

INCONTINENCIA PARCIAL DE ORINA POR ABOCAMIENTO ANORMAL DE URETER SUPERNUMERARIO DESEMBOCANDO EN VAGINA

Por el Dr. NATALIO CARTELLI

En el año 1936 presentamos a esta Sociedad, el caso de una paciente, que afectada de una incontinencia parcial de orina, por abocamiento anormal de uréter en vestibulo vaginal, hubo que practicar una nefrectomía, para curarla de tal molesta afección; eligiendo esta terapéutica, por tratarse de una pelvis supernumeraria grande, por eliminar una cantidad considerable de orina por vagina, y por temor a una fístula urinaria, si nos hubiésemos conformado con la sección y ligadura del uréter anormalmente abocado.

La observación de otro caso similar al anterior en cuanto a su sintomatología, pero distinto por lo que a terapéutica se refiere, hizo que se pudiese anular únicamente la porción de riñón del cual nacía el uréter supernumerario, para curar a la enferma.

G. de S. Argentina, 30 años, casada, italiana. Ingresó el 15-1-1951 en el Instituto Médico Quirúrgico del M. de Hacienda.

Enfermedad actual: Comienza, según la enferma, desde los 2 años de edad, notando pérdida de orina, gota a gota, que la obliga a cambiar paños continuamente. Consulta en su pubertad y se la somete a una serie de tratamientos sin ningún resultado. Contrae enlace —tiene 3 hijos sanos— y hasta la fecha de ser examinada por nosotros continúa con su pérdida de orina, habiendo consultado previamente con el ginecólogo, que nos la envía para su estudio.

Antecedentes personales: Nacida a término. Deambulación y psiquismo normal. Menarquia a los 13 años, normales. Casada, esposo sano, tiene 3 hijos sanos, apendicectomizada a los 24 años.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Riñones y uréteres: Se palpa R.-D. en posición de pie, indoloro. Resto, normal.

Orinas limpiadas. Vejiga: Examen físico negativo. Capacidad conservada. Poco sensible a la distensión.

Examen ginecológico: Monte de venus de tipo femenino Intertrigo por irritación urinaria. Introito y vagina amplios. Cuello O. E. orientado a pubis. Cuerpo con retroposición. Fondo de sacos indoloros, elásticos. Discreto cistocele. Observando la vulva se ve salir un líquido claro, en forma casi continua sin poder precisar de dónde proviene.

Cistoscopia: Mucosa de aspecto normal, en partes laterales y superior. A nivel del trigono se nota una zona verrugosa, metaplasiaada.

En el lado derecho se notan dos orificios ureterales, uno superior y otro inferior, que eliminan al índigo carmín a los 4' con buena proyección e intensidad. En el lado izquierdo

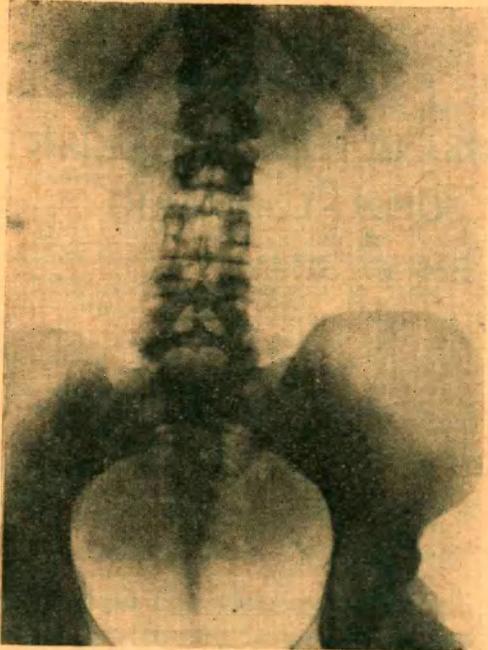


Figura 1

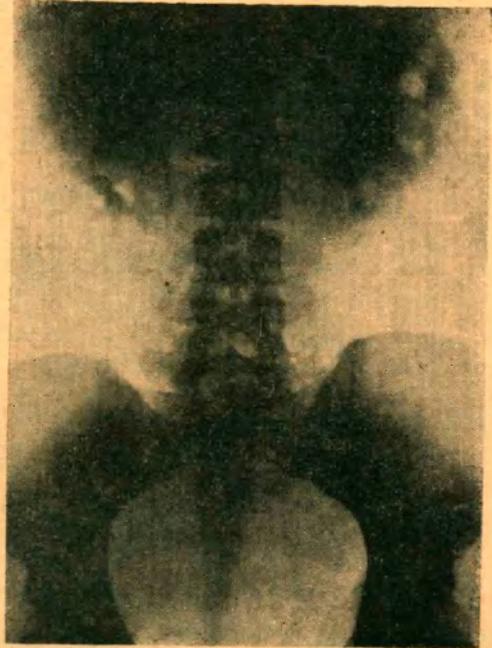


Figura 2



Figura 3

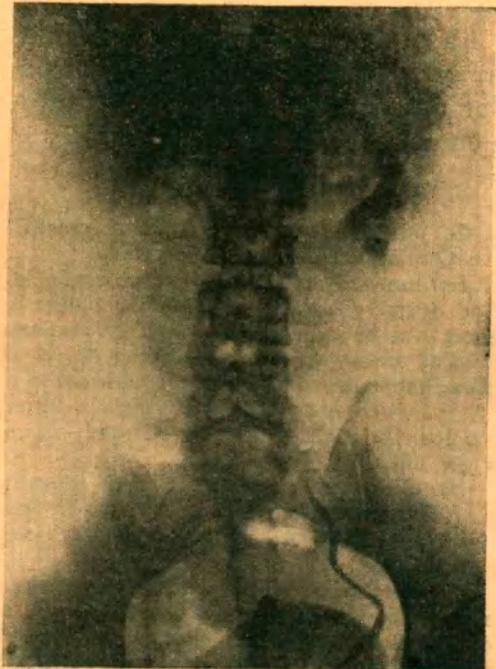


Figura 4

se observa un orificio ureteral que elimina también el índigo carmín a los 4', obstruyendo uretra, se ve salir líquido por vagina sin coloración azul.

12-11-51. Se le hace ingerir un sello de azul de metileno, colocándosele un tapón de gasa en vagina, que se retira a las 3 horas, intensamente teñido de azul.

14-11-51. Se le coloca en vejiga una solución de azul de metileno, dejando sonda gruesa en uretra y tapada —para evitar la salida de líquido por uretra— y se hace poner de pie a la enferma, que dice que es cuando sale mayor cantidad de líquido, notándose la salida de líquido incoloro por vagina.

Examen radiográfico: Rad. simple negativa. (Fig. 1).

Urograma de excreción: Se visualiza en ambos lados buena función, y doble vía de excreción, no visualizándose el ureter, sino en su parte inferior que es única. (Fig. 2).

Pielografía ascendente izquierda: Se llena únicamente la vía de excreción inferior, mostrando pelvis normal y cálices de bordes redondeados.

Ureterografía (a la Chevasú). (Figs. 3 y 4). Igual imagen que la anterior. No



Figura 5

llenándose el ureter que va a la vía de excreción superior, lo que descarta la posibilidad de una unión entre ambos uréteres.

Urograma de excreción de control: Nos muestra la falta de ureter y de imagen de la vía de excreción superior.

Con exámenes de laboratorio normales y examen clínico que no muestra ninguna deficiencia orgánica, se decide intervenir a la enferma, con diagnóstico de incontinencia parcial de orina, por abocamiento anormal de ureter supernumerario en vagina.

Operación: 4-IV-51. Dr. Cartelli y L. Anaut. Gases. Se coloca previamente una sonda ureteral gruesa en ureter del lado izquierdo para facilitar y evitar la confusión en la búsqueda del uréter que desemboca en vagina. Lumbotomía izquierda. Se llega a la celda renal y se libera el riñón de múltiples adherencias. Se explora el uréter en el cual se encuentra colocada la sonda ureteral y se reclina, buscando al otro. Se encuentra una formación con aspecto de ureter y se sigue en su trayecto ascendente para ver su nacimiento en la parte superior del riñón, notándose que se aleja de los límites renales, por lo cual se lo abandona. Se investiga la cara posterior del riñón, y se localiza el ureter, el cual es grueso y dilatado. Se lo libera en una extensión de unos 15 cms. hacia abajo y se lo secciona entre dos ligaduras, practicando además 2 nudos en el extremo proximal. No se ha practicado nefrectomía parcial (de polo superior), pues la presencia de vasos anómalos y la existencia de un pedículo único con una ancha vena que penetraba en el seno sin dividirse, nos hizo temer una hemorragia importante,

que nos hubiera obligado a practicar una nefrectomía. Se cierra pared por planos, dejando drenaje de goma y stopton peritoneal. El postoperatorio fué normal y la incontinencia cesó al practicar la intervención.

COMENTARIOS

El hecho de hallarnos ante una enferma, que desde su niñez, presenta una incontinencia parcial de orina, nos hizo pensar en seguida, tratáse de un abocamiento anormal de uréter. Y más nos llamó la atención que dicha paciente a pesar de haber llegado a los 30 años de edad y haber sido examinada en múltiples oportunidades, continuaba siendo portadora de tal afección; oponiéndose a ser intervenida por su cuello vesical por vía vaginal, por no habersele dado seguridad en su curación.

Ya el examen de su meato uretral, e invitando a la enferma a efectuar esfuerzos para producir la micción, no nos mostró la salida de orina por ese orificio, por lo cual descartamos la incontinencia, por debilidad de su esfínter vesical, viendo salir orina por su vagina. Era necesario demostrar que la salida de este líquido vaginal, no se debiese, a una pequeña fístula véscovaginal, y la existencia de un abocamiento anormal de uréter. La introducción en vejiga de una solución de azul de metileno y un tapón de gasa en vagina, nos puso de manifiesto que tal fístula no existía por no colorearse el tapón vaginal de azul. La cistoscopia mostrándonos la presencia de 2 orificios ureterales del lado derecho, y uno del lado izquierdo, y el examen radiográfico mostrándonos duplicidad de uréter y vías de excreción en ambos lados, afianzó más nuestra sospecha de que se trataba de un abocamiento anormal de uréter supernumerario en vagina.

La ureterografía izquierda, para descartar la unión de ambos uréteres en su tercio medio —que no es visible en las radiografías— y la prueba del índigo carmín, coloreando un tapón de gasa colocado en vagina, que se retiró a los 10' corroboró de una manera indiscutible nuestro primer diagnóstico.

En lo referente a la intervención quirúrgica, nuestro primer intento fué practicar una nefrectomía parcial del polo superior, que era la porción del riñón cuyo uréter desembocaba en vagina. Pero como hemos dicho anteriormente, la presencia de una ancha vena que penetraba en el seno sin dividirse y ante el peligro de su sección y hemorragia seria, desistimos de efectuar tal intervención —seccionando únicamente el uréter previa ligadura— y anudamiento del mismo.

No hemos creído conveniente efectuar una reimplantación de uréter a vejiga, por los inconvenientes por todos conocidos y por tratarse de una porción de riñón de función disminuída y pequeña, considerando que la sección y ligadura del uréter debía llevar a la atrofia a esta porción de riñón.

Y el urograma de excreción practicado unos meses después nos mostró falta de función de la vía excretora superior.