

TRES CAUSAS DE RETENCION DE ORINA EN EL NIÑO

Dres. E. BONNECARRÈRE y C. MARTINICORENA

Como contribución al relato de retención de orina en el niño, nos referimos en este trabajo a tres causas no muy frecuentes en la etiología de este síndrome.

1) LA HIPERTROFIA CONGENITA DEL VERU-MONTANUM

Afección poco observada, según Campbell se podría ver en un 2'', ya que se encontró veinte veces en 10.700 niños autopsiados. Por su localización, esta afección produce una disminución de la luz de la uretra posterior.

El niño se presenta con disuria total desde el nacimiento, más acentuada en ciertas circunstancias que provocan congestión pelviana, luego aparece la retención crónica de orina y la falsa incontinencia.

La distensión vesical y la dilatación del cuello explican que así ocurra.

La uretrocistografía con sustancias iodadas poco densas muestra esta dilatación, pero no marca la causa etiológica, pues la densidad uniforme de la sombra, no permite ver la presencia del veru-montanum hipertrófico.

Deben usarse las sustancias iodadas liposolubles del tipo del "lipiodol". Su consistencia hace que el líquido llegue a la vejiga en tenues gotas después de franquear el obstáculo por las goteras laterales, marcándose la causa obstructiva en imagen lacular (fig. 1).

Se puede confirmar el diagnóstico por endoscopia.

Es frecuente que valvas de la uretra posterior coexistan con esta malformación, aumentando el grado de obstrucción uretral. Debe tenerse en cuenta esta posibilidad para efectuar un tratamiento correcto, extirpando junto con la causa veru-montanal las valvas obstructivas.



Fig. 1.

2) LA CORTINA TRIGONAL OBSTRUCTIVA

Afección raramente observada. Mcredith Campbell cita tres casos encontrados en autopsias y cuatro operados en niñas.

La malformación consiste en una redundancia de mucosa vesical que cae en forma de cortina desde la unión interureteral, obstruyendo el cuello vesical a la manera de una válvula.

Los esquemas que presentamos (figs. 2 y 3) corresponden a lo observado en el niño J. L. de 7 años, que tratamos en nuestro Servicio del Hospital Pedro Visca.

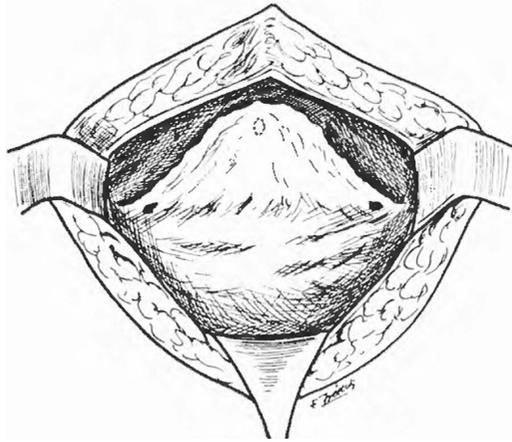


Fig. 2.

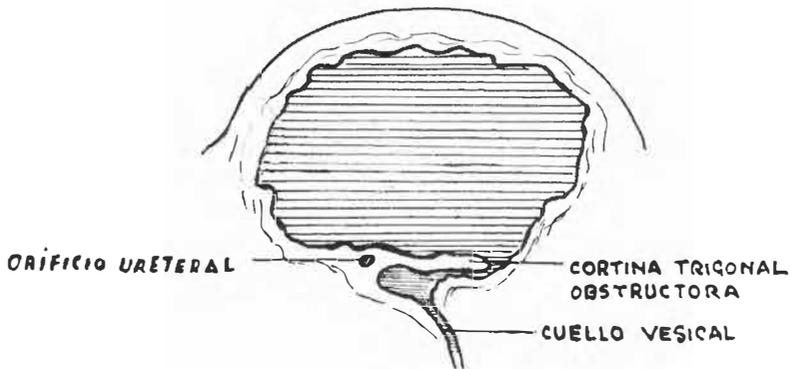


Fig. 3.

Vino a nosotros por incontinencia de orina nocturna y diurna, que había sido catalogada por distinguidos colegas como de causa neurológica por existir falta de soldadura de los arcos vertebrales posteriores de L4 y L5.

Al examen encontramos una retención vesical de 300 c.c. La cistoscopia nos permitió hacer el diagnóstico y la uretrocistografía retrógrada (fig. 4) marcó una vejiga de distensión con múltiples celdas diverticulares.

Para hacer el tratamiento en estos casos, se debe abordar quirúrgicamente, resecaando no sólo la porción mucosa redundan-



Fig. 4.

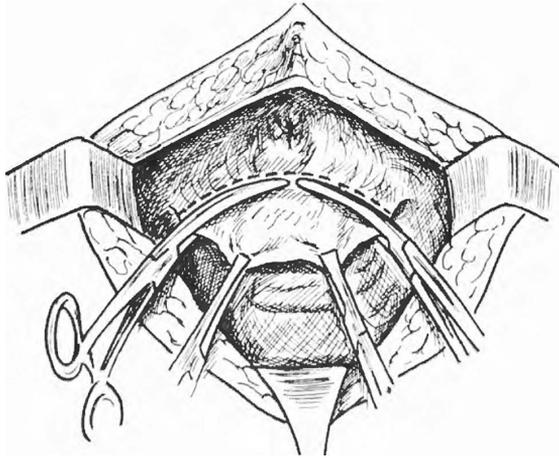
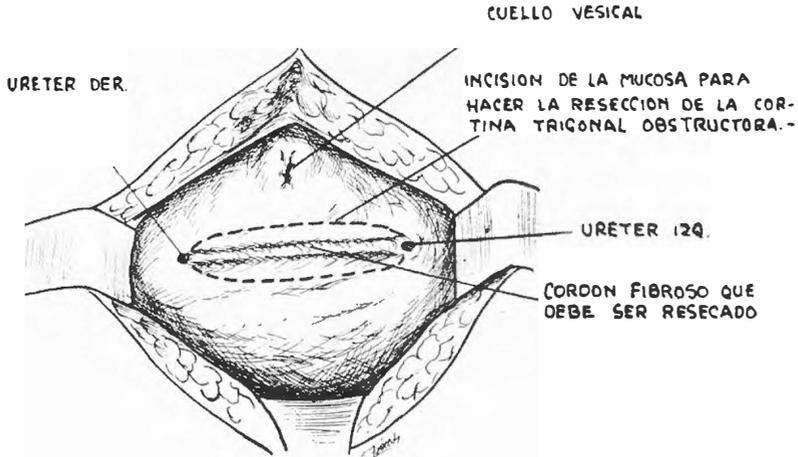


Fig. 5.

te, sino también un cordón fibroso fuerte, submucoso de 1,3 mm. de diámetro. que se extiende entre los orificios ureterales (figuras 5 y 6).

Este cordón fibroso lo encontramos en varios operados de barra interureteral hipertrófica. Es causa de oclusión ureteral por tironeamiento interno de los meatos, con retención urinaria uréteropielorrenal.



En un chico de 4 años que operamos con el Prof. Yannicelli en la Clínica Quirúrgica Infantil, al seccionar este cordón, un chorro de orina fluyó intensa y abundantemente de cada orificio ureteral, mostrando una retención uréterorrenal causada por esta dislocación uréterovesical.

3) SARCOMA DE LA PROSTATA

Afección felizmente excepcional. No llegan a 300 los casos relatados en la bibliografía mundial. Campbell lo observó en cinco ocasiones. En nuestro país la única observación publicada es la del Dr. Díaz Castro, en "Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades" hace diez años.

Se manifiesta por una disuria rápidamente instalada y progresiva que en pocas semanas lleva a la retención completa de

orina. El tacto rectal permite percibir el tumor llenando el área prostática y creciendo hacia la vejiga, de consistencia uniforme, blando, como en nuestro caso en que se trataba de un rabdomyosarcoma, o duro e irregular si es un fibrosarcoma.

La uretrocistografía (fig. 7) muestra la uretra posterior enormemente alargada y comprimida y el tumor invadiendo hacia el trigono vesical.



Fig. 7.

Por la compresión y desviación de los meatos ureterales, se produce una uréterohidronefrosis bilateral que lleva a la uremia. Por esta razón la única posibilidad de tratamiento en esta afección de evolución inexorable y fatal en breves plazos, es el drenaje urinario supravescical con cistoprostatectomía total.

La talla como tratamiento de derivación urinaria de la retención vesical debe ser contraindicada, es mal tolerada, el pa-bellón de la sonda toca el cuello tumoral provocando intensos dolores y hemorragias y no soluciona la retención urinaria alta.