

Boletín del
Colegio Mexicano de Urología

Volumen
Volume 17

Número
Number 3

Julio-Septiembre
July-September 2002

Artículo:

Incontinencia urinaria en una niña de 5 años

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com



Incontinencia urinaria en una niña de 5 años

Sergio Camacho,* José Luis Cadena,** Leandro Bermúdez,*** José Camacho****

* Urólogo Pediatra.

** Cirujano Pediatra.

*** Anestesiólogo Pediatra.

**** Radiólogo Pediatra.

Clínica del Paseo y Hospital UPAEP,
Puebla, Pue., México.

Dirección para correspondencia:

Dr. Sergio Camacho
Calle 3 Poniente No. 1309-203, Colonia Centro,
CP 72000. Puebla, Pue., México. Teléfono/Fax:
Lada 2-242 28 14
Correo electrónico: sefrac2000@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de ectopia ureteral en niñas debe sospecharse cuando existe el antecedente de humedad persistente de la ropa interior, lo cual orienta a pensar que el uréter ectópico drena en una posición distal al mecanismo esfinteriano. Esta anomalía es más común en la mujer que en el varón con una relación de 6 a 1. Presentamos el caso clínico de una niña con esta anomalía congénita.

Descripción del caso: Una niña de 5 años de edad fue evaluada por presentar incontinencia urinaria, los estudios de imagen evidenciaron la presencia de sistema urinario izquierdo duplicado. Se efectuó uretrocistoscopia para localizar la desembocadura del uréter ectópico. La niña fue sometida a resección del polo superior izquierdo con ureterectomía.

Discusión: Se considera que el tratamiento que ofrece mayor éxito en la anomalía urinaria descrita es la nefrectomía parcial resecando el polo renal duplicado con su uréter.

Palabras clave: Uréter ectópico, incontinencia urinaria.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of ectopic ureter should be suspected in girls when there are classical symptoms of normal voiding with dribbling urinary incontinence. Usually the ectopic ureter opens below the sphincter mechanism. Ureteral ectopy occurs in both males and females but is much more common in the female at a ratio of about 6 to 1. We report a female with this congenital anomaly.

Case report: A five year old female was evaluated by the presence of urinary incontinence, the radiologic images demonstrated a complete left ureteral duplication. Cystourethroscopy was performed to localize the ectopic orifice. The child was managed by upper pole heminephrectomy and subtotal ureterectomy.

Discussion: The best treatment to resolve this anomaly is partial nephrectomy with resection of the upper pole and subtotal ureterectomy.

Key words: Ectopic ureter, urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

Los ureteros ectópicos tienen un orificio anormalmente localizado y pueden drenar a partir del cuello vesical hasta el meato ureteral o dentro del sistema genital.¹ La ectopia ureteral se presenta tanto en varones como en mujeres, con una relación de 6 a 1 en favor del sexo femenino, el 70% de la ectopia ureteral se asocia a duplicación ureteral completa, además los sistemas urinarios ectópicos presentan alta incidencia de displasia renal del segmento renal de donde nace el uréter ectópico.² La presentación clínica de esta anomalía congénita en la mujer tiene varias formas de expresión: infección de vías urinarias, incontinencia urinaria, secreción vaginal, síndrome febril, hematuria, masa abdominal, enuresis nocturna y dolor lumbar.³ El diagnóstico en ocasiones puede ser sencillo o presentar todo un reto para el urólogo pediatra. Presentamos el caso clínico de una niña con esta rara anomalía urinaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una niña de 5 años de edad, producto de la primera gesta, sin antecedentes perinatales de importancia, la niña presenta micciones normales, se refiere la presencia de humedad constante de su ropa interior más evidente durante el día, solamente tuvo una infección urinaria previa documentada a través de examen general de orina. Durante la exploración física se solicitó a la niña que incrementara la presión abdominal, observando salida de líquido claro de sus genitales sin poder precisar el sitio exacto de salida. Se solicitaron estudios de imagenología iniciales que consistieron en una urografía excretora y ureterocistograma miccional, este último resultó de características normales. La figura 1 muestra los hallazgos radiológicos de la urografía excretora. Posteriormente solicitamos ultrasonido renal y vesical cuyos datos imagenológicos se muestran en la figura 2. Efectuamos el diagnóstico de ectopia ureteral izquierda en un sistema urinario duplicado, sin embargo no fue posible identificar el sitio exacto de inserción del uréter ectópico. Propusimos a la madre de la niña efectuar uretrocistoscopia para tratar de localizar el orificio ectópico y realizar pielografía ascendente tanto del sistema urinario superior e inferior izquierdos, el meato del uréter ectópico fue localizado a 3 milímetros proximales del meato urinario, la figura 3 muestra las características urinarias de este último estudio, inmediatamente la niña fue sometida a lumbotomía izquierda con resección del polo superior izquierdo más ureterectomía izquierda, preservando el resto del riñón duplicado. La niña fue dada de alta al tercer día sin complicaciones y actualmente no presenta incontinencia urinaria. El reporte histopatológico mostró datos de pérdida de la relación corteza médula del segmento resecado, intenso infiltrado inflamatorio, fibrosis intersticial y atrofia tubular leve.



Figura 1. Desplazamiento hacia fuera del sistema urinario inferior izquierdo. Signo de la flor marchita.



Figura 2. Hidronefrosis del sistema urinario izquierdo superior con uréter dilatado.



Figura 3. Estudio contrastado que muestra el sistema urinario anormal dilatado.

DISCUSIÓN

La mayoría de los ureteros ectópicos pueden ser manejados enfocando la operación a nivel renal, la parte distal del uréter ectópico no puede ser resecada a través de la

lumbotomía, por lo general se deja la parte final del uréter involucrado, con lo cual se evita dañar el mecanismo de continencia urinaria; en caso de no haber identificado preoperatoriamente reflujo vesicoureteral hacia el uréter ectópico no hay necesidad de resecar la parte distal del uréter ectópico,¹ esto último concuerda con la técnica utilizada por nosotros. Vates y colaboradores en una revisión de 46 pacientes con duplicación urinaria obstructiva de un riñón, mencionan que la mejor alternativa para tratar esta anomalía es efectuar nefrectomía parcial resecando el polo superior duplicado, además encontraron 92% de alteraciones histopatológicas en los polos renales resecados y menor incidencia de reoperaciones en los pacientes a los que se realizó resección del segmento renal duplicado en contra de un grupo de pacientes en los cuales se decidió preservar el segmento renal duplicado.⁴ Es indiscutible la evaluación radiológica en cualquier niña que presenta infección de vías urinarias e incontinencia urinaria, los estudios recomendados son ultrasonido, uretrocistograma y urografía excretora en caso de sospechar la presencia de ectopia ureteral, el gammagrama renal es de ayuda para determinar la función renal; así mismo es necesaria la exploración endoscópica para determinar el sitio de entrada del uréter ectópico y efectuar estudio contrastado, se considera también que la heminefrectomía es el procedimiento más apropiado, teniendo cuidado de no dañar la vascularidad tanto del riñón inferior como de su uréter.³

BIBLIOGRAFÍA

1. Plaire JCH, Pope IV JC, Kropp BP, Adams MA, Keating MA, Rink RC et al. Management of ectopic ureters: experience with the upper tract approach. *J Urol* 1997; 158: 1245-47.
2. González ET. Anomalies of the renal pelvis and ureter. In: Kellalis PP, King LR, Belman AB. *Clinical Pediatric Urology*. 3^a ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company 1992; 1: 542.
3. Ahmed S, Morris LL, Byard RW. Ectopic ureter with complete ureteric duplication in the female child. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1455-60.
4. Vates TS, Bukowski T, Triest J, Freedman A, Smith C, Perimutter A et al. Is there a best alternative to treating the obstructed upper pole? *J Urol* 1996; 156: 744-46.