

Heminefrectomía en riñón doble con desembocadura ectópica de un uréter en vagina

Dr. Virgilio García Rodríguez-Acosta

Urólogo de la Residencia Sanitaria del S. O. E.

Jaén

Antes de exponer el caso haremos una breve descripción de la patogenia y clínica del uréter ectópico, cuyo estudio entra en el capítulo de las malformaciones ureterales.

Hacia la quinta o sexta semana de la vida fetal, un tabique frontal separa la cloaca en una cavidad anterior, en la que se abren los canales de WOLFF y de MULLER, y en una cavidad posterior que forma la parte inferior del recto.

El seno urogenital se divide en dos segmentos: el inferior, que en el hombre forma la uretra subprostática membranosa y el bulbo, y en la mujer, el vestíbulo. El superior, que da lugar en el hombre a la vejiga y parte posterior de la uretra prostática: en la mujer, a la vejiga y toda la uretra.

Se sabe que la yema o botón ure-

teral nace sobre el canal de WOLFF, un poco por encima del lugar donde este último desemboca en la cloaca.

A expensas del canal de WOLFF se forma el epididimo, el deferente, las vesículas seminales y los canales eyaculadores. En la mujer, los canales de WOLFF se atrofian, aunque algunas veces persisten en parte (canales de GARTNER). Los canales de MULLER son en ella el origen de las trompas, útero y vagina.

Por consiguiente, si después de la quinta semana de la vida fetal el uréter queda en relación con el canal de WOLFF, su meato estará en el seno urogenital y en los órganos que de él se deriven. Si la yema ureteral que nace sobre el canal de WOLFF no se desprende, el abocamiento se hará en los canales eyaculadores o en los canales de GARTNER, vestigios del canal

de WOLFF. Estos canales están en el curso de la vida embrionaria incluídos en la pared del útero, por lo que se comprende que el uréter pueda abrirse en uno de estos órganos.

Se sabe, por otra parte, que el vestíbulo y la parte caudal de la vagina tienen un origen wolffiano. Esto explicaría los abocamientos vulvares. Si el uréter se abriera en la parte posterior de la cloaca, el meato desembocaría en el recto.

En resumen: en una relación largo tiempo mantenida entre el canal de WOLFF y el uréter, se encuentra la explicación de las diferentes variedades de ectopias.

En los casos de uréter accesorio o supernumerario o doble, que nace por debajo del codo del canal de WOLFF, por una parte alcanza el metanefros en condiciones defectuosas, y por otra parte, la extremidad de este uréter se abre por debajo de la abertura de los canales wolffianos, en la uretra posterior en el varón, o en la uretra o vulva en la niña.

La persistencia de las conexiones entre la yema ureteral anormal y los canales de GARTNER explican la abertura del uréter en el cuerpo uterino o la trompa, así como en el canal deferente, epididimo y vesícula seminal.

Hace tiempo esta malformación era curiosidad de autopsia u operación; hoy, gracias a los medios de exploración, es relativamente más frecuente.

En 1938, EISENCHATH recopila 225

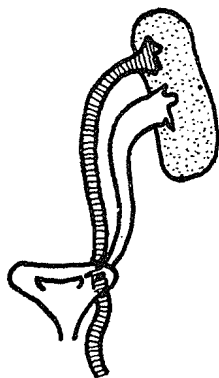
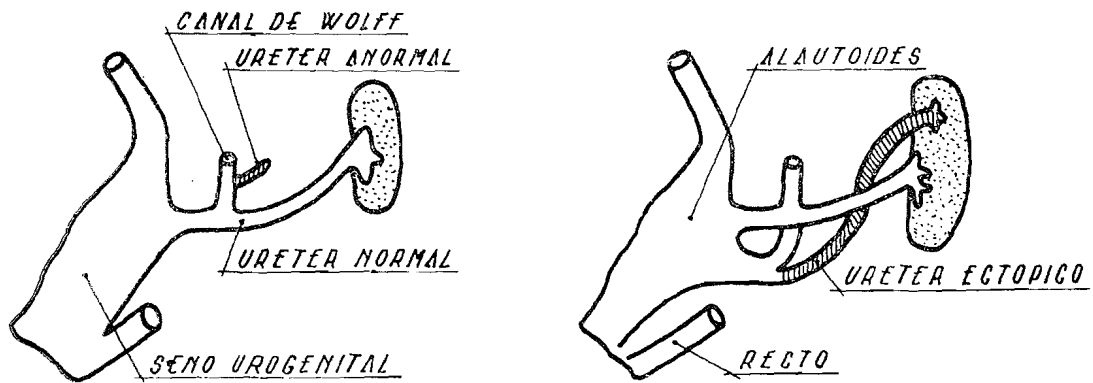
casos de la literatura. BURFORD y GLEEN encuentran en 1949 un total de 425 casos.

Todas las estadísticas dejan entrever que es más frecuente esta malformación en el sexo femenino. THOM y POLKEY piensan que es algo más frecuente en el lado izquierdo, señalando la predilección de este lado por las malformaciones urinarias.

El abocamiento ectópico del meato ureteral puede ser intra o extravesical. En el primer caso suelen tener una importancia relativa y se les descubre casi siempre en el transcurso de una cistoscopia o urografía, y suele tener poca repercusión sobre uréter y riñón. En el segundo caso, son los más interesantes. Los abocamientos ectópicos se hacen, por regla general, en el sistema genital en la mujer. Esta localización es más rara en el hombre; en este último el abocamiento suele ser en una zona controlada por el esfínter externo, condición por la cual son tan pobres en signos funcionales.

Deducidas de un gran número de publicaciones, he aquí, por orden de frecuencia, la localización del abocamiento ectópico. En la mujer: uretra, vestíbulo, vagina y útero. En el hombre: uretra, próstata, vesícula seminal, utrículo, conductos eyaculadores y deferente.

"En la mayoría de los casos, el abocamiento ectópico representa la terminación de un uréter supernumerario que corresponde a la parte su-

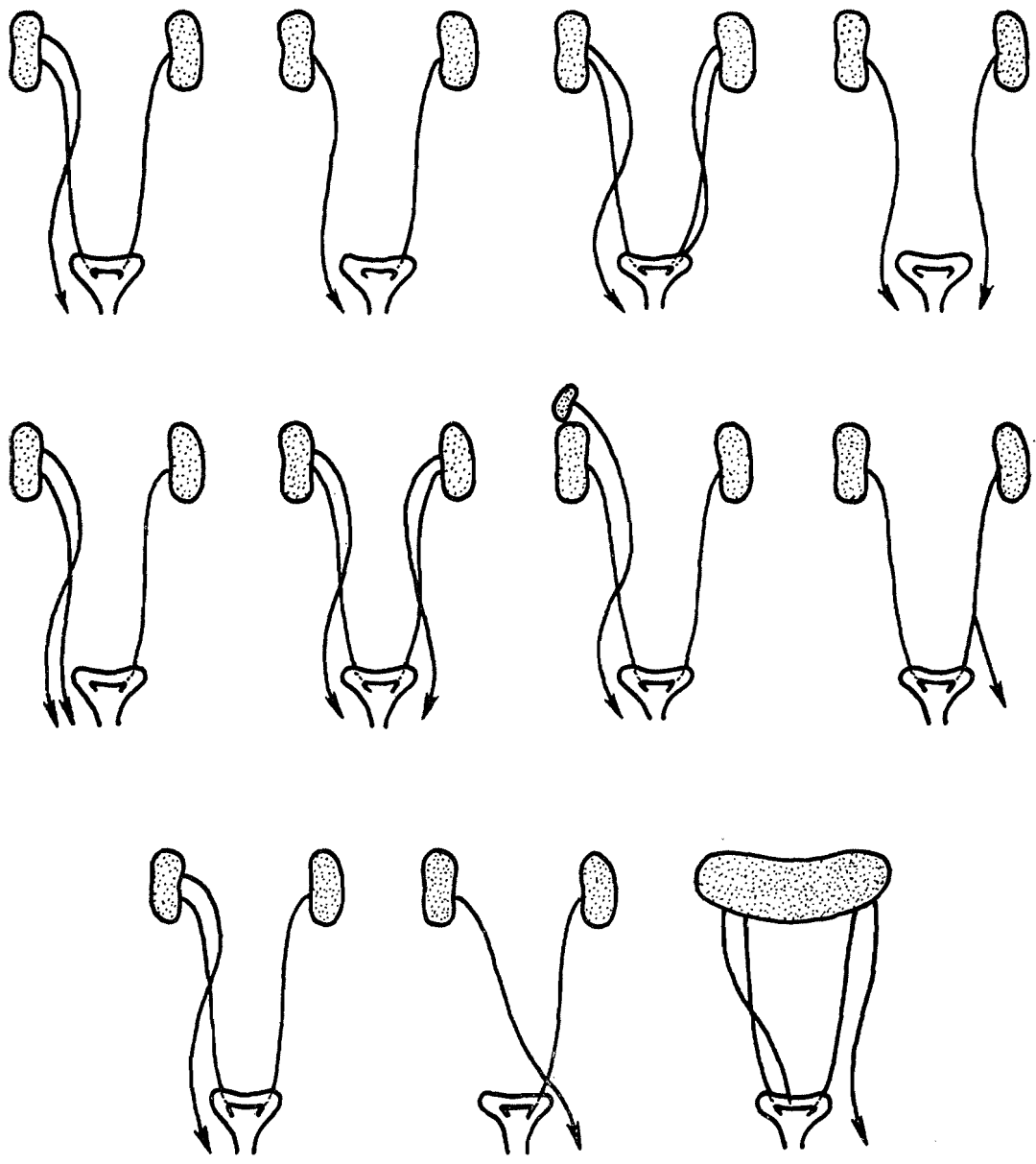


LAMINA I

Embriogenesis de la malformación ureteral

Faint, illegible text along the left edge of the page, possibly bleed-through from the reverse side.

Handwritten text or a signature, possibly including the number "11", located in the upper right quadrant of the page.



LAMINA 2

Distintas formas de ectopia ureteral que pueden darse

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

perior de un riñón doble con duplicidad pieloureteral.”

Véase en la lámina 2 las distintas modalidades de ectopia ureteral que pueden darse.

El meato ureteral ectópico suele ser pequeño y estrecho. La dilatación suprameática del uréter es frecuente pero su causa no es estrictamente mecánica, se asocia la malformación de origen neuromuscular, que suele agravar el estado inflamatorio y la infección crónica. La musculatura del uréter ectópico suele ser pobre, defectuosa, infiltrada de edema y con tonicidad muy deficiente.

La pelvis del uréter ectópico está generalmente dilatada. El riñón correspondiente al uréter ectópico es, en el 70 por 100 de los casos, anormal. Hipoplásico o seriamente atrófico, principalmente cuando corresponde a un riñón doble. Esto explica su mala visibilidad. Las cavidades suelen ser en las urografías hidronefróticas.

El parénquima renal que drena el uréter ectópico está afecto generalmente de una nefritis crónica intersticial ascendente y, por tanto, su valor funcional es frecuentemente muy deficiente.

Generalmente, se puede afirmar que será ilusoria una terapéutica conservadora en estas condiciones.

Como síntoma clínico patognomónico en el sexo femenino con abocamiento ureteral ectópico extravesical, tenemos la incontinencia urinaria, du-

rante la infancia, coincidiendo con micciones normales.

Esta incontinencia se manifiesta corrientemente por un simple goteo, a pesar de las micciones normales con orina limpia. Este goteo constante irrita el vestíbulo, los labios y la piel vecina.

La ausencia de trastornos urinarios caracteriza la casi totalidad de los abocamientos ureterales extravesicales en el hombre, ya que su asiento radica en la uretra posterior o en el sistema genital yustaretral. Se concibe que en estas condiciones sin infección pase inadvertida esta malformación.

La infección es más frecuente cuando el abocamiento es uretral, vestibular o vaginal; y su cronicidad se debe al mal drenaje del uréter ectópico. Los dolores son muy poco frecuentes.

Diagnóstico.—Frecuentemente en la niña es inmediatamente marcado el aspecto de los labios macerados y la región vulvovestibular. La inspección cuidadosa de la vulva o de la entrada de la vagina permite descubrir un orificio ectópico, donde una gota de orina cae a medida que se le seca. Otras veces la orina no aparece nada más que cuando la enferma tose, como ocurre en la insuficiencia esfinteriana. Sin embargo, se diferencia perfectamente si se ha tenido la precaución de vaciar la vejiga por cateterismo.

En general, el orificio anormal se abre cerca del meato uretral. Cuando asienta en la vagina, toda la región

se baña de un líquido más o menos purulento que puede confundirse con una leucorrea. En algunos casos una inyección intravenosa de Carmil puede tornar visible un meato que no lo era si el riñón correspondiente aún conserva parénquima funcional suficiente.

La cistoscopia nos marca la topografía de los meatos ureterales y la configuración del triángulo, e invita, en casos de incontinencia, a buscar el abocamiento extravesical cuando falta un meato, cuando se descubren dos en un lado y uno solo en el opuesto, cuando los dos meatos son normales y la urografía revela un sistema excretor completo en un lado e incompleto en el opuesto.

En la actualidad es la urografía la que nos da la clave del diagnóstico con la toma de clichés tardíos, y si es necesario, efectuando la urografía retardada con doble inyección de contraste.

Cuando el parénquima correspondiente al uréter ectópico está anulado funcionalmente, la ausencia de imagen total o parcial si es un uréter supernumerario del árbol excretor, nos permitirá afirmar la anomalía y su localización. Cuando persiste alguna función puede apreciarse la silueta de una pelvis como en nuestro caso.

En resumen, la urografía, en la mayoría de los casos, nos da datos suficientes para excluir otros exámenes complementarios y dirigirnos al acto operatorio.

El vaginograma ha sido empleado por KATSEN, pero no se debe acudir a él sino en último extremo.

La uretrografía ascendente en el varón entraña menos peligro.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la atonía esfinteriana y las fístulas véscovaginales.

El tratamiento no puede ser más que quirúrgico, dependiendo la intervención del estado del uréter y del valor funcional del parénquima correspondiente en el sentido radical o conservador.

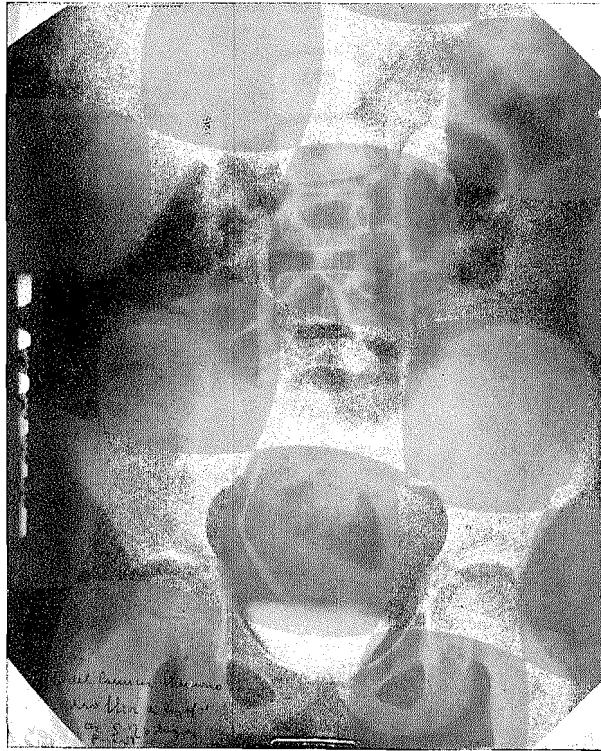
La intervención radical es la regla cuando el uréter ectópico drena un riñón anormal, hipoplásico, hidronefrótico o pionefrótico; practicándose la nefrectomía si el riñón es simple y la heminefrectomía o nefrectomía parcial si el riñón es doble; resecaando la mayor parte posible del uréter.

Es raro que el estado del riñón y del uréter ectópico justifiquen el riesgo de una intervención conservadora.

La ureterocistostomía está indicada en el caso de uréter ectópico extravesical de un riñón simple con buena función.

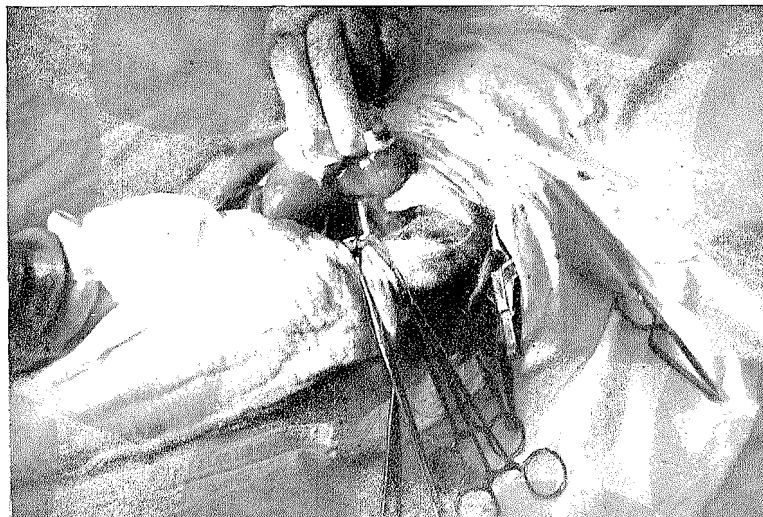
En caso de riñón doble con uréter ectópico normal y buena función del parénquima correspondiente se recurre a la anastomosis uréteroureteral (el profesor A. DE LA PEÑA ha empleado esta técnica con buenos resultados).

La implantación de un uréter simple con abocamiento ectópico en el riñón sano del lado opuesto parece iló-



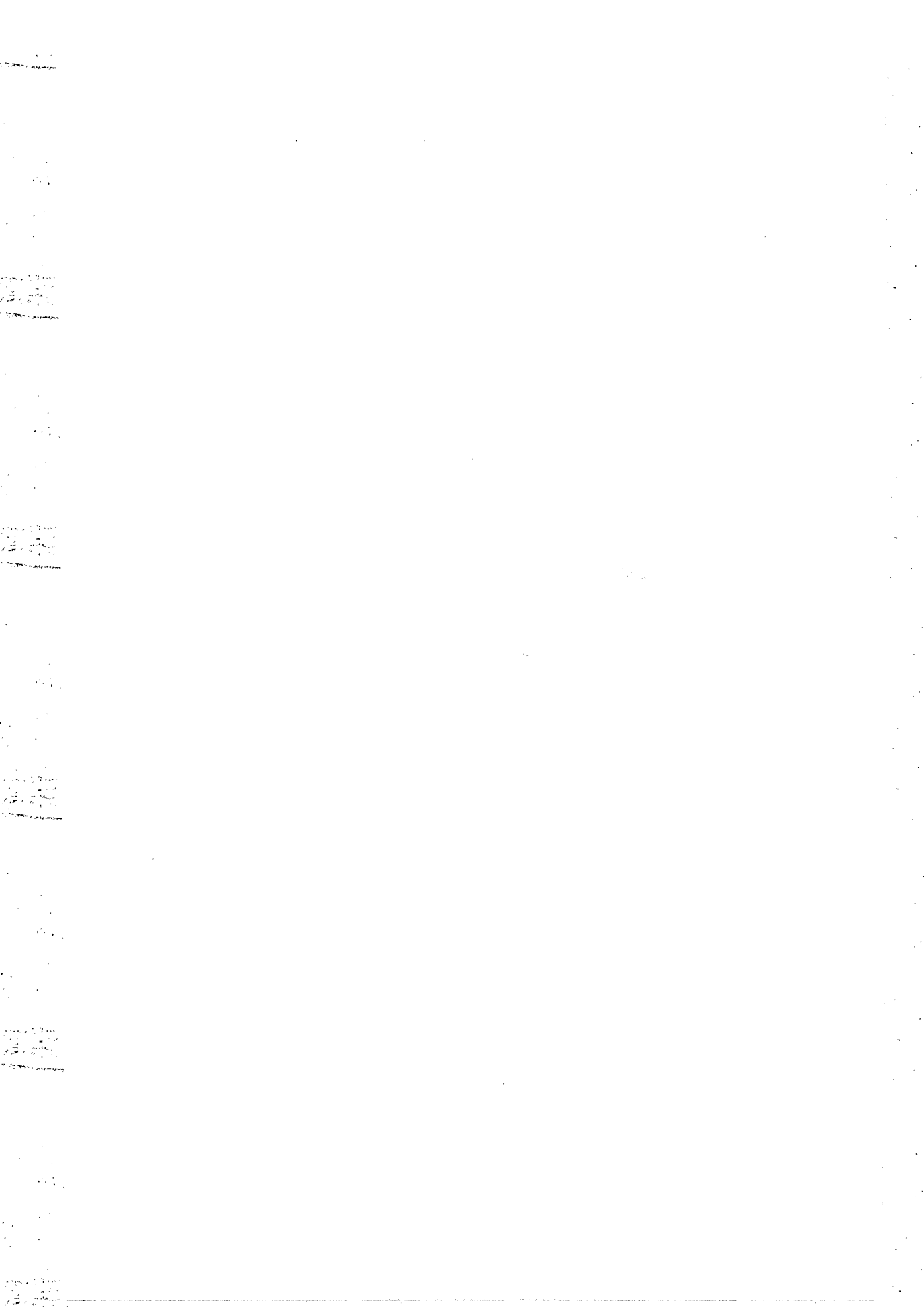
LAMINA 3

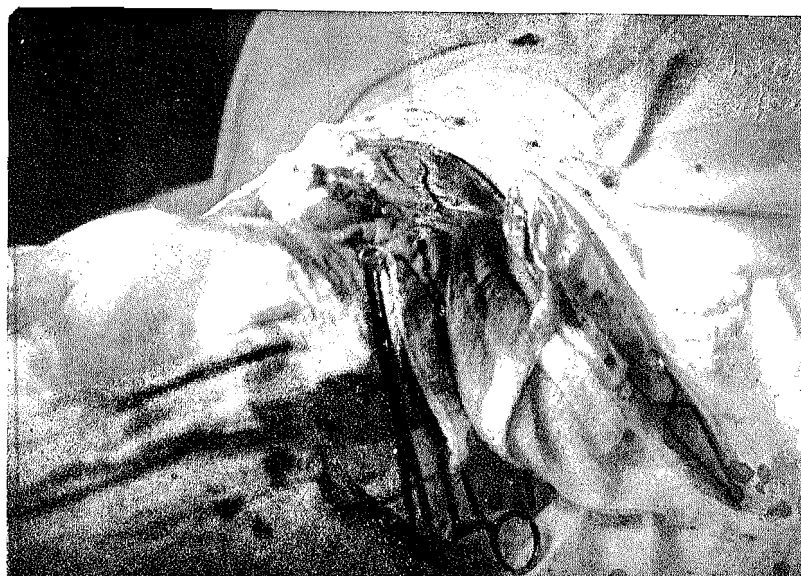
Imagen Urográfica demostrativa de la duplicidad pieloureteral del lado izquierdo



LAMINA 4

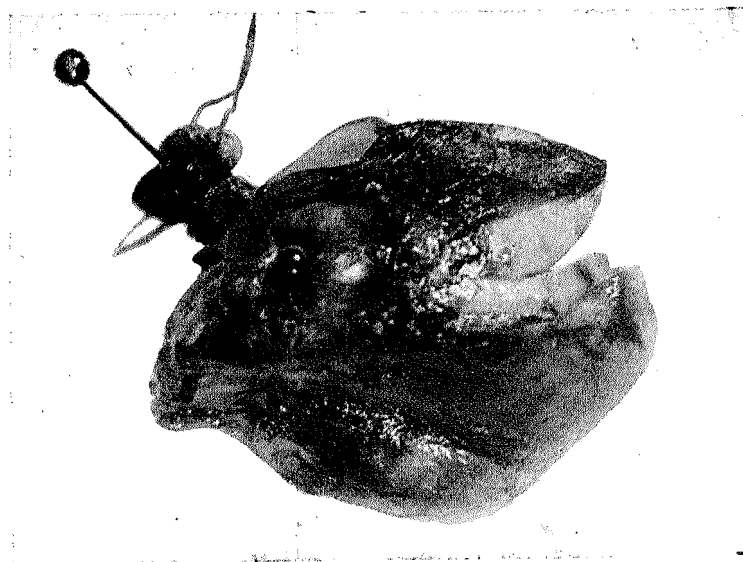
Véase la duplicidad ureteral y la dilatación del uréter superior





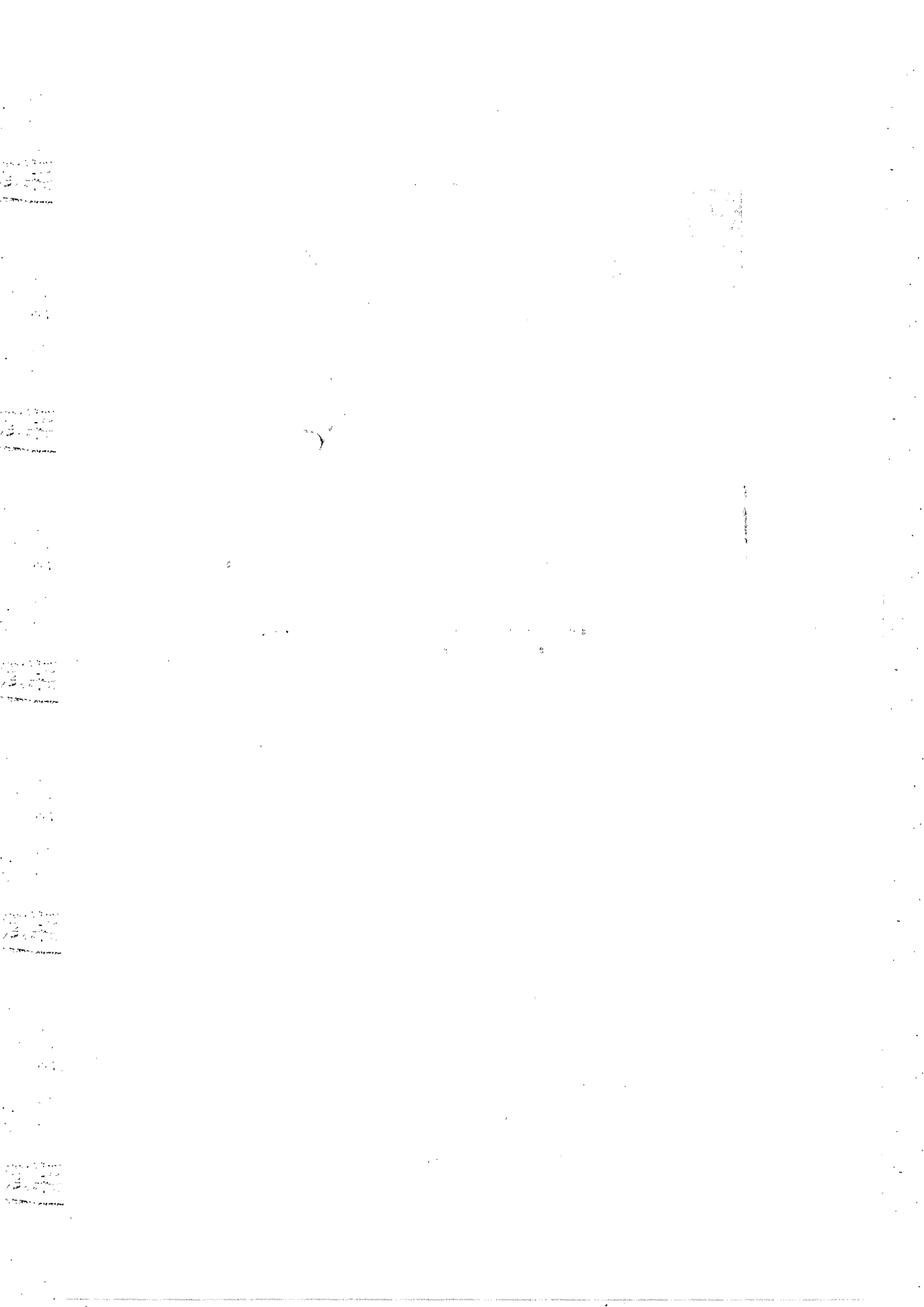
LAMINA 5

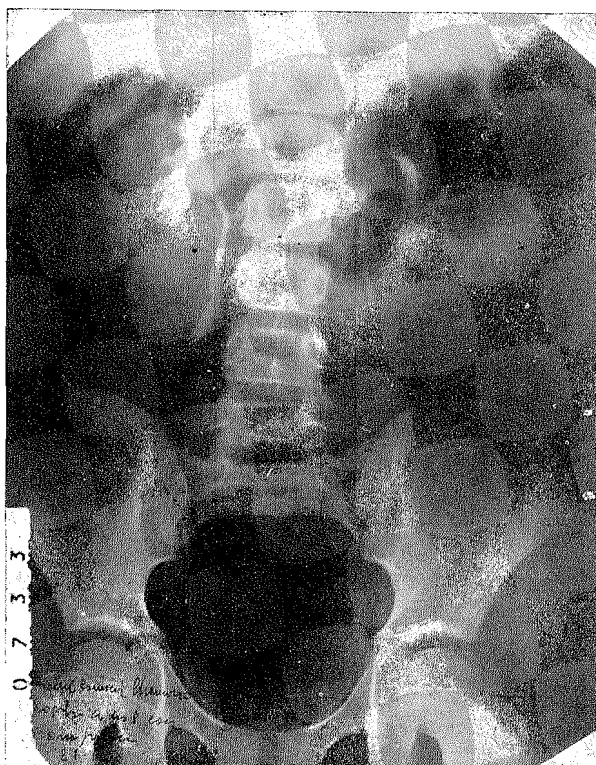
Sobre el campo operatorio aparece el hemiriñón inferior, con plastia muscular en la superficie cruenta



LAMINA 6

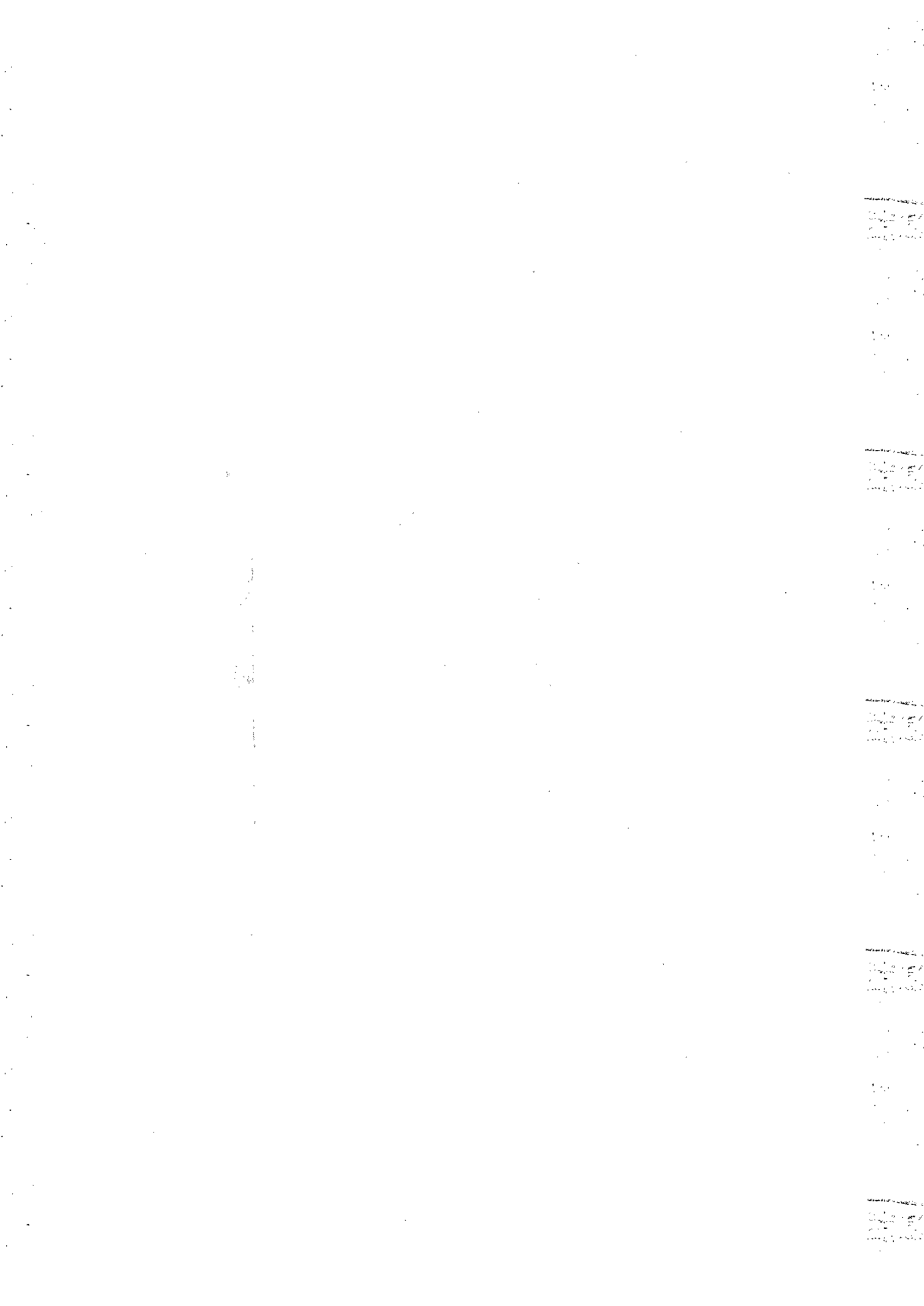
Imagen de la pieza extirpada





LAMINA 7

Urografía postoperatoria demostrativa de la buena función del hemirriñón inferior izquierdo



gico, así como la ligadura baja o alta del uréter.

Vamos a continuación a exponer el caso tratado por nosotros.

Se trata de la niña María del Carmen Chamorro, de cinco años de edad, natural de Martos (Jaén). Sin antecedentes familiares y personales de interés.

El motivo de la consulta es que la madre le nota que siempre está mojada de orina, aunque sus micciones son normales, tanto en frecuencia como en cantidad. La exploración clínica general es normal y no se recoge ningún signo objetivo que llame la atención.

Previo vaciado de vejiga por micción espontánea se observa rezumar por vulva un goteo de orina limpia. No se visualiza ningún orificio o meato.

La primera impresión que nos produce es que se trata de una desembocadura ectópica de uréter, y se practica un estudio urográfico, cuyo resultado fue negativo, apreciándose en ambos lados un árbol uréteropielocalicial normal. No obstante, a los pocos días se hace un nuevo estudio urográfico (urografía retardada), hasta que en una de las placas aparece, en el lado izquierdo y por encima de la imagen pielocalicial normal, una imagen pélvica con una porción de uréter lumbar muy tenue por la poca cantidad de contraste, que ya nos in-

dica la hipofunción del hemirriñón superior, aclarando el diagnóstico (Véase figura 1).

Previo estudio del cuadro hemático, que es normal, y examen general, se decide la intervención quirúrgica (heminefrectomía superior del riñón izquierdo), como medida racional para suprimir la incontinencia, teniendo en cuenta que por el estudio urográfico se prevé un hemirriñón superior deficiente.

En el acto operatorio se observa (véase figura 2) los dos uréteres, siendo normal el inferior y encontrándose dilatado y atónico el superior, estando el parénquima correspondiente a dicho uréter depresible por la dilatación de sus cavidades caliculares.

No considerando prudente la ureterorrafia, dado la enorme dilatación y atonía del uréter superior, se procede a la heminefrectomía (véase figura 3), la mitad inferior del riñón conservado dispuesto para ser fijado posteriormente en la fosa renal. En la figura 4 puede apreciarse la pieza extirpada.

A los diez días la enferma es dada de alta, después de un curso postoperatorio sin incidentes.

Al mes, en revisión de la paciente, se efectúa urografía descendente, observándose en el lado izquierdo un árbol secretor más pequeño que en el lado opuesto, con buena función y dinamismo.