

INCONTINENCIA DE ORINA POR DESEMBOCADURA ANOMALA DEL URETER

Por el Dr. B. SINGER

M. M. M. — Edad 15 años, argentina, soltera, estudiante. 5-1153 — 22-11-53.

Diagnóstico: Pseudo incontinencia de orina por ureter ectópico (vulva).

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sin importancia. Operada de apendicitis.

Enfermedad actual: Desde su primera infancia padece de una incontinencia de orina en forma continua tanto de día como de noche, mojando la orina la ropa interior o el paño absorbente que lleva para protegerse de las consecuencias más inmediatas de su defecto físico. La incontinencia coexiste con micciones normales tanto en el ritmo, capacidad, sin disuria ni polaquiuria. Después de cada micción (dos o cuatro veces de día y una de noche) la incontinencia se sigue manifestando en igual forma.

Estado actual: Enferma en buen estado de nutrición. Psiquia normal, algo deprimida por su afección.

Aparato respiratorio y circulatorio: Sin particularidades.

Sistema nervioso: Reflejos tendinosos cutáneos y pupilares normales.

Riñones: No se palpan. Puntos renales y ureterales: negativos.

Genitales externos: Discreto eritema de los labios mayores.

Se aprecia que rítmicamente salen algunas gotas de orina muy próximo del meato, que en ciertos momentos impresiona que salen del mismo. El hallazgo del orificio ureteral ectópico se halla venciendo grandes dificultades, ya que a veces impresionaba salir de la vagina y otras veces de la uretra. Por fin nuestros esfuerzos se ven compensados por el hallazgo del orificio situado a la izquierda del meato uretral y separado de él por un pliegue mucoso. Se cateteriza con una bujía filiforme y luego con una sonda ureteral N° 10, que sólo asciende unos 15 cms. A través de la sonda sale gota a gota en forma continua 25 cms. cúbicos de orina clara y pálida para continuar después goteando en forma rítmica.

Radiografía directa - Urograma excretor y pielografía ascendente:

a) Radiografía directa: No se aprecian imágenes litiásicas.

b) Urograma excretor: Dos pelvis y dos uréteres a cada lado, los dos uréteres derechos convergen hasta la quinta vértebra lumbar, donde se pierde su imagen. Los uréteres izquierdos convergen igualmente hasta perderse en la cuarta lumbar para volver a aparecer en la pelvis en forma de cinta (ectasia); ambas pelvis inferiores son pequeñas y con cálices y papilas armónicamente normales, en cambio en las pelvis superiores hay falta de desarrollo con sólo esbozos de cálices.

c) Pielografía ascendente: Introduciendo sólo unos 10 cms. las sondas a través de los meatos ureterales intravesicales se obtiene la radiografía número tres. Ureter bifido derecho y las vías excretoras del riñón izquierdo inferior.

Cateterismo y pielografía del meato ureteral vulvar y del meato ureteral vesical izquierdo (ver radiografía N° 4), se constata que el ureter ectópico corresponde al riñón supernumerario izquierdo; éste se presenta dilatado con múltiples acodaduras y la extremidad distal puntiforme termina debajo de la sínfisis pubiana. Sólo se aprecia la sonda ureteral y escasa visualización del hemi-riñón inferior.

Citoscopia: Meatos ureterales bien implantados uno en cada extremo del músculo inter-ureteral que eyaculan rítmicamente orina de aspecto claro, no se aprecian otros orificios ureterales. Resto vejiga normal.

Examen de laboratorio:

Análisis de sangre - Eritrosedimentación: 1ra. hora. 4 mms.: 2da. hora. 10 mms. Índice de Katz. 4,50.

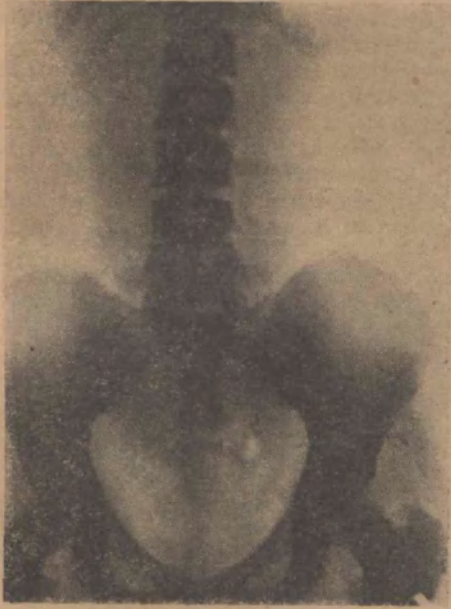


Fig. 1 — a): Radiografía directa.
No se aprecian cálculos.



Fig. 2 — b): Urograma excretor. Dos pelvis y uréteres de cada lado.



Fig. 3 — c): Pielografía ascendente a través de los meatos vesicales.



Fig. 4 — d): Pielografía ascendente a través del meato ectópico vulvar.

Análisis de orina completo: Resultado: Reacción acida. Densidad: 1012. Albúmina, vestigios. Glucosa: no contiene. Sedimento: escasos leucocitos, escasos hematíes, regular cantidad de células epiteliales planas.

Operación: 5-11-53.

Cirujano: Dr. Bernardo Singer. Ayudantes Dr. Cavalcanti y Pcte. Schlaen.

Anestesia: Pentothal-Novocaina.

Lumbotomía izquierda con reclinación de la duodécima costilla. Se exterioriza una sola masa renal que se presenta alargada, de superficie lobulada (embrinaria). No se aprecia ningún surco de separación. Separada la grasa peripielica quedan al descubierto ambas pelvis y uréteres. Un vaso polar superior que nace al parecer de la aorta y otro vaso que nace del pedículo que se bifurca y cuyo ramo superior va al hemi-riñón supernumerario.

Se aislan y se ligan individualmente los vasos que irrigan este segmento renal apreciándose entonces el cambio de coloración que experimenta el parénquima correspondiente al trozo irrigado por ellos. Para observar con más nitidez ese límite de separación y siguiendo el consejo de Puigvert se efectúa decapsulación del segmento renal superior. Previa ligadura y sección del uréter ectópico a unos 7 cms. de su origen se practica la heminefrectomía con bisturí eléctrico, teniendo especial cuidado de no abrir las vías excretoras: El corte ha sido casi perpendicular al riñón. Ligadura aislada de un vaso que sangra. Colocación de una valva de la cápsula renal



Fig. 5 — e): Urograma control post-operatorio.

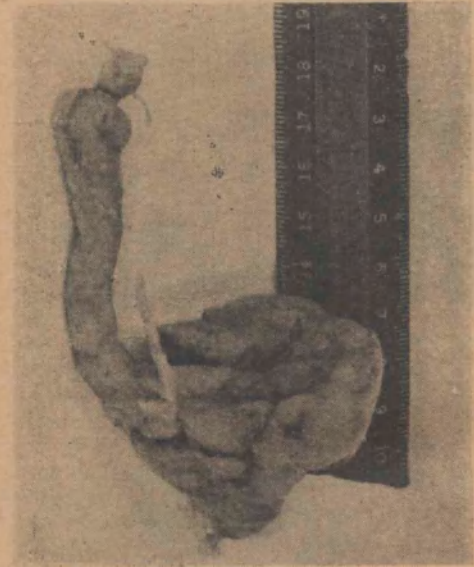


Fig. 6 — Pieza anatómica.

a la superficie cruenta. Superposición de la segunda valva capsular sobre la primera, dos puntos hemostáticos según técnica de Hekembach que asegura la hemostasia perfecta. Colocación de un drenaje en el polo superior. Se colocan unos puntos a la fascia renal. Cierre de la pared en dos planos. Lino en piel.

Diagnóstico: Uréter bífido derecho y uréter doble izquierdo, uno de ellos ectópico en vulva.

Tratamiento: Quirúrgico. Heminefrectomía. Ureterectomía parcial.

Postoperatorio: Escasa secreción serohemática los primeros 3 días; El Laboratorio informa que no es orina. A los seis días se retira el Rubber. La herida cierra por primera. A los 12 días de la internación es dada de alta curada.

Radiografía E: Se aprecian 3 pelvis con su correspondiente uréter.

Fig. 6: Fotografía de la pieza operatoria.

Las anomalías reno ureterales son secundarias a una perturbación del desarrollo embrionario debido a que el mamelón ureteral se desvía de la normalidad cuando hace su aparición sobre el conducto de Wolf. El estudio de las anomalías reno ureterales es un capítulo muy extenso y solamente me voy a referir sobre la sintomatología que puede presentar el uréter ectópico con desembocadura extravesical en la mujer. La desembocadura extravesical de los

uréteres en la mujer se verifica por regla general en la uretra y en la vulva, menos frecuente la vagina, como excepcional en el útero en el canal de Gaerner.

El síntoma capital es la *incontinencia de orina*. Cuando se debe a la anomalía que nos ocupa coexiste con micciones normales. La incontinencia es continua y no desaparece después de la micción, otra característica es que la incontinencia aparece desde el nacimiento y no tiene tendencia a la curación espontánea. Sin embargo, hay excepciones clínicas a esta Regla como a la enferma de *Neelsen que no tuvo incontinencia hasta los 35 años y la de Hartman que padece de incontinencia de los 24*. La explicación de estos hechos hay que buscarlo pensando que se trata de uréteres terminados en fondo de saco y sólo se abren en la uretra y en la vulva a consecuencia de un episodio infeccioso, inversamente la incontinencia congénita desaparece por obstrucción del orificio ectópico con la consiguiente pio-nefross pudiendo aparecer nuevamente en forma de flujo purulento. Por consiguiente la *incontinencia de orina aunque ella ha desaparecido hay que tomarlo en consideración con fines de diagnóstico*.

Papin cita una mujer de 45 años, con molestias del vientre, fiebre y *tumoración dolorosa en fondo seco vaginal izquierdo* y no se toma en cuenta una incontinencia de orina que ella tuvo hasta los 11 años, se la operó con diagnóstico de "Salpingitis" encontrando los anexos normales en la intervención, pero al comprimir la colección líquida que existe retroperitoneal, bajo ligamento ancho, se dan cuenta que sale pus por la uretra: Nefroureterectomía, curación.

Otras veces la *incontinencia no es continua, sino intermitente*, apareciendo en la estación vertical, con la tos y esfuerzos, la explicación de la incontinencia intermitente es que la extremidad inferior del uréter muy dilatado sirve de bolsa donde se acumula la orina.

Una observación de Hayward es una enferma de 34 años con incontinencia de orina que se produce en forma intermitente sobre todo con la tos y esfuerzos ha sufrido una ovariectomía, una apendicectomía y una plegadura a lo Kelly por incontinencia esfinteriana supuesta, sin que su estado se modificase.

Se hace una exploración cruenta encontrándose un uréter ectópico.

En resumen la enferma con uréter ectópico consulta por:

- 1º) *Pseudo-incontinencia de orina.*
- 2º) *Tumor inflamatorio abdomino-pelviano.*
- 3º) *Secreción vulvovaginal.*

La *pseudo-incontinencia* es el más frecuente, pudiendo presentarse en forma: *Precoz; Tardía; Continua; Intermitente.*

BIBLIOGRAFIA

- Lassaletta G. Miguel.* — Anomalías Renoureterales. Ediciones Morata, Madrid.
Hartmann (J. P.). — "Über die extravisikale Ausmündung der arenleiter bei Frauen". Zeit f. Gyn. Urol. Vol. IV, abril 1913.
Hayward. — "Supernumerary ureter with abnormal orifice". Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. LXXIX; 1922.
Alglace et Papin. — "Enorme dilatation pelviene et lumbaire d'un ureter anormalmente abouché dans l'ureter". Ste. de hir. de Paris. Bull. de la Ste. Vol. XXIX, p. 110; 1913. Citado por Miguel G. Lassaletta. Anomalías Renoureterales.