

Servicio de Urología del Hosp. Alvear  
Profesor Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor  
NATALIO CARTELLI

## PELVIS Y URETER SUPERNUMERARIOS, DESEMBOCANDO EN LA VULVA. PSEUDO INCONTINENCIA. NEFRECTOMIA. CURACION

**M**otiva esta comunicación la observación de una enferma, por cuyo trastorno (incontinencia de orina) fué sometida a una serie de tratamientos sin resultado alguno, y cuya curación fué posible después de haber podido llegar al verdadero diagnóstico de su afección.

### HISTORIA CLINICA:

C. B., 13 años. argentina. soltera. Ingresa al servicio el 9 de enero de 1936.

*Antecedentes hereditarios.* — Padres sanos. Fueron 7 hermanos de los cuales 4 fallecidos (dos nacidos muertos y dos antes de los dos años de edad). Los que viven son sanos.

*Antecedentes personales.* — Sarampión complicado en la infancia. Congestión pulmonar hace 4 meses. Niega otras enfermedades.

*Enfermedad actual.* — Comienza hace unos 6 años, después de una gripe, según sus familiares, a notar que involuntariamente de día y de noche, pierde orina. Esta incontinencia no le impide tener micciones normales. Sus orinas son y han sido siempre límpidas, no habiendo tenido nunca dolores lumbares ni ningún otro trastorno urinario, salvo esta incontinencia. Fué sometida a los tratamientos más diversos, sin resultado alguno. Por eso nos consulta.

*Estado actual.* — Buen estado de nutrición en general. lengua y mucosas húmedas y coloreadas; evacúa normalmente su vientre. Apetito conservado. No ha bajado de peso.

*Riñones y uréteres.* — No se palpan ni existen puntos dolorosos renales ni ureterales.

*Radiografía simple de columna dorso lumbar.* — Negativa.

*Uroselectan.* — Buena eliminación a los 5', 15' y 45' observando pelvis, cálices y uréteres visibles y normales en ambos lados.

*Orinas.* — Límpidas. Diuresis en 24 horas, 1300 a 1400 c. c.

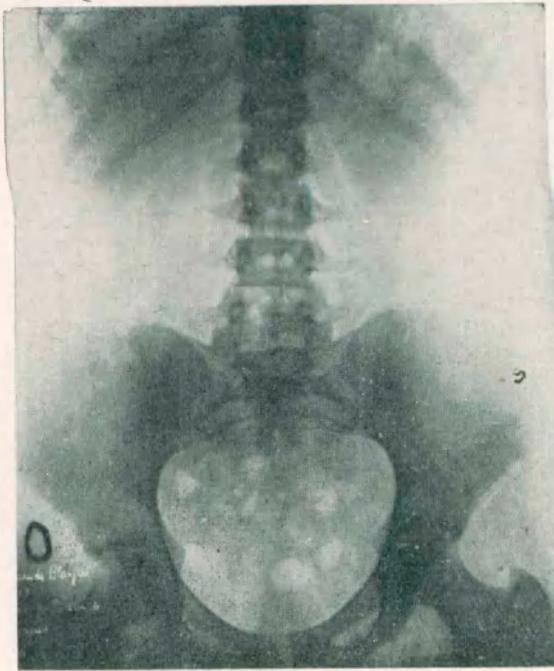


Figura N° 1  
Radiografía simple. Negativa.

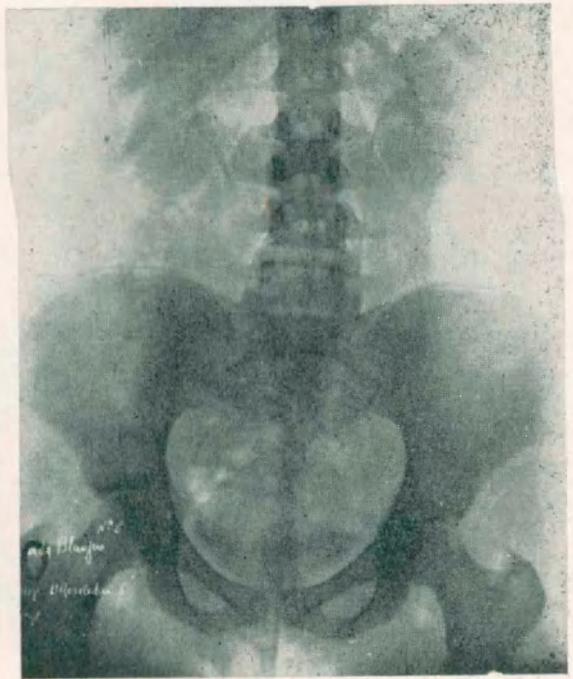


Figura N° 2  
Uroselectan a los 5'. Buena eliminación. Pelvis y cálices visibles y normales en ambos lados.

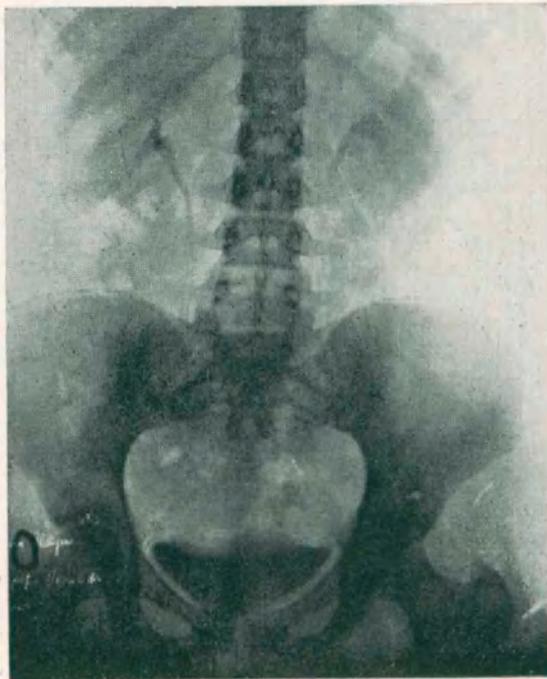


Figura N° 3  
Uroselectan a los 20'. Buena eliminación. Igual imagen que en radiografía anterior.

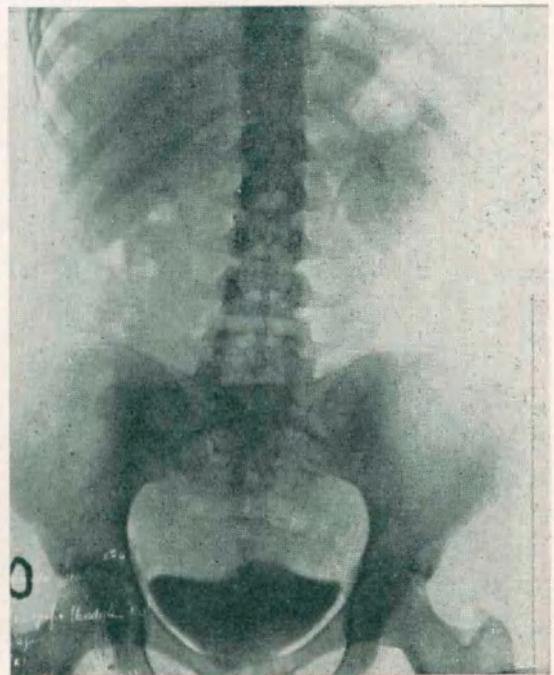


Figura N° 4  
Uroselectan a los 40'. Igual imagen que en radiografías anteriores.

*Vejiga.* — Examen físico: Negativo. Capacidad 200 c. c. No es sensible a la distensión.

*Cistoscopia.* — Con 130 c. c. de líquido: Mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales visibles y normales. Eyacula orinas límpidas, rítmicamente en ambos lados.

*Uretra.* — Libre. Se instila con sonda N° 16 una solución de azul de me-

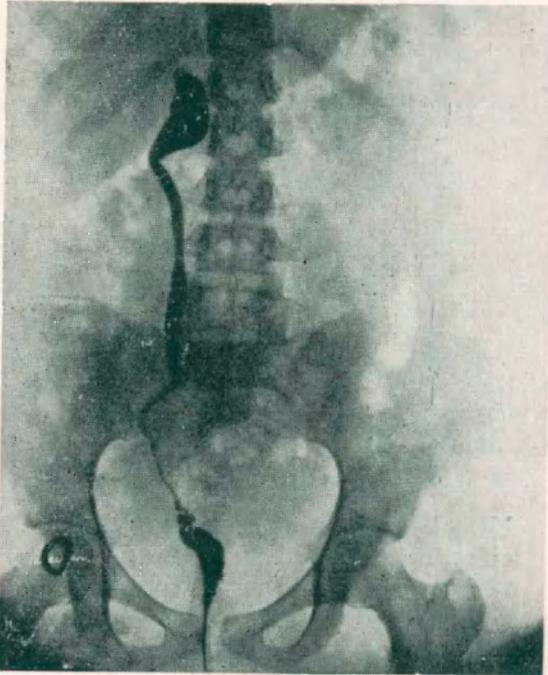


Figura N° 5

Pielografía ascendente. Sonda ureteral introducida en orificio de abocamiento anormal del uréter en vulva. Pelvis deformada, sin cálices. Uréter dilatado. A 8 cm. del orificio de abocamiento anormal del uréter, dilatación de uréter que semeja vesícula seminal inyectada.

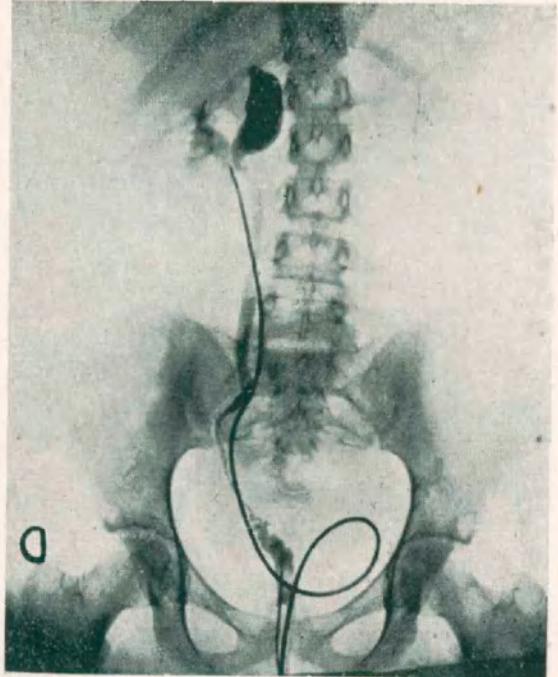


Figura N° 6

Pielografía ascendente. Simultáneamente se han cateterizado el uréter normal del lado derecho en vejiga y el orificio de abocamiento anormal del uréter supernumerario en vulva. Pelvis supernumeraria por dentro y encima de pelvis normal.

tileno, teniendo cuidado de no colorear la uretra. Posteriormente se coloca apósito vulvar de gasa que se retiran a las 2 horas sin estar teñidos.

Mientras se continúa estudiando a la enferma, se le practican inyecciones epidurales de 40 c. c. de suero fisiológico, las que se repiten cada 6 días hasta hacer 6 inyecciones que no modifican en nada su incontinencia.

Por asuntos familiares la enferma pide el alta para asistirse en el C. E.

El 20 de marzo del corriente año, es examinada nuevamente, practicándosele un prolijo examen de su uretra y vejiga, no observando nada de particular. Al introducir el cistoscopio para practicar nuevo examen, se advierte que junto al meato uretral, inmediatamente a la derecha del mismo, se ve un pequeñísimo

orificio con una gota de líquido. Se seca, se observa unos instantes y se ve con sorpresa que eyacula rítmicamente orinas límpidas.

1º *Pielografía ascendente*. — Se cateteriza con sonda ureteral delgada el meato vulvar hasta 8 cm. y se practica una inyección con ioduro de sodio al 30 %, apareciendo una pelvis grande, deformada, sin cálices y un uréter que a 8 cm. del meato tiene una dilatación ampular multilocular que simula una vesícula seminal inyectada.

2º *Pielografía ascendente*. — Se cateteriza el riñón derecho normal por vejiga fácilmente y el supernumerario por orificio vulvar y se hace pielografía simultánea en ambos. La pelvis renal supernumeraria está por dentro y por encima de la normal, adosada al polo superior.

*Genitales externos*. — En vulva, a la derecha y junto al meato, aparece el meato ureteral supernumerario.

*Operación*. — Doctores Salleras, Isnardi y Cartelli. I/IV/936. Anestesia general con éter. Se practica lumbotomía derecha, según técnica clásica. Se abre celda renal y se procede a exteriorizar el riñón, lo cual se hace con cierta dificultad por tener pedículo corto que impide su tracción. Se observa dicho riñón, que es pequeño, de superficie regular y presentando dos pelvis, una en su posición normal y otra supernumeraria grande, que ocupa casi toda la parte superior del riñón y recoge al parecer la orina de todo el polo superior. Uréter doble en todo su trayecto.

Se ligan uréteres por separado y se seccionan, ligando luego pedículo y practicando nefrectomía. Se cierra pared por planos, dejando drenaje en la "loge".

*Post-operatorio*. — Se retira drenaje a las 48 horas y los puntos de crin a los 8 días. Post-operatorio normal. Aumenta de peso (4 kilos) siendo dada de alta.

*Descripción de la pieza*. — Riñón pequeño, de superficie regular y de consistencia uniforme. A nivel de su parte media e interna se ve la pelvis normal y en su parte superior la pelvis supernumeraria que es grande y que abarca todo el polo superior.

Abierto por su borde econvexo, la pelvis normal con sus cálices no presenta nada de particular. El polo superior se encuentra casi reemplazado por la pelvis supernumeraria, que carece de cálices.

## COMENTARIOS.

De los abocamientos anormales del uréter en la mujer (vestíbulo-vagina-uretra, etc.) el abocamiento en vestíbulo vulvar es el más frecuente y se manifiesta siempre por incontinencia de orina, acompañado de micciones voluntarias normales.

El tratamiento consiste en ligadura de uréter supernumerario — ureterocistoneostomía — y nefrectomía — según los casos (le-

siones renales, gran cantidad de orina eliminada por orificio de abocamiento anormal, etc.).

En nuestra enferma hemos optado por la nefrectomía, por las siguientes razones:

1º — Por el gran tamaño de la pelvis supernumeraria.

2º — Por la cantidad de orina que eliminaba el orificio de abocamiento anormal.

3º — Para evitar la fístula urinaria que podía ser la consecuencia de la ligadura del uréter supernumerario.

4º — Para evitar la retención y la infección ascendente, consiguiendo con la nefrectomía evitar esos posibles accidentes y llevar a cabo la cura radical de su incontinencia.

#### Discusión

*Dr. Astraldi. — Recuerda que hace algún tiempo presentó un caso exactamente igual que le enviaran los Dres. Orfila y Calderón de Mendoza. Dice además que en el caso presente se cumple una vez más la ley de Weigert del entrecruzamiento de los uréteres y que siempre resulta de sumo interés la ureterografía, especialmente con las sondas de Chevassu.*

---