinar son percibidos como tales.
- 2º) Si la micción puede ser inhibida o pospuesta voluntariamente hasta que las circunstancias permitan su realización.
- 3º) Si el acto miccional puede ser iniciado voluntariamente o puede ser detenido también voluntariamente.

El niño con espina bífida, síntomas neurológicos y trastornos miccionales tiene alterados los caracteres de lo que constituye una micción normal.

Morales y sus colaboradores (12) en un estudio de 34 niños con lesiones neurológicas de jerarquía (paraplégicos) por espina bífida estudiados urológicamente, encontraron que en la totalidad de ellos existía incontinencia de orina y la micción era por completo anormal.

La evacuación vesical de los niños con espina bífida y trastornos urinarios se produce en casi todos los casos en forma irregular a intervalos variables, exagerada la expulsión por los movimientos o los esfuerzos y sin que la voluntad pueda impedir ese vaciado incontrolado. A nosotros en el tema de la retención de orina nos interesa precisar que la mayor parte de esas incontinencias se acompañan de una retención incompleta.

La vejiga en estos casos puede percibirse a veces cuando el residuo es grande, parcialmente llena, por la palpación hipogástrica. El recto lleno aumenta la cantidad de orina residual, pero los síntomas generales o locales de infección urinaria no constituyen un hallazgo frecuente. En cambio, las manifestaciones de irritación local con balanitis, lesiones de la piel de la parte alta del muslo, del periné o de la región hipogástrica son manifestaciones corrientes.

En los casos en que no existe retención de orina, el fenómeno puede deberse a una alteración más importante del sistema de contención de la orina dentro de la vejiga o puede ser la última etapa de una vejiga distendida que por alteración progresiva de sus paredes a consecuencia de la isquemia provocada por la retención, concluye por constituir una vejiga retraída de orden cicatrizal.

Debe agregarse que acompañando la perturbación miccional en la espina bífida, existe en una proporción variable de los

casos un daño renal progresivo. Es discutible cuál es el mecanismo por el cual este daño renal se produce, ya que si bien se le observa con frecuencia en los casos con retención incompleta, se le observa también cuando esa retención falta.

Kennedy y Hodges (13) sobre 27 pacientes, encuentran que 60 % tienen aparatos urinarios normales, el 30 % con dilatación ureteral, siendo una tercera parte de ellos dilataciones únicamente unilaterales.

Emmet (14) de la Mayo Clinic, considera que la integridad del segmento alto depende de la estasis vesical y de la infección y cree que cuando falta la retención, la alteración alta es mínima, en lo que no están de acuerdo algunos autores como Morales y sus colaboradores, que encuentran un residuo mayor de 60 c.c. sólo en el 15 % de los casos.

Estos hechos plantean dudas sobre la verdadera jerarquía que en el caso de la espina bífida desempeña la retención para provocar el trastorno urinario alto. Nuestra experiencia nos permite afirmar que cantidades variables de orina residual se encuentran casi siempre acompañando a los trastornos miccionales de la espina bífida.

DIAGNOSTICO

En los casos agudos el problema carece, en general, de dificultades, ya que el cuadro de la retención de orina es típico. Molestias sobrevenidas bruscamente acompañados de deseos infructuosos de orinar y de un globo vesical más o menos perceptible constituyen los elementos principales del síndrome.

La vejiga llena es una tumoración renitente a la palpación que aumenta los deseos de orinar y aumenta el dolor. Es además mate y la sonoridad cólica la rodca. El tacto rectal pone de manifiesto una saliente vesical en la cara anterior del recto. En los casos de duda que se presentan en la niña con algunos procesos quísticos de ovario o con algunas tumoraciones pelvianas, el sondaje vesical mostrando la persistencia de la tumoración con la vejiga vacía establece categóricamente el diagnóstico; además, la posición de Trendelenburg separa del pubis la tumoración cuando es un proceso pelviano no vesical.

En los casos crónicos el problema de diagnóstico es de gran jerarquía y es mucho más complejo. Puede presentarse, en pri-

mer lugar, como interrogante para precisar su conexión con un trastorno general que puede ser: perturbaciones en el crecimiento, accidentes febriles a repetición, modificaciones humorales o clínicas de insuficiencia renal, anemias de tipo diverso.

Las exploraciones deben comenzar por el examen clínico y una cuidadosa palpación hipogástrica asociada al tacto rectal. No es siempre fácil del examen clínico sacar una conclusión terminante en cuanto al estado de vacuidad o de llenado parcial de la vejiga. Luego se determinará la existencia de orina residual con lo que se establece si existe verdadera retención o no. Esta determinación no es siempre concluyente y no permite a menudo obtener conclusiones exactas. La exploración del residuo debe realizarse después de la micción y no después de la expresión vesical. La medida del residuo como la hacen algunos autores después de vaciar la vejiga con maniobras hipogástricas palpatorias modifica los hechos. Además, la medida del residuo debe efectuarse repetidamente en varias oportunidades enseñándoles a los padres cómo se efectúa, lo que es extraordinariamente fácil en las niñas. La orina retenida varía en determinadas condiciones de acuerdo a los factores circunstanciales en que la micción se ha realizado. Después de varios días los padres o la madre pueden afirmar que después que la niña orina espontáneamente queda una determinada cantidad en la vejiga. En el varón la medida debe realizarla el médico después de que el niño ha tenido una evacuación que los padres consideren normal.

Precisada la existencia de una retención incompleta de orina deben programarse las exploraciones que serán efectuadas de acuerdo a los hallazgos y a las sospechas clínicas. En general, es conveniente iniciarlas por los exámenes radiológicos simples y contrastados por medio de la urografía de excreción. La cistografía ascendente y la uretrocistografía miccional obtenida por expresión hipogástrica bajo anestesia general, completan los datos fundamentales del diagnóstico. Las exploraciones radiológicas permiten determinar la existencia de una vejiga más o menos llena, que se vacía o no con la micción, la presencia de trabeculación, de divertículos, de uréteres dilatados o del reflujo vésicoureteral que constituye uno de los elementos primordiales para el pronóstico.

El significado de estos hallazgos ha sido precisado en la descripción de cada uno de las diferentes situaciones que hemos mencionado.

La endoscopia es un examen que en el niño debe realizarse en determinadas circunstancias y en el capítulo de las retenciones de orina es de gran utilidad. Ya nos hemos referido al aspecto que ofrece el cuello vesical, al aspecto de la vejiga y a la importancia que tienen la forma de los orificios ureterales en los diversos procesos.

La cistometría.—Mucho se ha escrito sobre esta exploración en el estudio de las retenciones de orina con el objeto de poder determinar los caracteres de las retenciones de orina que resultan del aumento de la resistencia uretrales y las que resultan de la pérdida de la energía vesical. Algunos autores la consideran indispensable para esa determinación. Nuestra experiencia es concordante con la de Emmet, quien afirma categóricamente que es imposible distinguir por la cistometría la alteración vesical provocada por un elemento neurogénico y la consecutiva a un factor obstructivo, no creyendo el citado urólogo que el tipo lesional pueda ser diagnosticado por este procedimiento.

Giertz y sus colaboradores (15) en el Congreso de Estocolmo describen, sin embargo, las diferentes características de los procesos neurológicos en relación con las curvas cistométricas y llegan a conclusiones de interés, pero es indiscutible que la cistometría efectuada en las condiciones que la efectúan los mencionados autores constituye un procedimiento complejo no al alcance de los centros urológicos corrientes.

TRATAMIENTO

A) EN LOS CASOS DE RETENCION AGUDA

Debe tenerse como noción, que casi siempre la retención se debe, como hemos dicho y repetido, a factores espasmódicos sobreagregados a la verdadera causa.

Baños calientes, supositorios calmantes, sedantes suministrados de acuerdo a la edad y condiciones del niño, son los elementos fundamentales que deben orientar la terapéutica en los

primeros momentos. Puede afirmarse que en casi todos los casos la micción se restablece con esas medidas o esperando a que el niño se duerma rendido por las molestias o por la acción de medicamentos capaces de favorecer la conciliación del sueño.

Únicamente cuando esos recursos están agotados y la retención persiste, creando un cuadro importante, está indicado recurrir al cateterismo, que efectuamos cuando es posible después de suministrar barbitúricos a las dosis corrientes.

Cuando la retención tiene caracteres de ser una retención que pueda persistir, es conveniente realizarlo con una sonda de Foley para poder luego dejarla permanente. Deben agregarse antibióticos de amplio espectro de acción como preventivos de la complicación infecciosa casi obligada en toda maniobra instrumental en los niños varones. En las niñas la sonda permanente tiene indicaciones más limitadas ya que el cateterismo es fácil, de mínimo riesgo y puede volverse a realizar sin dificultades y sin inconvenientes. En los casos de retenciones por traumas uretrales o por causas neurogénicas que inician su evolución clínica por una retención aguda, el sondeo debe intentarse, aún cuando en los traumatismos, el cateterismo puede ser imposible de riesgo dificultoso.

En estos casos, en medios alejados de los recursos mínimos, es preferible la punción vesical hipogástrica seguida de antibióticos, a los intentos casi siempre infructuosos de cateterismos con material inadecuado. En las retenciones agudas que inician un cuadro neurológico la sonda permanente es de indicación precisa ya que evita la anoxia vesical consecutiva al cuadro funcional inicial evitando una de las más serias situaciones, que es la distensión vesical con su complicación ulterior casi obligada de la retracción vesical. Una vez que el estudio neurológico permita establecer los verdaderos caracteres y precisar un pronóstico en cuanto a la evolución del cuadro, se decidirá la conducta definitiva a tomar con la complicación urinaria.

B) EN LAS RETENCIONES CRONICAS

El tratamiento es más complejo y depende, como es lógico, de la causa, tipo y consecuencias altas que la retención haya provocado.

En todos los casos la colocación de una sonda uretral permanente cumple con la directiva primordial de drenaje del sistema urinario. El drenaje mantenido permite, además, establecer elementos diagnóstico y pronósticos siendo así que cuando las condiciones generales, el apetito y las características sanguíneas alteradas por la perturbación funcional, se van modificando poco a poco gracias a la sonda permanente, pueden abrigarse esperanzas mucho mayores que cuando la sonda no consigue modificar esas situaciones.

El tratamiento de la causa de la retención del niño depende de la naturaleza de esa causa, que debe en lo posible suprimirse. Debe recordarse, además, que como consecuencia de la retención crónica por una causa que puede ser baja, se van estableciendo progresivamente lesiones altas ureterales y renales que crean de por sí trastornos que deben ser conocidos y tenidos en cuenta para ser independientemente tratados.

En esos casos el drenaje vesical no es totalmente eficaz y el tratamiento debe dirigirse para salvar la vida de estos niños, a maniobras de drenaje directo pielorrenal.

En los casos de vejigas neurogénicas del niño el tratamiento no difiere del tratamiento de la vejiga neurogénica del adulto y como será motivo de un correlato en este mismo Congreso, no nos referimos a él, pero hacemos notar la importancia grande de su correcto tratamiento desde la iniciación del cuadro.

Frente a las retenciones de orina debidas a factores cervicales, debe decirse que la edad constituye uno de los factores que debe tenerse en cuenta para la elección de la vía del abordaje quirúrgico.

En las escuelas especializadas se utiliza con mucha frecuencia la vía endoscópica; en cambio, en los medios de menor experiencia se prefiere la vía suprapúbica o retropúbica para el tratamiento de la afección. Las maniobras se dirigen tanto a la vertiente posterior del cuello como a la pared anterior de la región uretrovesical de más fácil realización y en algunos casos de mejor resultado.

Por último, agregamos que es imposible dictar normas terapéuticas para el tratamiento de todos los cuadros y para el tratamiento de todos los procesos, por lo cual hacemos como indica-

cion terminal precisa la que establece que el drenaje uretral permanente o por cistostomía, en muchos casos salva la vida de los pacientes, mientras un estudio completo permite establecer la verdadera naturaleza y topografía del trastorno obstructivo.

BIBLIOGRAFIA

1. HIGGINS, T. T.; WILLIAMS, D. I. y NASH, D. F.—“Butterworths Med. Public.”. London, 1951.
2. CAMPBELL, M.—Mac Millan Co. New York, 1937.
3. YOUNG, H.; FRONTZ, W. y BALDWIN, J.—“Journal of Urol.”, 3: 289; 1919.
4. ERICSSON, N.—Comunicación personal.
5. MARION, G.—“Soc. Int. d'Urol.”, 1933. V. Cong.
6. WILLIAMS, D. I.—“British Journal of Urol.”, 29: 393; 1957.
7. BODIAN, M.—“British Journal of Urol.”, 29:393; 1957.
8. ROTHFELD, S. y EPSTEIN, B.—“Journal of Urol.”, 78: 817; 1957.
9. MINGAZZINI, E. y ARDUINI, M.—“Soc. Int. d'Urol.”, XI Cong., 181; 1958.
10. LUZES, A. y FURTADO, D.—“Soc. Int. d'Urol.”, XI Cong., 217; 1958.
11. HUGHES, F.—“VIII Cong. Urug. de Cirugía”, II: 219; 1957.
12. MORALES, P.; DEEVER, G. y HOTHKISS, R.—“Journal of Urol.”, 75: 537; 1956.
13. KENNEDY, H. y HODGES, C.—“Journal of Urol.”, 77: 221; 1957.
14. EMMET, J.—“Tercer Congreso Chileno de Urol.”. Viña del Mar, Chile, 1957.
15. GIERTZ, G. y FRANKSSON, C.—“Soc. Int. d'Urol.” XI Cong., 117; 1958.