

que muchas de estas anomalías no presentan síntomas.

El 80% se asocia con un sistema colector duplicado. Entre un 7.5 y un 17% de los uréteres ectópicos son bilaterales.

El orificio ureteral ectópico puede abrirse en el tracto urinario o en el tracto genital, de ahí la variabilidad del cuadro clínico, según sexo y posición de la abertura ureteral.

Cuando el orificio ectópico se encuentra a nivel del trigono o en el cuello vesical, es imposible que provoque síntomas.

Los niños varones no suelen presentar incontinencia debido a que generalmente drenan en uretra prostática, sobretodo posterior, utrículo prostático, vesículas seminal, conducto deferente o eyaculador.

Incontinencia es frecuente en el sexo femenino (un 50% de las hembras la presentan) donde el uréter puede abrirse en uretra, vagina (el caso que nos compete), periné y muy raramente en útero y cervix. La desembocadura vestibular es la forma más frecuente y representan la extensión terminal del Conducto de Gartner.

La edad en que se hace el diagnóstico es muy variable y en muchos casos no se detecta en ningún momento de la vida, sino que es un hallazgo fortuito en autopsia.

A veces el diagnóstico se hace por el interrogatorio y el examen físico con visualización directa de la vulva, el cual revelará un goteo urinario continuo. A menudo puede detectarse un orificio puntiforme en tabique uretrovaginal.

El diagnóstico se confirma mediante urograma excretor con la característica usual de falta de visualización o visualización deficiente de un polo superior de un sistema doble que puede encontrarse masivamente hidronefrótico.

La cistouretrografía de micción ayuda por igual.

La ultrasonografía ayuda a precisar la existencia de masa quística.

También son de utilidad la cistoscopia y la resonancia magnética.

El tratamiento quirúrgico suele consistir en reimplantación ureteral o nefrourectomía.²

CASO CLÍNICO.-

Paciente femenina de 19 años de edad, quien fue ingresada vía consulta de urología



FIGURA No.1.- PIELOGRAFÍA RETROGRADA INYECTANDO MEDIO DE CONTRASTE A NIVEL DEL VESTIBULO VAGINAL, MOSTRANDO UN URETER DE UN DOBLE SISTEMA DE DRENAJE DEL RIÑÓN DERECHO.

del Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello el 6 de octubre 1994 por presentar incontinencia urinaria desde el nacimiento.

No hay otros datos de interés en la historia pasada.

Antecedentes ginecoobstétricos:

Menarquia y pubarquia a los 15 años, telarquia a los 14. G₀, P₀, A₀, C₀.

Examen Físico.-

Al momento de su ingreso paciente completamente sana con la única manifestación de salida espontánea de orina (incontinencia)

Signos vitales, TA 130/80, pulso 84 /min, ritmo regular, respiraciones 20/min, ritmo regular.

El hallazgo más importante al examen físico consistió al examinar los genitales externos donde a nivel del lado derecho del

vestíbulo se encontró un pequeño orificio a unos 2 o 3 mm del meato uretral con salida constante de orina.

LABORATORIO:

Hb 12.4 G/dL

Ht 38%

Grupo sanguíneo A Rh pos, HbsAg Neg, Glicemia 106 mG/dL, V I H Neg, VDRL No Reactivo, Urea 17 mG/dL, Creatinina 0.4mG/dL.

Evaluación Cardiovascular ASA I.

Estudios de gabinete:

Urografía excretora donde se encuentra malformación de rotación de los riñones con doble sistema colector izquierdo. Dicha rotación nos recuerda un riñon en herradura. En la fase cistográfica no se observó patología.

Pielograma retrogrado realizado previa asepsia y antisepsia cateterizando orificio a nivel del vestíbulo (Figura No. 1), inyectando medio de contraste y se observó ureter de un posible doble sistema del riñón derecho que desembocaba a dicho nivel, por lo que se llegó a la conclusión diagnóstica que la paciente presentaba un doble sistema bilateral y que el sistema del riñón derecho desembocaba a nivel del vestíbulo vaginal.

La paciente fue llevada al quirófano donde previa cateterización del ureter ectópico bajo anestesia regional, se le realizó anastomosis termino-lateral uretero-ureteral.

La paciente permaneció 6 días en post-quirúrgico, evolucionando satisfactoriamente.

Un año despues se realiza urografía excretora control, en donde se pudo ver el doble sistema pieloureteral bilateral con

buena función renal.

En la actualidad despues de dos años de la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra completamente asintomática.

COMENTARIO

La localización del ureter ectópico es muy variable. Su incidencia no se conoce con certeza porque muchas de estas anomalías pueden cursar asintomáticas.

En el año 1995 se reportaron en el país dos casos de sexo femenino de 2 y 7 años. En el primer caso se realizó nefroureterotomía total izquierda y el segundo está pendiente de resolución quirúrgica.³

Debido a que es una patología mas frecuente en mujeres, es necesario en toda mujer con historia de incontinencia urinaria, hacer una inspección cuidadosa de la vagina y del vestibulo vaginal, realizar cistoscopia, urografía excretora y ureterocistografía miccional, para así poder descartar una de las causas de goteo constante de orina.

REFERENCIAS

- 1.- De Smith. Urología General. 9na Ed, Editorial El Manual Moderno, México DF, 1989
- 2.- Greenfield S P, Griswold J J, Wan J. Ureteral reimplantation in infants. The Journal of Urology 1993; 150: 201-04
- 3.- Ovalles Fernandez A, Mena Castro E, et al. Terminación ectópica extravesical de ureter en niños. Reporte de dos casos. Arch Dom Ped 1995; 31(1):