

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITAN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN. CIEGO DE ÁVILA**

**Retención urinaria en el niño. ¿Un motivo de alarma?
Uretic retention in a child. ¿ Is it a reason of alarm?**

Norma Pérez Cruz (1), Denis Mesa Borroto(2), Arnaldo Guillén Sartorio (3), Nancy Cruz Almaguer (4).

RESUMEN

En nuestra práctica médica diaria hemos encontrado pacientes de edad pediátrica con retención urinaria en los que no se ha seguido un algoritmo adecuado para su estudio; exponemos brevemente estos dos casos a consideración para evidenciar la importancia de una atención inmediata en niños con esta sintomatología.

Palabras clave: TRASTORNOS DE MICCIÓN.

1. Especialista de 2do Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar FCM de Ciego de Ávila.
2. Especialista de 1er Grado en Urología.
3. Especialista de 1er Grado en Urología. Profesor Asistente FCM de Ciego de Ávila.
4. Especialista de 1er Grado en Radiología.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones obstructivas del aparato genitourinario pueden producirse a cualquier nivel, desde el meato uretral hasta los infundíbulos de los cálices. La obstrucción puede ser congénita (anatómica) o secundaria a traumatismos, cálculos, procesos inflamatorios, intervenciones quirúrgicas, afecciones neurológicas, medicamentos y neoplasias. Los efectos fisiopatológicos de la obstrucción dependen de su nivel, grado de afectación, edad de comienzo y su naturaleza, aguda o crónica (1-3).

A menudo, las obstrucciones del aparato urinario cursan de modo silente; cuando la obstrucción ocurre debajo de la vejiga, tanto ésta como los riñones aparecen aumentados de tamaño a la palpación, puede provocar dolor abdominal inespecífico y en ambos flancos. En la obstrucción del cuello vesical existen manifestaciones tales como dificultad para la micción, infecciones urinarias, retención de orina y distensión abdominal con incontinencia por rebosamiento; en general esta obstrucción es secundaria a ureteroceles ectópicos, cálculos vesicales o tumores de próstata (rabdomyosarcoma) (4-7).

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia del estudio del niño con trastornos de la micción por parte de Pediatras y Urólogos para lograr un diagnóstico temprano de la afección.

REPORTE DE CASOS Caso 1.-

Paciente de 3 años de edad, blanco, masculino, con antecedentes de salud, que 2 meses antes de su ingreso tuvo un episodio de retención urinaria que requirió de evacuación por sonda vesical y llevó tratamiento con Sulfraprín, siendo seguido por Urología; en esta ocasión acude de nuevo por retención urinaria, con globo vesical se evacua manteniéndose sonda y se decide su ingreso para estudio, realizándose:

- Hemograma con diferencial y Eritrosedimentación dentro de valores normales.
- Urocultivo sin crecimiento.
- Funcionalismo renal: Creatinina, Urea, Ácido úrico, Filtrado glomerular, con parámetros normales.
- Rx de columna lumbrosacra sin alteraciones.

-Ultrasonido abdominal: Dilatación pielocalicial renal bilateral y vejiga de contornos irregulares. - Uretrocistografía miccional: Gran dilatación de uretra posterior, vejiga dentellada con defecto de lleno; capacidad aumentada en relación con su edad.

-Tacto rectal bajo anestesia: Gran dilatación de uretra posterior.

-Se realiza citostomía derivativa, y se decide enviar a un Hospital con Servicio de Urología pediátrica, donde se realiza:

-Urograma descendente: Buena eliminación renal bilateral, uréteres en gancho, elevación del fondo vesical.

-TAC Abdominal: Defecto de lleno en la cavidad vesical con próstata aumentada de tamaño que comprime vejiga. (Fig.1).

-Biopsia a cielo abierto: Tumoración mamelonante, friable que ocupa las caras laterales de la vejiga, con impresión diagnóstica de Rbdomiosarcoma botriode de posible localización en próstata infiltrando vejiga.

Dado el estado del paciente sólo se impone tratamiento paliativo; lo envían de nuevo a nuestro Centro donde se ingresa, el tumor se eviscera, (Fig.2) aparecen manifestaciones de anemia, sepsis, disnea, y fallece 2 meses después en shock hipovolémico.

En la necropsia se corrobora el diagnóstico histológico y se observó metástasis en pulmón y vejiga.

Caso 2.-

Paciente de 8 años de edad, blanco, masculino, procedente de área rural, con antecedentes de enuresis hasta hace 2 meses e infecciones del tractus urinario (por cituria, no comprobadas por Urocultivo), que 7 días antes de su ingreso presentó dolor en bajo vientre y dificultad para orinar, constatándose al examinarle en su área de salud globo vesical que sólo resuelve por sonda vesical, fue valorado por Urología indicándole Ecografía de hemiabdomen inferior y Uretrocistografía miccional, pero de nuevo hace retención urinaria por lo que se coloca sonda permanente y se decide su ingreso para estudio.

Al examinarle, se observa un niño delgado (por debajo del 3 p), que aqueja dolor en bajo vientre, sin otras alteraciones aparentes; se realizan complementarios:

Hto 38/ l Leucocitos 8,6. 10/l Eritrosedimentación 13 mm Creatinina 55 mosm/l

Ultrasonido de hemiabdomen inferior: Se aprecia imagen ecolúcida de 45x 40 mm en proyección de próstata (Fig. 3); es llevado al salón para realizar tacto rectal bajo anestesia por Urología, encontrándose próstata aumentada de tamaño de 3 x 4 cm, de consistencia aumentada y fija; no se puede realizar Cistoscopia pues el equipo no pasa por obstrucción a nivel de valva prostática. Se realiza Urograma descendente donde se informa dilatación y tortuosidad de los uréteres con hidronefrosis bilateral más acentuada en riñón izquierdo, se realiza TAC de abdomen donde se observa tumoración de próstata de 4 cm que eleva el fondo de saco vesical y tironeamiento de extremos distales de ambos uréteres, se valora en colectivo y se envía a servicio especializado de oncología pediátrica, donde se diagnostica sarcoma de próstata con metástasis pulmonar y se impone tratamiento con radio y quimioterapia.

DISCUSIÓN

La valoración del niño con trastornos miccionales requiere de la realización de una historia clínica completa y detallada, prestando especial atención a las características del hábito miccional (control del esfínter, esfuerzo miccional características el chorro miccional, enuresis nocturna); una exploración física general, un examen cuidadoso del aparato genourinario y tacto rectal, y entre los exámenes complementarios la evaluación mínima requiere de estudios de imagen como Ecografía abdominal, Cistografía miccional, Urograma descendente y TAC (8-11) .

En nuestros casos, por tratarse de niños y desconocerse u omitir los signos sugestivos de cáncer hubo demoras en llegar diagnóstico lo que. repercute en el pronóstico de nuestros pequeños pacientes

Es importante que el pediatra o el médico que consultan niños conozca la incidencia de cáncer en nuestro medio, y que reconozca signos sugestivos de esta enfermedad

ABSTRACT

In our daily medical practice we have found patients of pediatric age with uretic retention with whom there has not been followed a suitable algorithm to its study; we expound briefly these two cases to consideration to evidence the importance on immediate attention of children with this symptomatology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez SE. Las disfunciones miccionales en la infancia. Rev Chil Pediatr. 2004;75 (6): 512-519.
2. Rodríguez E. Pediatría práctica en diálogos. Rev Panam Salud Públ. 2001; 205:842-3.
3. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Lancet 2000; 355: 2153-58.
4. Sanders J, Glader B, Cairo M. Guidelines for the pediatric cancer center and role of such centers in diagnosis and treatment. Pediatrics 1997; 99(1): 139-141.
5. Crist W, Gehan EA, Ragab AH. The third Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Journal Clinical Oncology 2000;13(3):610-630.
6. Fonseca Fernández L. Rhabdomyosarcoma. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1997.
7. Crist William M. Sarcomas de tejidos blandos. En: Nelson. Tratado de Pediatría. 16 ed. La Habana: Ecimed; 2000. p. 1828-1831.
8. Hey NR, Newton WA, Rancy RB, et al. Preservation of the bladder in patients with rhabdomyosarcoma. J Clin Oncol. 2000; 15 (1): 69-75.
9. Redman JF, Reddy PP. Common urologic problems in children: guides to evaluation and referral. Part I. J Ark Med Soc. 2001; 97: 420-1.
10. Garat Barredo JM, Caffaratti Sfulcini J, de la Pena E. Treatment of bladder instability (nonneurogenic hyperactive bladder) in children. Actas Urol Esp. 2004; 28:122-8.

ANEXOS

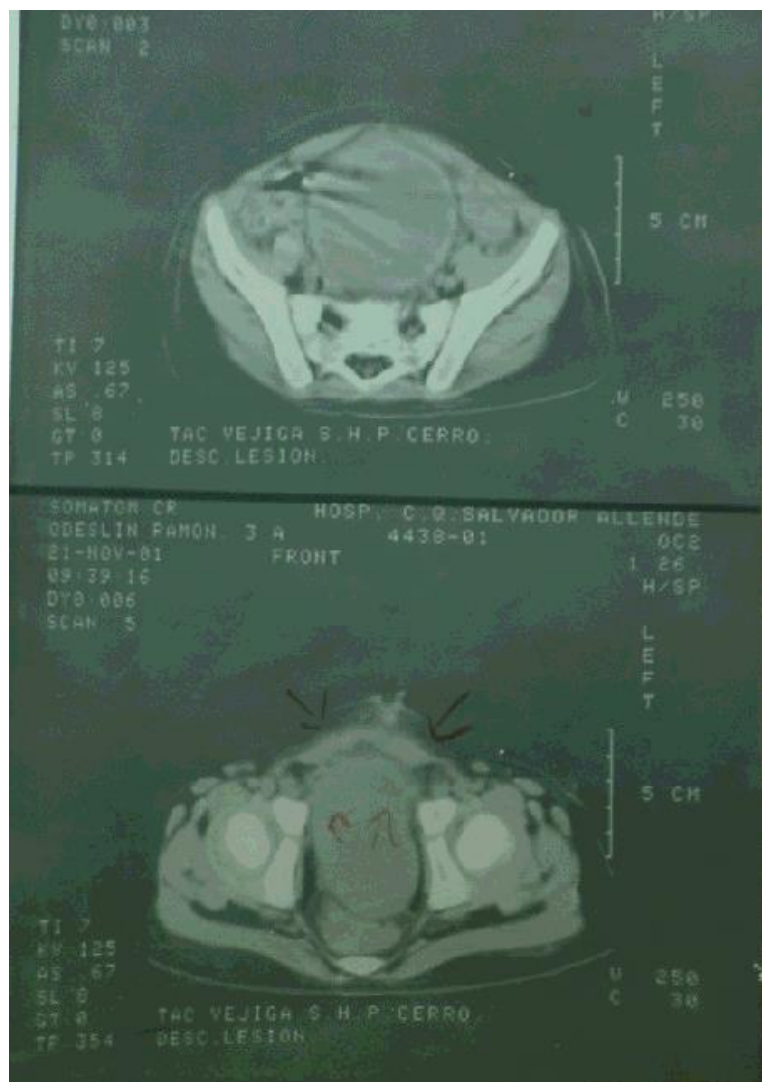


Fig.1.-TAC de vejiga



Fig. 2- Tumor eviscerado

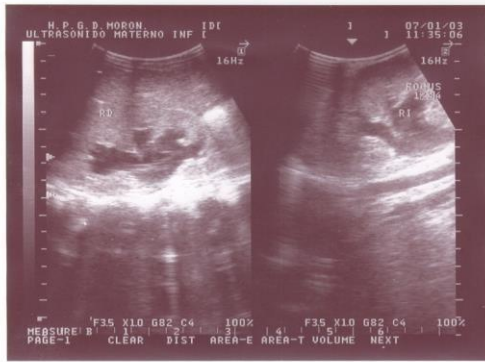


Fig. 3