

## INCONTINENCIA DE ORINA POR URETER ANOMALO DESEMBOCANDO EN VULVA

Por el Dr. NORBERTO J. PIAGGIO

Presentamos el caso de una incontinencia parcial de orina por un uréter anómalo que desembocaba en la vulva de una niña de 8 años.

En la bibliografía nacional a nuestro alcance hemos encontrado casos similares, en lo que a desembocadura de uréter aberrante se refiere, presentados en esta Sociedad por Surra Canard (1933), García, Orfila y Calderón (1934), Cartelli (1936 y 1955), Minuzzi y Torressi (1940), Rubí y Grimaldi (1950) y Singer (1954), pero que hemos resuelto con éxito en forma distinta, por lo que estimamos de interés su publicación.

En julio de 1957 asistimos a la niña Alicia Inés G., de 8 años, H. Clínica Nº 41.085 del Hospital Municipal de Bahía Blanca, manifestando la madre que desde muy pequeña nota que la paciente moja sus ropas en forma continua y permanente de día y de noche. No obstante sigue así hasta los 6 años de edad, consultando recién un médico en la Provincia de La Pampa que no encontró solución a este problema.

En julio de 1957 viene a vivir a Bahía Blanca, consulta a una colega, quien nos la envía al Servicio de Urología del Hospital Municipal.

Al examinarla se constata la presencia de un cálculo urinario en la vagina del tamaño de un poroto, de color blanco, de fosfato de calcio, que se extrae fácilmente con una pinza por estar situado detrás del himen. Se observa un flujo permanente de orina en la vagina, sin poder precisar el sitio de la salida. La niña tiene además micciones con ritmo y cantidad sensiblemente normales.

Se hace una cistoscopia previa ingestión de azul de metileno. Se observa un meato ureteral derecho y otro izquierdo sin poderse ver con nitidez la eyaculación del derecho. En la misma sesión, con un uretroscopio de Luys se explora vagina hasta cuello de matriz, sin poderse localizar la presencia de un meato ureteral, ni presencia del colorante en fondos de saco vaginales.

El pielograma obtenido en setiembre de 1957 muestra las siluetas pielocaliciales, con caracteres normales, sin permitir apreciar doble uréter.

No obstante, un pielograma repetido 2 meses después, permite visualizar en el lado derecho y en forma poco clara una imagen incompleta que nos hace presumir la existencia de uréter doble.

Hasta este momento no habíamos podido localizar la desembocadura del uréter y no podíamos afirmar si era derecho o izquierdo.

La enferma no concurrió más a la consulta hasta que, pasados 10 meses, vuelve nuevamente porque presentaba otro cálculo urinario detrás del himen, de tamaño más pequeño que el anterior.

Se la vuelve a examinar, y después de una atenta y prolongada observación se consigue visualizar la salida de orina por un pequeño orificio situado a 2 milímetros por debajo y a la izquierda del meato uretral. Se consigue pasar una hujía filiforme Nº 1 que se deja permanente 24 horas para dilatar el orificio y luego se pasa una sonda ureteral por la que fluye orina gota a gota.

Se hace pielografía ascendente, que muestra relleno del uréter del lado derecho. Simultáneamente se hace cistografía para establecer las relaciones con uretra y vejiga, comprobándose que no existe comunicación.

Establecido que nos encontramos ante la presencia de un uréter anómalo que drenaba abundante cantidad de orina, resolvimos la intervención.

Operación: 18 de setiembre de 1958. Anestesia general con gases (Dr. Koll). Cirujano: Dr. N. J. Piaggio. Ayudantes: Dres. E. de Lasa y V. Budassi.

Se hace una incisión curva en fosa ilíaca derecha que termina en la línea media. Se abre por planos y se reclina el peritoneo hallándose dos conductos paralelos con las características de uréteres, uno de mayor calibre que el otro. En la extremidad inferior del campo operatorio se libera la cara anterior de la vejiga y se la abre por divulsión. El uréter más grueso se punza y se inyecta en su luz 2 cm<sup>3</sup> de drometil, sustancia que aparece de inmediato coloreando la mucosa vesical. El otro conducto de menor calibre se lo sigue profundamente hacia abajo y se lo secciona. Se explora el cabo distal introduciendo una bujía que asoma en la vulva por el orificio que habíamos cateterizado en el examen preoperatorio. Retirada la bujía se liga el muñón ureteral distal. El cabo proximal, que da orina, se lo aboca a la vejiga, y previa abertura del orificio del conducto en dos labios, se lo fija a la misma con puntos separados de catgut cromado 00.

Por el lado externo se fijan los tejidos periuretrales a la cara externa de vejiga. Se coloca una sonda de Pezzer Nº 16 en uretra, pasada a remolque y se cierra la vejiga con jareta y 2º plano con punto en X. Drenaje de goma de guante y cierre de la pared por planos.

La herida evoluciona bien. Da escasa serosidad y a los 12 días se retira la sonda y el drenaje. Alta el 2 de octubre de 1958.

El control postoperatorio alejado, al año muestra un perfecto estado de salud, con orinas límpidas.

*Consideraciones:* Hemos resuelto satisfactoriamente un caso en el que un uréter anormal que segregaba abundante orina fué abocado a la vejiga, corrigiendo así una incómoda anomalía. No hemos podido comprobar con certeza que dicho uréter provenga de un riñón supernumerario, que se vislumbra en algunas placas radiográficas. Algunas comprobaciones radiográficas como el cateterismo ureteral simultáneo de los uréteres derechos no los pudimos hacer por carecer de cistoscopia de tamaño adecuado en esos momentos. Por otra parte, la corta edad de la paciente hacía dificultosa cualquiera de las variadas observaciones que debíamos practicar.

Los casos relatados en la bibliografía consultada han sido resueltos por nefrectomía o heminefrectomía, y en un caso del doctor Cartelli por anulación funcional secundaria a ligadura y anudación del uréter anómalo. Estimamos el interés del caso presentado por haberse practicado una cirugía conservadora con buenos resultados al año de la operación.

*Conclusión:* Se presenta un caso de una incontinencia de orina por uréter anómalo derecho, tratada por abocamiento del mismo en la vejiga.

## DISCURSO DE CLAUSURA POR EL PRESIDENTE

Dr. ALFREDO A. GRIMALDI

Señores colegas:

Las Jornadas de la Sociedad Argentina de Urología llegan a su término. Se ha trabajado con intensidad y provecho.

La jerarquía de las comunicaciones por su calidad o por el alto valor práctico han asegurado el éxito del programa científico extenso (51 trabajos) que estuvo muy lejos de ser tedioso.

No queremos citar nombres, pero no se nos podrá tachar de parcialidad si destacamos el aporte frondoso e importante del doctor Trabucco, cuya intervención, además, en las discusiones, con sus preguntas y aclaraciones constituyen ya patrimonio de la Sociedad de Urología. Me honro en manifestarlo. A él y a sus colaboradores nuestro reconocimiento.

La Escuela de Córdoba con Chait y Firstater y un núcleo calificado de estudiosos se trasladó en pleno a Río Cuarto y ha volcado el fruto de su labor y disciplina en estas Jornadas, con trabajos que han interesado sobremanera por su seriedad e importancia.

Los viejos urólogos —viejos por su experiencia— y los jóvenes —jóvenes por su edad— han intervenido con sus aportaciones para mantener la excepcional calidad de las reuniones, configurando un exitoso panorama.

Los colegas de Río Cuarto, además de habernos atendido en forma que obliga a nuestro eterno agradecimiento, nos han demostrado, además, sus inquietudes científicas y el alto nivel de sus concepciones.

Las damas merecen nuestra simpatía y respeto y esperamos nos perdonen por haberles sustraído a sus esposos en forma tan desconsiderada, aunque estamos seguros de que en el programa social hallarán compensación a sus sacrificios.

Por último, pido perdón a ustedes por los errores que pueda haber cometido en el ejercicio de la presidencia de esta Asamblea. He tratado de ser riguroso para llevar a buen fin el extenso plan de labor y reconozco vuestra benevolencia. A todos y a cada uno de vosotros nuestro reconocimiento y nuestras felicitaciones por el brillo que han dado a estas Jornadas.

Con esto declaro clausuradas las Jornadas de la Sociedad Argentina de Urología de 1959.