

INCONTINENCIA DE ORINA POR URETER DERECHO SUPERNUMERARIO CON DESEMBOCADURA VULVAR

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, R. J. BORZONE y J. C. LURASCHI

Se trata de M. S. M., de sexo femenino, argentina, soltera, de 14 años de edad, estudiante, domiciliada en Chacabuco, H. C. 670/6. Se interna en nuestro servicio el 13 de julio de 1960. Enfermedad actual: desde que recuerda, moja continuamente sus ropas con orina, en forma involuntaria e inconsciente, de día y de noche. Tiene además deseos miccionales normales en su frecuencia, evacuando orinas limpidas sin ningún trastorno. Antecedentes hereditarios sin particulares. Antecedentes personales: enfermedades eruptivas en la primera infancia.

Estado actual: Buen estado general somático y psíquico. Micciones normales, evacúa orinas limpidas. Riñón y uréter: no se palpan glándulas ni puntos dolorosos. Vejiga: no se palpa ni duele. Bajo anestesia general, el 21-VII-60 se efectúa examen ginecológico y cistoscópico: Vulva normal, con himen conservado, con discreta maceración por humedad permanente. Por detrás del meato uretral, de aspecto y calibre normales, se visualiza un orificio puntiforme en el vestíbulo, del cual mana una gota de líquido claro cada dos o tres minutos. Ese orificio no es permeable a ningún catéter, aún los más finos. Se decide efectuar su visualización radiográfica inyectando sustancia opaca mediante una aguja roma. La cistoscopia es normal, mostrando un uréter derecho y otro izquierdo de forma, situación y aspecto normales.

Exámenes complementarios: Orina normal, densidad 1020; urca sanguínea: 0,37 g.%; glucemia, 1 g.%; eritrosedimentación: 10 mm. y 18 mm.; G.R.: 4.300.000/mm³; G.B. 8.000.

Exámenes radiológicos: Radiografía directa de abdomen: no se ven sombras calcúlosas. Urograma excretor: buena función bilateral; en el lado izquierdo se observa un doble aparato excretor, originado el superior en el cáliz superior y drenando el inferior los cálices restantes. Ambos conductos dejan de visualizarse en la zona lumbar baja. En el lado derecho se observa la misma disposición, aunque la vía excretoria superior está menos delimitada. (Fig. 1).

Fistulografía vulvar: Se llena un conducto de regular calibre, que se dirige hacia arriba y a la derecha y en la zona retrovesical presenta dos dilataciones ampulares, continuándose luego hacia arriba y terminando en la zona del polo superior del riñón derecho por una pequeña dilatación sacciforme. (Fig. 2).

Aortografía lumbar: Se visualizan los vasos renales bilaterales sin alteraciones. En el lado derecho se vé sobre el polo superior del nefrograma, una zona redondeada, tamaño poroto, vascularizada. (Fig. 3).

De los exámenes realizados, resumiendo, surgen las siguientes conclusiones: la incontinencia de la paciente está dada por una anomalía ureteral derecha que desemboca en el vestíbulo vulvar y gotea continuamente al exterior. Dicho meato ectópico corresponde a un uréter supernumerario derecho, que siguiendo la ley de Weigert-Mayer drena la zona superior del riñón correspondiente (o un riñón superior hipotrófico supernumerario). El resto del riñón está drenado por una pelvis y un uréter normales, con desembocadura vesical. El aparato excretor del lado izquierdo consiste en un uréter bifido con un sólo meato en su lugar correspondiente de la vejiga. Llama la atención la exigüidad del parénquima renal correspondiente al uréter superior derecho, que parece terminar en fondo de saco en el polo superior del riñón, lo cual está de acuerdo con la escasa cantidad de orina que el mismo drena.

Esta última consideración nos resuelve a intervenir a la paciente para solucionar su problema mediante la resección de ese exiguo parénquima drenado por el uréter aberrante.

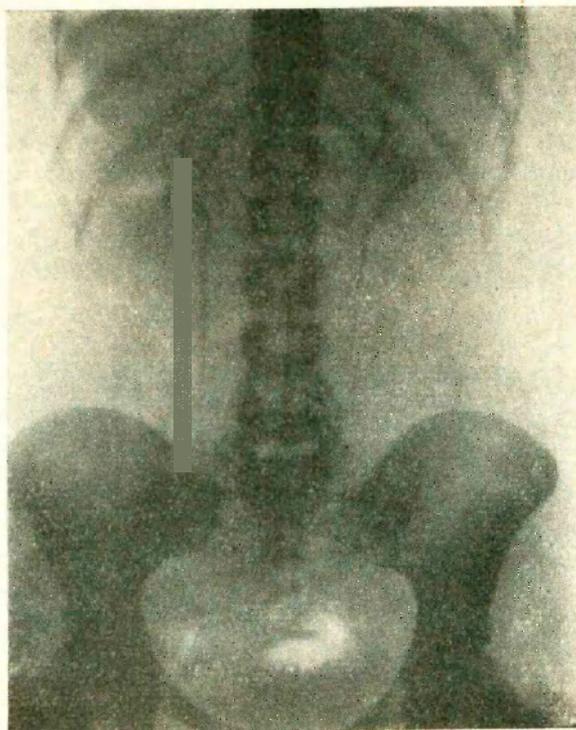


Figura 1

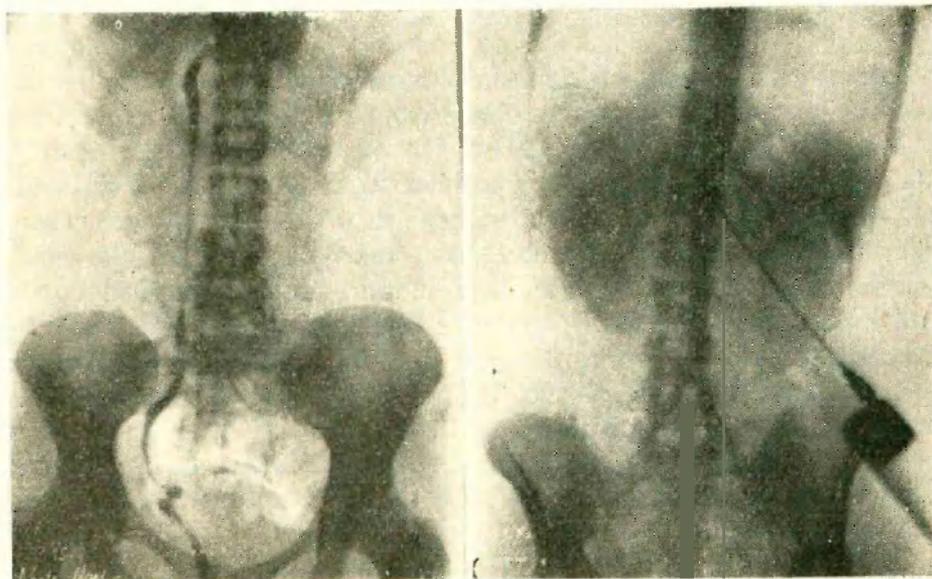


Figura 2

Figura 3

Operación: 28-VII-60. Cirujano Dr. Trabucco. Anestesia general. Lumbotomía derecha con resección de la 12 costilla.

Se libera el riñón, que tiene tamaño y forma normal y dos uréteres: uno inferior que penetra en el hilio y otro superior que llega al polo superior del riñón, donde termina en una pequeña masa sólida, sesil de tamaño de un poroto. La arteria renal al llegar al riñón, se bifurca en dos ramas: una principal y otra más fina que va al polo superior. En cara anterior y en cara posterior de dicho polo, se ven sendos vasos que terminan en la zona donde el uréter superior se une a la pequeña masa renal antes mencionada. Esos vasos se resecan, previas dobles ligaduras y mediante resección a bisturí, dejando un lecho cruento cortical de 1 x 1 cm. se logra la separación de aquella formación renal supernumeraria, que queda vinculada al uréter superior. Este se reseca previa ligadura, hasta donde puede alcanzarse, pues corresponde al conducto que desemboca ectópicamente en la vulva y que se visualizó radiológicamente. Se colocan dos puntos capsulares en polo superior que cierran la brecha cruenta. Cierre por planos con drenaje.



Figura 4

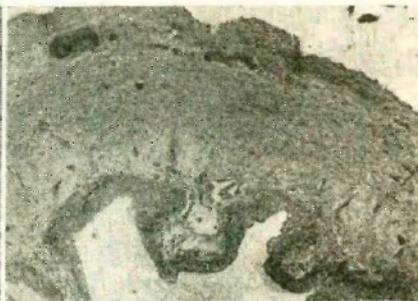


Figura 5

Evolución: Sin incidentes. Egresó el 6 de agosto de 1960, o sea nueve días después de operada. Curada de su incontinencia.

Anatomía patológica: Nº 4282. Macroscopía: pequeña masa de tejido sólido de tamaño de un poroto, continuada por conducto tubular de aspecto, forma y calibre de un uréter, seccionado a los 10 cm. Microscopía:

- a) tejido renal con glomerulitis crónica y esclerosis periglomerular. Se ven cilindros hialinos dentro de los túbulos. (Fig. 4).
- b) Uréter, sin alteraciones, salvo discreta esclerosis submucosa y de la capa muscular

Comentarios: El caso presentado corresponde a una malformación del aparato urinario y su patogenia explicativa, lo que Schwalbe llamaba "génesis formal", hay que buscarla en el desarrollo embriológico del mismo. Esa malformación se debe a una persistencia unilateral del segmento distal del conducto de Wolff, que en la mujer, normalmente, se oblitera y queda como un resto fibroso parauterino y para vaginal: el conducto de Gartner. En este caso particular, dicho conducto permeable ha quedado en continuidad con una rama caudal del brote uretral de Kuppffer que drena una pequeña masa renal hipoplásica aberrante cefálica, en tanto que la rama craneal del mismo, da origen a un uréter ortotópico que drena la porción principal caudal del blastema metanefrótico. En el lado opuesto, el brote ureteral de Kuppffer, ortotópico, se ha dividido cerca de la vejiga, lo cual resulta finalmente en un uréter bífido con un solo meato vesical. La porción distal del conducto de Wolff se ha obliterado normalmente.

La conducta terapéutica seguida fue adecuada a la malformación: la pequeña masa renal aberrante del polo superior, que era drenada por el uréter ectópico, quedó prácticamente aislada en cuanto se ligaron sus vasos nutricios y se procedió entonces a la apicectomía polar superior, junto con la mayor

cantidad de uréter supernumerario abordable. El resto del mismo, abandonado sufrirá la atrofia por inactividad. Es de llamar la atención que la insignificante masa de parénquima renal, del tamaño de un poroto, elaborara orina en cantidad suficiente para mojar la ropa de la paciente.

Entre los casos similares de la literatura nacional tenemos los siguientes: Rubí y Grimaldi (1949), que citan a Surra Canard (1934), Cartelli (1936), Minuzzi y Torressi (1940) y a Ercole y Echesortu (1942); luego: Singer (1954), Cartelli (1955), Couri (1957) y Piaggio (1959), quien cita después de los anteriores, a García, Orfila y Calderón (1934).

Rubí y Grimaldi; Singer y Couri, solucionaron el problema de la incontinencia por uréter ectópico mediante una heminefrectomía, pues el parénquima renal cefálico drenado por el uréter supernumerario estaba vinculado íntimamente al resto del riñón. El caso de Cartelli fue resuelto con la ligadura y resección del uréter anómalo, logrando la atrofia del parénquima correspondiente. El caso de Piaggio tiene el interés de una solución más conservadora, pues abocó el uréter supernumerario ectópico a la vejiga, con éxito favorable. Justificó su proceder por la importancia de la función del parénquima correspondiente a ese uréter y por la corta edad de la paciente: 8 años.

Resumen: Presentamos un caso de ectopía vulvar de uréter supernumerario derecho correspondiente a una masa hipoplásica de riñón aberrante polar superior, funcionante con pérdida continua de orina, en una adolescente de 14 años de edad.

BIBLIOGRAFIA

Rubí R. y Grimaldi A. A.: Uréter vaginal aberrante. Duplicidad bilateral. Heminefrectomía. Rev. Arg. Urol. XVIII, En-Ag. 1949, p. 62.

Singer B.: Incontinencia de orina por desembocadura anormal del uréter. Rev. Arg. Urol. XXIII, Sept.-Dic. 1954, p. 326.

Cartelli N.: Incontinencia parcial de orina por abocamiento anormal de uréter supernumerario desembocando en vagina. Rev. Arg. Urol. XXIV, En-Mar 1955, p. 125.

Couri A. A.: Incontinencia urinaria debida a uréter anómalo ectópico. Anales del VI Congr. Amér. y III Arg. de Urol. (Mar del Plata) II, 273-57.

Piaggio N.: Incontinencia de orina por uréter anómalo desembocando en vulva. Rev. Arg. Urol. XXVIII, Oct-Dic. 1959, p. 352.
