

1- ¿Cuándo debe operarse un niño de fimosis?

La fimosis es la imposibilidad de retracción del prepucio por detrás del glande no atribuible a adherencia balanoprepucial.

Deben ser corregidas antes de la pubertad con el fin de obtener una adecuada higiene y evitar problemas en el inicio de las relaciones sexuales.

Las indicaciones absolutas de postectomía son la balanopostitis recurrente y la balanitis xerótica obliterante. Las relativas son todos los pacientes refractarios al tratamiento con corticoides locales.

2- ¿Cuál debe ser el abordaje de un niño con enuresis? ¿Cuándo pensar en una causa orgánica?

La enuresis nocturna se considera un trastorno madurativo asociado al sueño y debe considerarse su estudio y eventual tratamiento entre los 5-18 años, sugiriendo como edad "óptima" del estudio a partir de los 7 años de edad.

Existen tres componentes clave en enuresis que son la vejiga inestable, el trastorno del sueño-despertar y la secreción inadecuada de hormona antidiurética (ADH), que ocasionaría poliuria nocturna. La enuresis se clasifica como polisintomática, con síntomas diurnos y nocturnos (vejiga inestable: polaquiuria, tenesmo, urgencia miccional) o monosintomática, si el único síntoma presente es el mojar de noche.

Por definición nunca una enuresis es orgánica, está siempre relacionada con trastornos madurativos del sueño y/o vejigas inestables funcionales; a pesar de ello, se realiza una correcta anamnesis y examen físico con el fin de descartar disfunciones miccionales en los pacientes con enuresis polisintomática. Sumado a ello, se realizan estudios complementarios con cultivos de orina, glucemia, cartilla miccional y ecografía renovesical con medición de residuo postmicción.

Los tratamientos varían desde: a) una conducta expectante con contención del entorno familiar y del paciente para su resolución espontánea con un alto porcentaje de resolución a los 14 años de edad, b) el tratamiento con alarmas (despertar al paciente por la noche con el fin de modificar el tipo de sueño y no sólo del vaciado vesical) ya sea mediante el uso de alarmas comerciales como el PIPÍ STOP que dispararan un alerta cuando la orina entra en contacto con un sensor colocado en la ropa interior del paciente o ser despertado por sus padres y c) el tratamiento farmacológico con anticolinérgicos iniciales (oxibutinina) asociados o no a desmopresina sublingual (120 mcg a 240 mcg) nocturna en polisintomáticos y sólo desmopresina como tratamiento inicial en los monosintomáticos.

3- ¿Cuáles son las causas más frecuentes y cómo se estudian y tratan las disfunciones del tracto urinario inferior?

Las disfunciones del tracto urinario inferior pueden originarse por causas neurogénicas y no neurogénicas. Entre las primeras, las disrafias espinales abiertas (ej.: mielomeningocele) y cerradas (lipomas, agenesia sacra) representan un importante grupo causante de disfunción vesical. También existen disfunciones vesicales idiopáticas de tipo funcional.

En general, la evaluación de estos trastornos se inician con cartilla miccional de 48 a 72 horas, ecografía renal y vesical con medición de residuo postmicción y urodinamia / videurodinamia especialmente en disfunciones vesicales de causa neurológica.

El adecuado tratamiento se realiza en base al resultado urodinámico, por lo que se encuentran varias opciones como: anticolinérgicos, alfa bloqueantes, toxina botulínica, terapias de reeducación del piso pelviano (biofeedback) y neuroestimulación. En casos refractarios a terapia médica, se recurre a tratamientos más agresivos como la ampliación vesical.

4. ¿Cómo se clasifican las hipospadias, cuál es el momento y técnica para su resolución quirúrgica?

El diagnóstico diferencial más importante es con la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) en pacientes en los que se encuentran ausentes ambas gónadas (testículos).

Si consideramos distal al glande, las hipospadias se clasifican en distales, mediales y proximales según donde se halle el meato uretral.

El momento adecuado de reconstrucción es entre los 6-24 meses de vida, dependiendo de la anatomía y las preferencias de los padres.

Las técnicas quirúrgicas son muy variadas y dependen del tipo de hipospadias, del grado de curvatura del falo y de la experiencia del cirujano. En todas las técnicas, existen cuatro pasos establecidos: la ortofaloplastia (enderezar falo), la uretroplastia en sí misma (siempre utilizando colgajo de aposición preferentemente con túnica vaginal), la glandeplastia (reconstrucción del glande) y el cierre epidérmico.

diálisis peritoneal

5. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la Diálisis peritoneal frente a la Hemodiálisis?

La diálisis peritoneal (DP) constituye en nuestro medio una técnica de gran simplicidad y baja mortalidad con una excelente relación riesgo-beneficio y con una indicación primordial en lactantes y niños muy pequeños como primer tratamiento sustitutivo previo al trasplante. Las principales ventajas de la DP frente a la hemodiálisis (HD) son la ausencia de acceso vascular, mayor estabilidad hemodinámica, y el mantenimiento prolongado de la función renal residual. La DP contribuye a un mayor bienestar del paciente con menor estancia hospitalaria, mejoría de la escolarización y ausencia de veno-punciones.

Tres características del niño tienen una repercusión directa sobre el tratamiento con DP: a) Las particularidades especiales de la membrana peritoneal; b) el crecimiento, desarrollo y composición corporal que obligan a continuos cambios en la prescripción y c) la dependencia de los padres. Las principales desventajas de la DP frente a la HD residen en el complicado control del volumen plasmático y de la presión arterial en el paciente anúrico con baja ultrafiltración y en el mayor número de infecciones.

6. ¿Cuáles con las contraindicaciones de la diálisis peritoneal?

Las contraindicaciones absolutas de la DP en pediatría son escasas y con frecuencia debidas a malformaciones congénitas o a defectos de la pared abdominal: gastrosquisis, onfalocele, hernias intratables, extrofia vesical y cirugía abdominal reiterada, reciente o que curse con adherencias peritoneales. Son además contraindicaciones la derivación ventrículo-peritoneal y el fracaso depurativo o de ultrafiltración de la membrana peritoneal. La DP no está indicada en caso de negativa familiar, enfermedad psiquiátrica grave y entorno familiar inestable. La presencia de gastrostomía o ureterostomía añaden dificultad y riesgo de infección al tratamiento pero no son contraindicaciones absolutas.

Finalmente, debemos considerar el período de la adolescencia como un momento de riesgo especial para el inicio de cualquier modalidad de tratamiento médico y en especial de la DP, ya que si bien constituye una terapia que *a priori* favorece el autocontrol y el tiempo libre para la rehabilitación social y el aprovechamiento escolar, el importante grado de incumplimiento terapéutico en esta época de la vida favorece las complicaciones infecciosas y las relacionadas con el control del volumen hídrico del paciente.

7. ¿Cuáles son los criterios para el inicio de diálisis?

Un paciente pediátrico suele requerir tratamiento sustitutivo con diálisis cuando su función renal residual es inferior a 10 ml/min./1,73m²; sin embargo, si el paciente presenta sobrecarga hídrica, alteraciones electrolíticas inmanejables con tratamiento conservador o signos clínicos y/o analíticos de desnutrición resistente a alimentación forzada, deberíamos iniciar la diálisis con anterioridad. La hemodiálisis se prefiere a la diálisis peritoneal como técnica de depuración crónica en la infancia en niños con malformaciones que afecten a la pared abdominal o requieran derivaciones intestinales o cirugía abdominal reiterada, como la atresia rectal o la extrofia vesical; también en aquellos con otros procesos asociados a la enfermedad renal, como hernias diafragmáticas congénitas, enfermedad pulmonar grave o determinados trastornos gastrointestinales, y está indicada en aquellos procesos con incapacidad difusiva o de ultrafiltración del peritoneo. La malnutrición adquirida en la diálisis peritoneal requiere el paso transitorio a hemodiálisis, a ser posible diaria, hasta su mejoría. Finalmente y como técnica rápida,

la hemodiálisis es de elección en procesos agudos que cursen con sobrecarga cardiocirculatoria, estados hipervolémicos, hiperamonemia, lisis tumoral e intoxicaciones por metanol, etilenglicol, fenobarbital, etanol, litio o salicilatos. Muchos adolescentes prefieren realizar tratamiento con hemodiálisis para no alterar su propia imagen corporal con la presencia de un catéter abdominal.

Las limitaciones de la hemodiálisis están relacionadas con la dificultad para la obtención de un acceso vascular o con la tolerancia a cambios rápidos de volumen plasmático, lo que es especialmente importante en lactantes o niños pequeños, que deben ser tratados preferentemente con diálisis peritoneal.

8. ¿Cómo se trata un niño con microhematuria persistente?

Los glóbulos rojos (GR) presentes en la orina pueden provenir de cualquier lugar del sistema urinario o genitales. La hematuria microscópica corresponde a la presencia de un número > 5 de GR por campo. La observación de la morfología de los GR en el microscopio de fase es de gran ayuda para conocer el origen de la hematuria. Los GR pequeños, dismórficos, en su mayoría acantocitos (forma peculiar que adopta el GR al atravesar la membrana basal del glomérulo) indican el origen glomerular. Los hematíes dismórficos deben diferenciarse de los GR crenados. Estos últimos son GR que han sido hemolizados por cambios en la osmolaridad o en el pH urinario. En esta situación tendremos Hb positiva en la tira sin hematíes en el sedimento. Los GR de mayor tamaño, eumórficos corresponden a la hematuria extraglomerular o urológica. Figura 1.

LITIASIS

9. ¿Cuál es la aproximación diagnóstica en la litiasis renal?

- Historia clínica: crecimiento, historia familiar, dieta, medicaciones, enfermedades.
- Examen físico: desarrollo pondoestatural, estructura ósea, presión arterial.
- Sedimento urinario (cristaluria).
- Muestra aislada de orina para realización de índices (concentraciones de calcio, ácido úrico y creatinina).
- Urocultivo.
- Análisis del cálculo, si estuviera disponible.
- Imágenes: Radiografía de abdomen, ecografía renal.

- Recolección de orina de 24 horas sin alterar la dieta habitual: volumen urinario, creatinuria, calciuria, uricosuria, fosfaturia, citraturia, cistinuria, ionograma, magnesinuria, oxaluria.
- Laboratorio en sangre: ionograma, estado ácido base, calcio, fósforo, magnesio, ácido úrico y creatinina.
- Recordatorio alimentario.
- Dosaje de hormona paratiroidea si existiera hipercalciuria o hipofosfatemia.

10. ¿Cuál es la terapéutica adecuada para un paciente con litiasis renal?

Episodio Agudo

El tratamiento en la fase aguda de la litiasis renal (LR) incluye alivio del dolor, restablecimiento de un estado de hidratación adecuado y tratamiento de la infección urinaria, si es que ésta existiera.

Es importante descartar obstrucción de las vías urinarias que requiera alguna maniobra de derivación urgente. La mayoría de los cálculos menores de 5 mm de diámetro se despiden espontáneamente aun en niños pequeños. Aquellos de mayor tamaño probablemente requieran intervención quirúrgica.

Tratamiento médico

El objetivo final siempre será la disminución de las recurrencias.

En aquellos cálculos asintomáticos, que no generan obstrucción, o pasado el cólico renal; el tratamiento es exclusivamente médico y abarca tanto medidas generales como específicas. Debe remarcar la importancia que adquieren los factores dietéticos en el tratamiento de la litiasis renal.

El aporte hídrico adecuado, preferentemente agua, es la clave del tratamiento independientemente de la causa de la litiasis. El consumo de gran cantidad de líquido aumenta la diuresis y diluye los elementos que forman los cálculos, con lo que es menos probable que éstos precipiten. Un flujo urinario vigoroso también ayuda a eliminar pequeños cristales y bacterias antes que adquieran importancia clínica. Se sugiere un volumen de diuresis mayor a 750 mL/día en infantes, 1000mL/día en niños menores de 5 años, 1500mL/día en aquellos de hasta 10 años y más de 2L/día en preadolescentes y adolescentes.

11. ¿Cómo se debe tratar el Síndrome nefrótico córico resistente?

Se denominan de esta forma a los pacientes que no presentan remisión de la proteinuria luego de

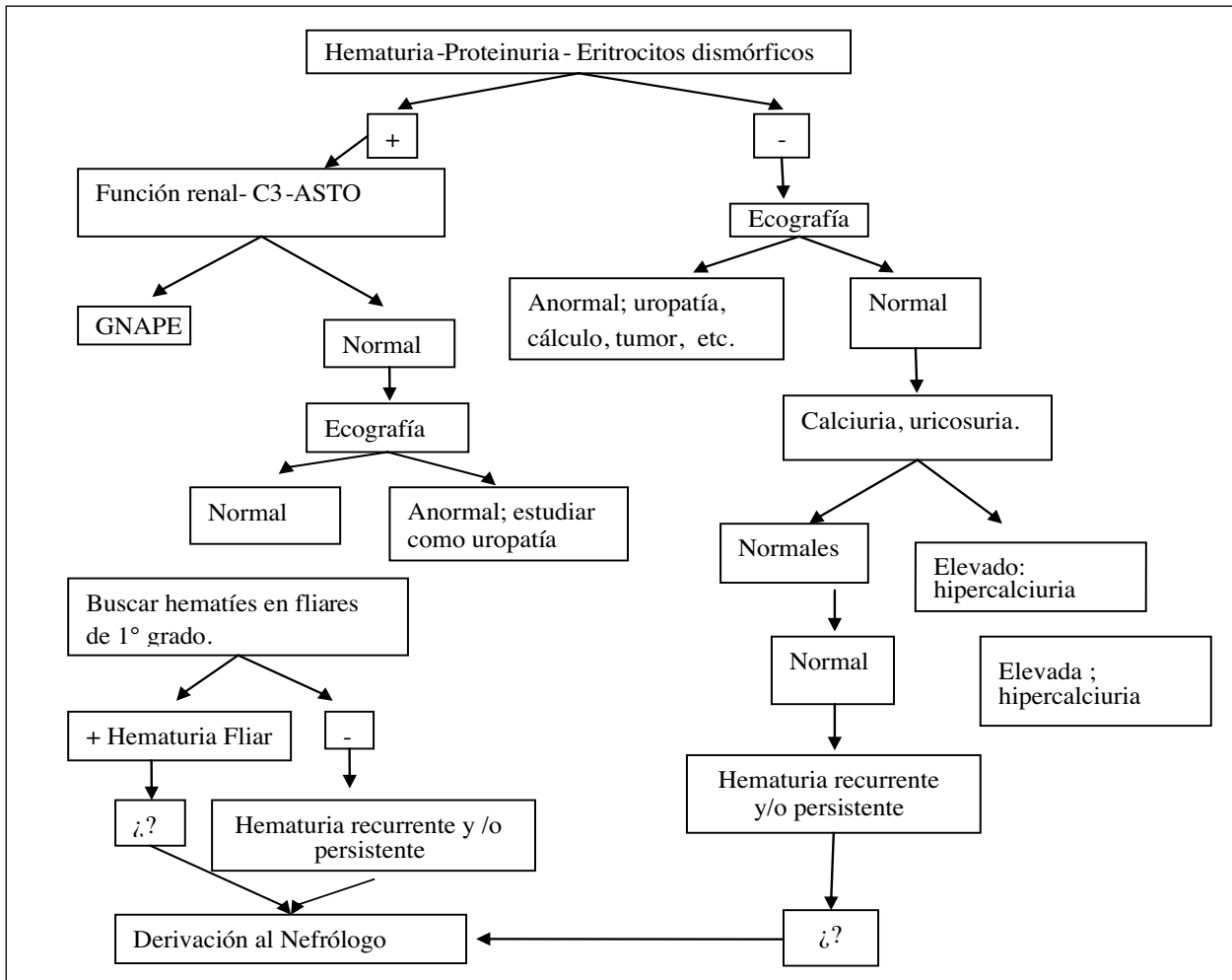


Figura 1

un tratamiento con: a) prednisona 2 mg/kg/d o 60 mg/ m²/d (dosis máxima, 60 mg) en días continuos durante 4-6 semanas en 1 dosis diaria a la mañana entre las 8 y las 10 h, seguido de prednisona 1,5 mg/kg o 40 mg/m² en días alternos durante 4-6 semanas ó b) prednisona 60 mg/m²/d o 2 mg/ kg/d durante 4-6 semanas en días continuos más 3 pulsos de metilprednisolona de 10 mg/kg/dosis.

El manejo de estos niños debe realizarlo el nefropediatra quien antes de clasificar al paciente como corticorresistente, se debe considerar las siguientes situaciones:

- Falta de adherencia al tratamiento.
- Presencia de infecciones que impidan la remisión.
- Falta de absorción de la droga por edema intestinal.

De ser posible, es necesario intentar descartar con el estudio genético la mutación de los genes involucrados en la etiología de síndrome nefrótico hereditario, como la podocina, α actinina, nefrina y el Wt1.14 La biopsia renal está indicada, antes de iniciar otro tratamiento.

El manejo clínico de estos niños es muy difícil y requiere un equipo multidisciplinario, dado que presentan, durante la evolución, complicaciones relacionadas con la proteinuria masiva, el estado nefrótico crónico y el tratamiento inmunosupresor:

- Detención del crecimiento
- Desnutrición
- Edema crónico refractario al tratamiento
- Infecciones
- Hiperlipidemia
- Anemia
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia renal.

En nuestro país, el tratamiento de primera línea sigue siendo la ciclofosfamida oral, dada la buena experiencia de los grupos nefrológicos locales, con un porcentaje de remisión entre un 40 a 45% de los casos.

*Consenso de tratamiento del síndrome nefrótico en la infancia.
Comité de Nefrología,
Sociedad Argentina de Pediatría*