

námicos que influyen decididamente el volumen de la corriente sanguínea en las coronarias. La hipotensión o el shock por cualquier causa (por ejemplo: después de una operación, de una hemorragia, de la ingestión de ciertos medicamentos y anestésicos, etc.) ha dado motivo a la observación de casos de infarto de miocardio. Este fenómeno se deberá esperar en el tratamiento de una substancia como el antabus, que reduce, como hemos visto, la presión arterial. Será, con seguridad, más frecuente en los pacientes de más edad o en aquéllos con antecedente de afección del sistema coronario, si en ellos ocurren episodios de brusca hipotensión. Como no es posible anticipar en qué pacientes tratados con antabus evolucionará la insuficiencia coronaria durante las pruebas de alcohol, es de la mayor importancia llevar a cabo estos experimentos únicamente en las condiciones más favorables, procurando disponer de todos los medios para acudir a ellos en los casos de necesidad urgente. Se recomienda que se obtengan trazados electrocardiográficos durante la prueba del alcohol, de modo que a aquellos sujetos en quienes se demuestre la insuficiencia coronaria, se les suspenda el tratamiento, por ser para ellos extremadamente arriesgado.

## UROLOGIA

### INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER DEBIDA A UN URÉTER ECTÓPICO

Dr. E. V. CANNABRAVA

Araguari, Minas Gerais, Brasil

**C**RISTOL y GREENE, de la Clínica Mayo, al hablar de la incontinencia urinaria, instaron a la profesión médica a tener siempre presente la existencia de esta afección, la cual, correctamente tratada, puede curarse en todas las circunstancias. El objeto de estas líneas es responder al llamamiento anterior con la descripción de un caso de orificio ureteral extravesical, uno de los pocos citados en la literatura; la rareza parece deberse sobre todo a la poca frecuencia con que se diagnostican estos casos. En conjunto, parece haberse podido reunir unos 300.

La historia clínica de incontinencia urinaria desde el nacimiento, con

la característica de micción normal, debe hacer sospechosa la presencia de un orificio ureteral extravésical, pero esta circunstancia se suele desconocer y la afección queda sin diagnosticar, incluso en los grandes centros hospitalarios. Puede ilustrarse este hecho con dos ejemplos.

El primero es un caso citado por HEPBURN; se trataba de una mujer de 25 años ingresada en el Hospital de Hartford para dar a luz por tercera vez. Debido a que padecía de incontinencia urinaria, fué ingresada en el Departamento de Urología después del puerperio; los exámenes demostraron entonces un orificio ureteral supernumerario en el vestíbulo. Esta paciente había padecido toda su vida de esta molesta afección, y había consultado gran número de especialistas. Fué operada de acuerdo con el diagnóstico, con resultado decididamente satisfactorio.

El segundo caso, citado por GREENE y FERRYS, de la Clínica Mayo, es similar al anterior. La paciente había sido examinada y tratada por varios médicos desde la infancia sin resultado. En 1944, dos años antes de la admisión, había sido sometida a una operación para corregir la debilidad del esfínter vesical, sin obtener beneficio alguno. Finalmente, en 1946, descubierta la causa real de su incontinencia, fué operada con excelentes resultados.

El orificio ureteral ectópico es más frecuente en la mujer que en el hombre, aproximadamente en la proporción de 2 : 1. La razón para esta desproporción depende seguramente de que en el varón, el uréter aberrante se abre en la parte distal del esfínter vesical; no hay, por lo tanto, síntoma alguno.

*Diagnóstico.* — El síntoma más importante de un orificio ureteral ectópico es el goteo constante e incontenible presente desde la infancia, no obstante la micción aparentemente normal.

La pielografía intravenosa es una medida diagnóstica importante, aunque el riñón supernumerario aplásico no suele ser capaz de concentrar la substancia de contraste, de modo que dibuja poco o nada el uréter ectópico correspondiente.

En los casos en que este uréter ectópico desemboque en la uretra, es aconsejable inyectar carmín de índigo en la vejiga y luego obligar a la paciente a caminar llevando una compresa; si esta compresa se moja pero no se tiñe, es muy probable la presencia de un orificio ectópico en la uretra.

El examen pélvico cuidadoso con la paciente en posición de litotomía durante largo rato, suele revelar una gota de orina que sale de un surco en la mucosa, generalmente situado en el vestíbulo y no lejos de la uretra normal.

Con una sonda uretral introducida en esta ranura, se puede tomar un

pielograma retrógrado, el valor diagnóstico del cual es muy superior al del urograma excretorio.

*Tratamiento.* — Por regla general, se considera que la heminefrectomía es el procedimiento de elección. El uréter ectópico, debido a la infección siempre presente, debe dividirse tan hacia abajo como sea posible. Si los riñones tienen riego sanguíneo propio, deberá considerarse la nefrectomía. No deberá intentarse la ligadura, la implantación o la anastomosis de los uréteres, pues la pelvis accesoria y su uréter están generalmente infectados.

#### Reseña de un caso

M. D., mujer soltera, bien desarrollada, de 20 años, se quejaba de incontinencia nocturna y diurna, molestia que sufría desde que podía recordar y que la obligaba a llevar una compresa para protegerse la ropa. El olor de la orina la obligaba a separarse de la vida social ordinaria; por este mismo motivo, se sentía tímida y con evidente sentido de inferioridad.

Ni en su historia ni en la de su familia se halló nada de particular. Había consultado a varios médicos y los diagnósticos habían variado entre el de debilidad del esfínter vesical y el de fístula véscicovaginal. Estaban a punto de operarla de esta última cuando decidió acudir a nuestra consulta. Sospechamos desde el primer momento, por la historia clínica, que podía tratarse de un orificio extravescical.

El examen pélvico no dejó ver la buscada apertura ureteral en el vestíbulo; se llevó a cabo entonces un urograma excretorio, el cual dió como resultado la observación de una duplicación del uréter izquierdo. La pelvis renal izquierda era sacciforme. En la parte superior del riñón de este lado se notaba una sombra concentrada y un uréter aberrante, parcialmente visible a nivel de la segunda vértebra lumbar, para cruzar el uréter normal muy cerca de la vejiga. La hidromefrosis era moderada en el lado derecho. Confirmadas nuestras sospechas, repetimos el primer examen, en el curso del cual apareció de pronto una gota de orina en un minúsculo orificio situado directamente por debajo del orificio uretral normal. Se introdujo una sonda ureteral en este orificio, a través del cual se aplicaron 10 centímetros cúbicos de uroselectán para obtener un pielograma retrógrado. Se reveló con toda claridad, con este procedimiento, un uréter supernumerario dilatado, de trazado tortuoso, desde el segmento superior del riñón izquierdo hasta su desembocadura debajo del orificio uretral normal. Acorde a la ley de Weigert, la cual tiene excepciones, el orificio ectópico vaciaba la porción superior del riñón. Se aconsejó la intervención, pero tuvo que

demorarse dos veces a causa de elevaciones de la temperatura que se atribuyeron a infecciones urinarias.

*Operación.* — Con la región bajo anestesia espinal, se expuso el riñón izquierdo a través de una incisión oblicua en el flanco. Se liberó el riñón de las estructuras vecinas para movilizarlo. Se encontraron dos uréteres; uno engrosado y dilatado, que originaba en el polo superior, y otro de apariencia normal con origen en el segmento inferior. El uréter superior se sujetó con pinzas, se cortó, y se ligó el muñón. El riego sanguíneo era distinto en cada uno de los segmentos renales. Después de liberar el vaso que se dirigía al polo superior, obtuvimos mejor exposición y observamos una ranura que dividía los segmentos de los dos riñones izquierdos. Guiados por esta demarcación, escindimos el riñón accesorio, el cual venía a ser como una quinta parte de la masa renal de este lado.

El curso postoperatorio no presentó accidentes, de modo que la paciente abandonó el hospital en estado completamente satisfactorio. La incontinencia cesó y no se había vuelto a presentar cuatro años después de la operación, cuando la vimos por última vez.