

EPISPADIAS FEMENINO SUBSINFISIARIO

Por los Dres. FRANCISCO E. GRIMALDI y ROBERTO A. RUBI

La observación de un epispadias femenino — malformación congénita extraordinariamente rara — nos induce a su publicación por ser la primera de la literatura médica nacional, sumándose así a los 40 casos aparecidos en el extranjero hasta la fecha.

Se trata de la enferma C. S., española, soltera, de 17 años. Historia Nº 1637, remitida por el Dr I. Urbandt, por una incontinencia de orina que se remonta a la infancia; actualmente internada en la cama 67 de la sala.

Antecedentes hereditarios. — Los padres viven y son sanos. Ha tenido siete hermanos: uno murió de erisipela, otra a consecuencia de un aborto y dos más en la primera infancia. De los tres restantes dos son sanos, una padece de bronquitis asmátiforme.

Antecedentes personales. — Siempre sana, no recuerda haber padecido las enfermedades propias de la infancia. Menstruó a los 10 años: reglas periódicas, regulares, indoloras, de 8 días de duración, más bien escasas. No es constipada.

Enfermedad actual. — Desde su nacimiento sufre de incontinencia de orina diurna y nocturna, no modificada por los cambios de posición.

Estado actual. — Enferma en discreto estado de nutrición, buena conformación esquelética, regular pániculo adiposo.

Pupilas regulares e iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Corazón y pulmones: nada de anormal.

Abdomen: plano, depresible e indoloro.

Fosas lumbares libres, no se palpan riñones, no existen puntos dolorosos.

Aparato génito-urinario: Llama en primer lugar la atención la división del clítoris: entre las dos mitades y en un plano un poco superior se observa una



Figura N° 1

gotera, que corresponde a la cara inferior de la sínfisis pubiana y termina en la profundidad en un orificio uretral amplio que permite el paso fácil del índice, después de un recorrido inferior a un centímetro, hasta la cavidad vesical, no encontrándose vestigio de cuello. La sínfisis pubiana palpase por su cara posterior de consistencia cartilaginosa.

El esbozo de uretra no alcanza a tener un centímetro de longitud y se continúa hacia adelante, sin solución de continuidad — con la piel que recubre la pared anterior de la sínfisis; piel delgada, desprovista de vello, con una depresión en la zona correspondiente a la unión de los pubis.

A través de ese amplio orificio mana orina en forma intermitente: siendo la incontinencia completa, las pérdidas coinciden con las eyaculaciones ureterales.

Con la división del clítoris desaparece la comisura anterior. Los grandes labios, no bien desarrollados, siguen un trayecto paralelo, divergen luego hacia

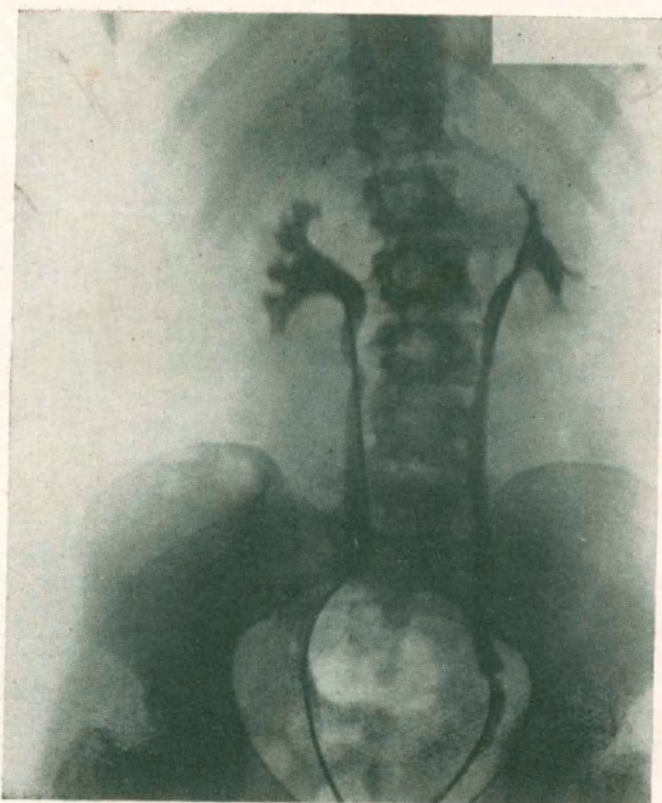


Figura N° 2

arriba para perderse en las regiones inguino-pubianas. Por dentro, los labios menores atrofiados y separados hacia arriba terminan en su extremo superior formando un capuchón incompleto, irregular y plegado a cada hemiclítoris.

El sistema piloso del monte de Venus es pobre, por debajo la piel aparece como atrofiada, lisa, luciente, y casi en contacto con el hueso, con muy escaso panículo adiposo.

La enferma tiene un fuerte olor amoniacal, el vello de la zona cubierto en parte por sales precipitadas; la piel roja, macerada y con puntos de foliculitis.

Vacuna antigonococcica del Instituto Pasteur de Paris

Tratamiento de la BLENORRAGIA - URETRITIS aguda y sus complicaciones
OFTALMIAS - CISTITIS - ENDOMETRITIS - SALPINGITIS
ARTROPATIAS - SEPTICEMIAS, etc.

Fórmula: Suspensión de agua fisiológica al 8 o/oo de varias razas de gonococos. — Cada centímetro cúbico contiene 4 mil millones de gérmenes.

Presentación: CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2 c.c.

CEDROC

(Aceite esencial de Cèdrus Atlántica)

Indicaciones: BLENORRAGIA aguda y crónica - PIELONEFRITIS, etc.

TOLERANCIA PERFECTA

Presentación: Cajas de 40 cápsulas. — Dosis: 10 a 12 cápsulas diarias.

BACTE COLI PHACE

Indicaciones: Infecciones urinarias a bacilo Coli:

COLIBACILURIAS - PIELITIS - PIELONEFRITIS - CISTITIS

Infecciones genitales a bacilo Coli:

METRITIS - SALPINGITIS - PROSTATITIS

Infecciones intestinales a bacilo Coli:

COLITIS - COLECISTITIS - etc.

Presentación: Cajas de 10 ampollas de 2 cc. - Cajas de 5 ampollas de 10 c.c.

AGUA "VITTEL"

(Aguas Sulfato - Cálcicas - Magnesiadas)

DOS TIPOS

1 - Agua "VITTEL GRANDE SOURCE"

Posee una acción marcadamente DIURETICA y reactiva la función secretora del riñón.

2 - Agua "VITTEL SOURCE HEPAR"

DIURETICA, como la Grande Source, pero por la proporción de sus sales de magnesia, tiene una acción electiva sobre las vías biliares y la glándula hepática.

Presentación: Botellas de un litro

Muest. y Literat. - H. Millet y J. Roux - Montevideo 160-68 - Bs. As.

En lugar de COCAINA
utilíce para la anestesia
de la uretra y vejiga

PERCAINA

"CIBA"

- Anestesia neta en concentraciones muy débiles.
- Prolongada duración de la anestesia.
- Actúa sobre la mucosa y por infiltración
- No es estupefaciente.
- Es más económica que la cocaína
- Es más económica que la cocaína.



Muestras y Literatura:
Productos Químicos
CIBA
1247 - Corrientes - 1253
Buenos Aires

ARSENOTERAPIA INTRAMUSCULAR

"ISMIACOL"

(4,4' - dioxi - 3,5' - diaminoarsenobenzolo solubilizado y estabilizado)

**CONCRETAMENTE
INDICADA en:**

- Sifilis congénita precoz
- .. latente precoz
- .. cardio-vascular
- .. renal (como medicación de entretenimiento)
- .. pulmonar (como terapéutica de entretenimiento).

SE EXPENDE:

En las curas enérgicas se inyectarán de
5-6 grs.; en las medias, de 3-4
y en las débiles, de 1 1/2 - 2

Serie débil de 6 ampollas de 0,10 - 0,20
0,20 - 0,30 - 0,30 - 0,40 gr
Serie fuerte de 8 ampollas, de 0,10 - 0,20
0,30 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 gr.
Serie B. L., para niños de 5 ampollas de
0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,15 - 0,20 gr.

"INSTITUTO SIROTERAPICO MILANESE"
MILAN (ITALIA)

FOR MUESTRAS Y LITERATURA:

Dr. JOSE COMIN
Químico
Concesionario exclusivo

BELGRANO 446
BUENOS AIRES

El himen intacto presenta un orificio a la izquierda y arriba, amplio, permeable al meñique y otro inferior a la derecha, que conduce a la misma cavidad vaginal, única. Con un pequeño espéculo se comprueba la normalidad de la vagina, en cuyo fondo aparece el hocico de tenca de aspecto, volumen y forma normales, sin secreción cérvico-vaginal.

Cistoscopia. — Resulta muy difícil por la falta de continencia; se realiza con un uretro-cistoscopio de Mac Carthy, tratando de obtener cierta distensión vesical comprimiendo los labios menores sobre el aparato, a pesar de lo



Figura N° 3

cual se pierde líquido continuamente. La pared vesical retraída es de aspecto y coloración normales; uréteres bien implantados sobre un pequeño mamelón, lo que dificulta el cateterismo, eyaculaciones rítmicas en apariencia clara.

Prueba del indigo-carmín endovenoso: aparece el colorante a los 7' en ambos uréteres.

Practicado el cateterismo bilateral, en otra sesión, da el siguiente resultado:

Riñón derecho: Cloruros, 8,50; úrea, 10,20, con abundantes leucocitos y hematias.

Riñón izquierdo: Cloruros, 9,50; úrea, 11,53. Leucocitos y hematíes.

La cistografía fracasa por la incontinencia.

La radiografía simple no muestra nada de particular.

Pielografías. — 1ª Descendente con uroselectan B, sólo muestra la falta de substancia opaca en la cavidad vesical, por incontinencia completa. (Radiografía Nº 1).

2ª Ascendente con Thorotrast diluido al 50 %, se observa una discreta dilatación de pelvis y cálices derecho. (Radiografía Nº 2).

Análisis. — Reacciones de Kahn y Wassermann negativas.

Urea en suero sanguíneo: 0,25 %₁₀₀.

F. S. F: Se realiza la prueba utilizando un tubo de Perrier-Guyon, a pesar de lo cual se pierde cierta cantidad de orina; el colorante aparece a los 8' después de la inyección endovenosa y elimina un 35 % en la hora siguiente.

COMENTARIOS

La bifidez clitoridiana y el abocamiento de la uretra por arriba del clítoris, así dividido, nos permiten clasificar esta malformación como un epispadias. Sabido es que el epispadias femenino puede ser clitoridiano, subsinfisiario y retro-sinfisiario.

La primera variedad es una simple ectopía de la uretra en un clítoris único. Las dos últimas responden a una dehiscencia más o menos extendida de la membrana cloacal; no presentan entre sí más que diferencia de grado, aproximándose el epispadias retro-sinfisiario a la extrofia vesical de la que resulta difícil diferenciarla.

La existencia del infundibulum que conduce a la vejiga, la noción de que el reservorio urinario tiene dimensiones al parecer normales, la buena implantación de los orificios ureterales, la regularidad del triángulo y sobre todo la ausencia de todo prolapso de la pared posterior de la vejiga nos permiten, siguiendo a Nové-Josserand interpretar nuestra malformación como un epispadias subinfisiario.