

INCONTINENCIA URINARIA SECUNDARIA A EPISPADIAS
FEMENINO SIMPLE TRATADO CON LA TECNICA
DE MARSHALL MARCHETTI *

DR. RAÚL LÓPEZ ENGELKING

DR. TOMÁS PALOMO

SE PRESENTA esta nota clínica en virtud de que el epispadias femenino es una anomalía urológica poco frecuente y, además, por los resultados terapéuticos obtenidos que consideramos como un éxito completo. Creemos ser nosotros los primeros en utilizar la técnica de Marshall Marchetti para el tratamiento de la incontinencia urinaria secundaria al tipo de anomalía que describimos.

El caso que presentamos corresponde a un adulto del sexo femenino, de 19 años de edad, con incontinencia urinaria congénita y en quien la exploración demostró la existencia de un epispadias sin extrofia vesical.

A fin de poder demostrar la importancia que pueda tener la presente comunicación hacemos un resumen de los datos hasta ahora descritos en la literatura médica referentes a incidencia, anatomía, clínica y tratamiento de Epispadias, así como un resumen de los resultados de la técnica de Marshall y Marchetti en otros tipos de incontinencia.

Incidencia: El epispadias como componente de la extrofia vesical se ve con alguna frecuencia, pero el epispadias sin extrofia es sumamente raro y más aún en el sexo femenino. Dees revisó: en 1949 las estadísticas de varios renombrados hospitales y encontró un caso por cada 481,110 pacientes femeninos. El cuadro I, muestra las cifras encontradas por Dees y Campbell, así como las del Hospital Infantil de México y las del Servicio de Urología del Pabellón 5 del Hospital General de México.

DEFINICION Y ANATOMIA

La malformación congénita conocida como epispadias o fisura uretral superior consiste en un desplazamiento de la uretra hacia adelante, acompañado de cambios anatómicos, tanto en la misma uretra como en los tejidos vecinos.

* Leído en la sesión ordinaria del 3 de junio de 1959.

CUADRO I
FRECUENCIA DE EPISPADIAS SIMPLE

SEGUN DEES	
Frecuencia en general:	56 casos en 5,292,212
Hombres:	45 casos
Mujeres:	11 casos
Incidencia en hombres:	1 caso en 117,604
Incidencia en mujeres:	1 caso en 481,110
SEGUN CAMPBELL	
Frecuencia en hombres:	3 casos en 10,712 autopsias
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	
Frecuencia en general:	1 caso en 119,409 ingresos
Hombres:	1 caso
Mujeres:	0 casos
Incidencia en hombres:	1 caso en 119,409
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO (PAB. No. 5)	
	En 18 años, sólo un caso femenino (el presente).

En un epispadias femenino encontramos generalmente lo siguiente:

- a) Organos genitales internos normales;
- b) Hallazgos anormales: 1) Monte de Venus partido en dos mitades por un surco vertical desprovisto de vello; 2) Labios mayores que no se unen por su extremo anterior, sino que se pierden insensiblemente a cada lado del surco ya descrito; 3) Labios menores más bien pequeños; 4) Clitoris bífido; 5) Uretra corta, entreabierta, y que a veces permite el paso de un dedo hasta la vejiga; 6) Huesos del pubis separados en mayor o menor extensión, pero unidos entre sí por una fuerte banda fibrosa.

CUADRO II
DATOS ANATOMICOS DEL EPISPADIAS FEMENINO

1° MONTE DE VENUS	Vello pubiano dividido por surco mediano.
2° LABIOS MAYORES	Ausencia de unión en extremos anteriores.
3° LABIOS MENORES	Disminuidos de tamaño.
4° CLITORIS	Bífido.
5° URETRA	Abierta, en forma de cloaca.
6° HUESOS DEL PUBIS	Separados y unidos por banda fibrosa.

Cuando el defecto es muy marcado hay incontinencia de orina por defecto del mecanismo esfinteriano.

En la tercera parte de los casos puede haber anomalías asociadas en el tracto urinario superior, o, excepcionalmente, en columna vertebral, por ejemplo, Wolfram comunicó de un caso acompañado de espina bífida, complicado con incontinencia, lo que se prestó a discusión respecto del origen de ésta: ¿Epispadias? ¿Trastorno neurogénico por espina bífida?

CLASIFICACION

Al revisar la literatura ninguna clasificación satisface lo suficiente, por lo que siguiendo principalmente a Lowsley y únicamente con fines didácticos, intentamos efectuar la siguiente división de grados de epispadias que mostramos en el cuadro III y que fue objeto de un trabajo previo.

CUADRO III
GRADOS DE EPISPADIAS FEMENINO

1er. Grado	Monte de Venus dividido. Clitoris dividido Uretra entreabierta
2º Grado	No hay incontinencia Las anomalías del 1er. Grado, más: Uretra hendida en pared anterior, sin llegar a los esfínteres.
3er. Grado	No hay incontinencia. Las anomalías del 1er. Grado, más: Ausencia completa de pared anterior de uretra y lesión de músculos esfinterianos. Incontinencia.
4º Grado	Y/o falta de unión de huesos del púbis. Extrofia vesical.

SINTOMATOLOGIA Y HALLAZGOS DE EXPLORACION

La sintomatología está limitada prácticamente a incontinencia de orina desde el nacimiento, ya sea completo o sólo de esfuerzo. Algunas pacientes pueden tener frigidez debido a su clitoris bífido.

Hemos señalado anteriormente cuáles son los posibles hallazgos anatómicos en la región vulvoperineal y vale la pena agregar que en algunos casos de epispadias con meato uretral muy amplio, podría encontrarse un desgarramiento uretro-himeneal por confusión de orificio durante las relaciones sexuales.

Aunque no es frecuente, puede haber alteraciones de la marcha secundarias, a la falta de unión de los huesos pubis; sin embargo, no es lo común, y no lo es, posiblemente porque la bandeleta fibrosa que une las dos ramas del pubis es lo suficientemente fuerte para producir un equilibrio pélvico de tipo normal.

Endoscópicamente se deberá prestar atención a la búsqueda de anomalías en trígono y meatos uretrales, a la amplitud del cuello vesical y a la disminución de longitud de la uretra.

Radiológicamente se puede encontrar descenso del cuello y base de la vejiga, separación de los huesos del pubis, anomalías en columna vertebral y anomalías en tracto urinario superior. *El descenso de cuello y base de la vejiga no lo hemos encontrado descrito previamente*, y siendo notable en nuestro caso como lo demostraremos, nos permitimos señalarlo como dato de importancia diagnóstica, respecto a la posible causa de incontinencia y a *posibilidades terapéuticas*.

CUADRO IV

DATOS DE EXPLORACION

MARCHA	NORMAL	
ENDOSCOPIA	ANOMALIAS ASOCIADAS	TRIGONO MEATOS URETERALES.
RADIOLOGIA	CUELLO AMPLIO URETRA CORTA DESCENSO DE CUELLO Y BASE DE LA VEJIGA. SEPARACIÓN DE HUESOS PUBICOS ESPINA BIFIDA ANOMALIAS TRACTO URINARIO SUPERIOR	

TRATAMIENTO

En los grados I y II de epispadias en que no hay incontinencia, el tratamiento quirúrgico es opcional y consiste en una plastia vulvar para unir los extremos

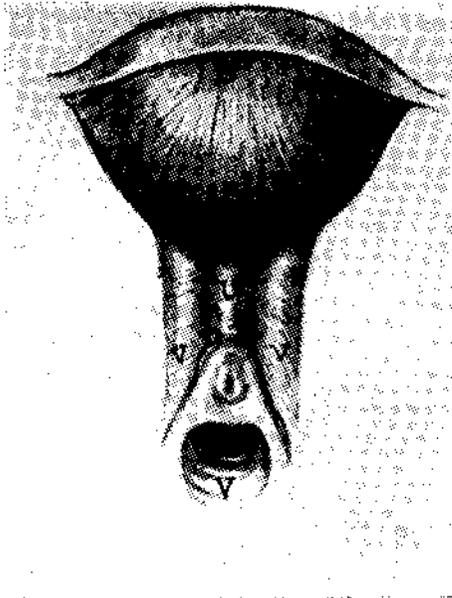


FIG. 1. Diagrama de los sitios de las suturas señalados con puntos y cruces, según Marshall y Marchetti.

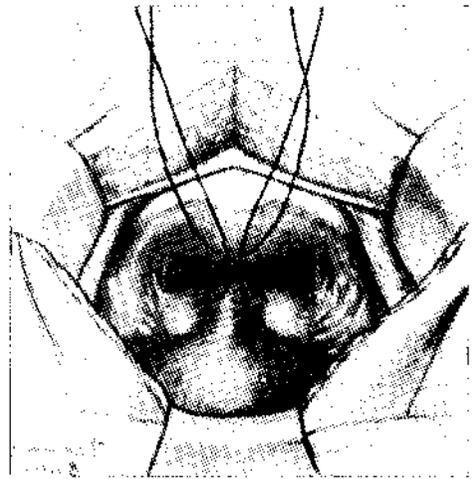


FIG. 2. La sutura más inferior ya colocada, según Marshall y Marchetti.

anteriores de los grandes labios y las dos mitades del clitoris. En el grado III en que hay incontinencia, el tratamiento será dirigido a corregir este síntoma. En el grado IV, la extrofia será tratada quirúrgicamente según el caso, por el procedimiento de elección, según el criterio del cirujano.

Clásicamente la incontinencia debida a epispadias, ha sido tratada de dos maneras: la primera y más anatómica, por la técnica de Young que consiste, primordialmente, en una plastia de cuello vesical y uretra, abordadas por vía suprapúbica, para reducir las de tamaño y cambiarles su forma de cónica en tubular; la segunda, sin tratar de corregir el defecto anatómico causa de la incontinencia, consiste en la derivación de orina, principalmente, por uretero coloanastomosis. Creemos, como Campbell, que la derivación de orina, debe relegarse tan sólo a aquellos casos en que todos los otros procedimientos hayan fracasado.

Es bien sabido que la mayor parte de los casos de incontinencia urinaria feme-

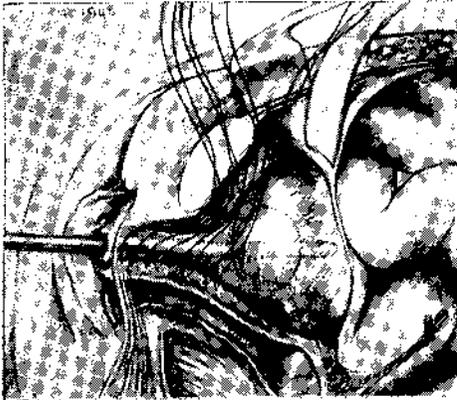


FIG. 3. Vista sagital mostrando los cuatro puntos parauretrales del lado izquierdo, según Marshall y Marchetti.

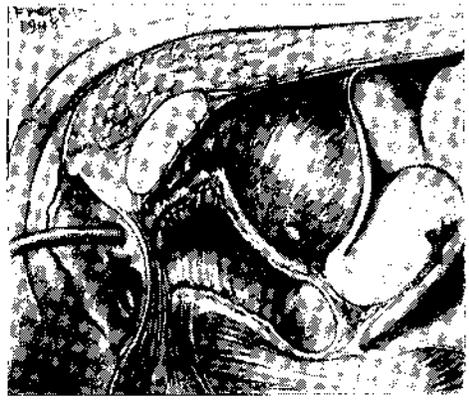


FIG. 4. Igual que la anterior con las suturas anudadas, según Marshall y Marchetti.

rina no congénita son tratados por gran variedad de procedimientos, a tal grado de que existen publicadas más de 60 técnicas, entre las que descuellan las de Kelly, Millin y Marshall Marchetti, y que de estas técnicas, la de Marshall Marchetti parece ser la que ha dado mayor porcentaje de éxitos.

En virtud de que hemos utilizado en nuestro caso la técnica de Marshall Marchetti, para la corrección de la incontinencia, nos parece oportuno revisar algunos datos respecto de técnica, resultados y complicaciones del procedimiento, cuando ha sido usado para la corrección de incontinencia de otros tipos que del que ahora nos ocupa.

La operación de Marshall Marchetti tiene su indicación principal en la incontinencia de esfuerzo especialmente en ausencia de prolapso genital asociado y consiste en abordar por vía retropúbica la uretra y cuello vesical y fijarlas a la cara posterior de la sínfisis y del recto mayor del abdomen. (Figs. 1, 2, 3 y 4.)

Los resultados de la operación Marshall Marchetti, para el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo, cuando ha sido precedida de una prueba pronóstica favorable, han sido uniformemente buenos en manos de distintos operadores.

CUADRO V
 RESULTADOS DE LA OPERACION MARCHETTI
 EN INCONTINENCIA DE ESFUERZO

Marshall y Marchetti	132	111	21	84.0
Chalmers	30	29	1	96.7
Gallaher	11	10	1	90.9
Gillam, Hunter y Darner	20	19	1	95.0
Jeffcoate y Roberts	19	17	2	89.5
Ullery	24	22	2	91.7
Gennote	50	39	11	78.0
Kaser	16	12	4	75.0

Nota: Ninguna paciente empeoró con la intervención.

Las complicaciones inherentes al procedimiento, según la experiencia de los autores anteriores, son escasas; pero, sin embargo, señalan casos aislados en que se presentaron las siguientes:

CUADRO VI
 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS REPORTADAS
 EN LA MARSHALL MARCHETTI

Hematuria	Hematoma
Retención	Dehiscencia de la herida
Cistitis	Fístula urinaria suprapúbica
Periosteitis púbica	Hernia post-operatoria
Celulitis	Tromboflebitis miembros inferiores
	Embolia pulmonar.

Hechas las consideraciones anteriores sobre epispadias femenino, presentamos el caso clínico de nuestra experiencia:

G. R. R., de 19 años, soltera, dedicada a labores domésticas, originaria y vecina de Villa Ocampo, Gto., ingresó a la cama 18 del Pabellón 5 del Hospital General, el 3 de junio de 1958.

Antecedentes hereditarios, familiares, personales no patológicos y patológicos: Sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes traumáticos y quirúrgicos: Negativos.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía a los 15 años, reglas 45/3, de mediana intensidad, regulares, no dolorosas; en los últimos meses el ritmo menstrual ha sido 30/3. No ha tenido relaciones sexuales.

Motivo de su ingreso: Manifiesta que desde su primera infancia se encuentra continuamente mojada de orina sin que jamás haya presentado descos de orinar, hasta que hace un año notó que dejó de mojarse por las noches; sin embargo, ha continuado, hasta la fecha actual con incontinencia permanente diurna que aumenta por los esfuerzos. Desde el último año ha sentido ocasionalmente deseos de orinar y ha podido vaciar su vejiga voluntariamente.

Habiéndose encontrado en esta enfermita una historia de incontinencia congé-

nita, se consideró prudente investigar, por interrogatorio en los antecedentes, la posibilidad de alteraciones de columna, tumores de la misma, trastornos de la marcha, trastornos sensoriales en las extremidades inferiores o trastornos de control esfinteriano anal, habiéndose obtenido datos negativos.



FIG. 5. Se ha pasado una sonda de Nelatón por uretra. Se aprecia el clítoris bífido, el surco medio y el meato uretral en forma de cloaca.



FIG. 6. Nótese el clítoris bífido.

Al examen físico encontramos una joven agradable, de conformación normal con actitud libremente escogida, alerta y cooperativista a su exploración, con pániculo adiposo bien desarrollado y normalmente repartido, voz, implantación de vello y marcha normales.

En la exploración física de cabeza, cuello, tórax, abdomen y miembros, no se encontraron datos patológicos.

Exploración de aparato genito urinario: Se comprueba la existencia de *incontinencia urinaria* y se encuentra: vello pubiano bien implantado, *labios mayores con límites imprecisos en su extremo superior, clítoris dividido longitudinal y completamente en tal forma que se une por su extremidad libre a los labios menores, dejando entre sus dos mitades, un amplio surco que llega hasta el Monte*

de Venus; meato uretral en forma de cloaca y situado inmediatamente abajo del surco que divide al clítoris. Himen intacto con perforación central que permite el paso de un dedo (Fig. 5 y 6.)

Explorada uretra se encuentra *sumamente corta* y colocada sonda en vejiga, se observa que después de introducir, a través de ella, pequeña cantidad de agua, ésta escapa a los lados de la sonda.

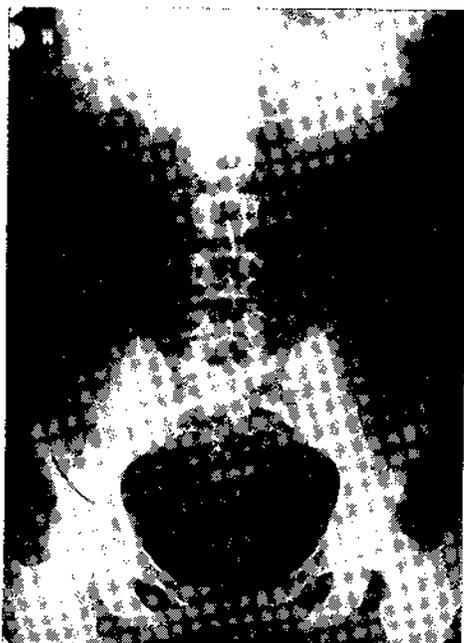


FIG. 7. Placa simple. Falta fusión de sínfisis del pubis.



FIG. 8. Urografía excretora pre-operatoria normal.

Retirada la sonda, previo llenado de vejiga, la enferma no es capaz de detener la salida de agua.

La exploración vaginal con el dedo meñique permite apreciar una vagina de longitud normal con cuello normal. La palpación abdominovaginal no da datos anormales. La exploración abdominorectal es negativa.

Colocada la paciente en posición de pie, se hizo una maniobra *equivalente* a la de Marchetti y que consistió en la introducción del dedo meñique a través del himen y levantando la base de vejiga y cuello que se apreciaba francamente, haciendo saliente hacia vagina y solicitando a la paciente hacer esfuerzo, se observó la ausencia de incontinencia; pero siendo ésta marcada y por chorro brusco al retirar el dedo. Esta maniobra se repitió en tres ocasiones y por dos diferentes exploradores, dando los mismos resultados. No fue posible hacer la prueba

de Marchetti, por tratarse de una virgen; creemos que esta maniobra practicada por nosotros puede ser útil en casos semejantes.

A la endoscopia con cistoscopia BB 24 se observó vejiga de aspecto normal y orificios uretrales normales. A la pancendoscopia con camisa 24, se notó *uretra muy corta, como de 2 cm., amplia, cuello vesical amplio y festonado.*

Los estudios radiológicos demostraron: I) Placa simple; columna normal, pel-

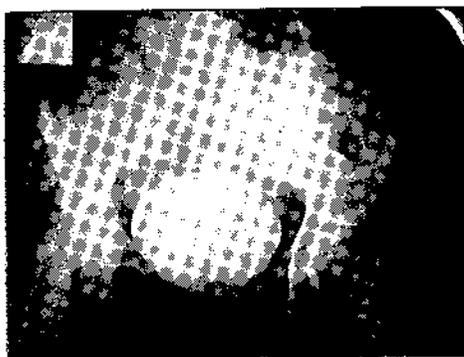


FIG. 9. Cistografía A.P. Vejiga de forma peculiar cónica, enclavada en cavidad pélvica en espacio interpubiano.

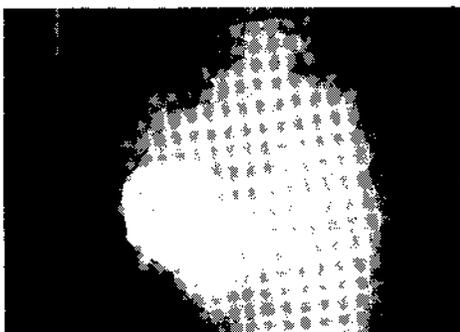


FIG. 10. Cistografía lateral oblicua. Nótese aumento del eje. A.P. en base y caída del fondo vesical ocasionando notable ensanchamiento de la base vesical y pérdida de la forma normal.

vis normal, a excepción de *separación de ramas del pubis*, sombras renales normales datos negativos para litiasis del aparato urinario. (Fig. 7) II) Urografía excretora: riñones anatómica y funcionalmente normales. (Fig. 8) III) Cistografía anteroposterior: vejiga de forma peculiar, probablemente cónica, con ejes lateral y vertical similares y enclavada en cavidad pélvica dentro del espacio interpubiano (Fig. 9). IV) Cistografía en posición oblicua: Apréciase notable aumento del eje, A. P. caída del fondo y por tanto ensanchamiento de toda la base de la vejiga que pierde la forma. (Fig. 10)

La exploración neurológica practicada en el Servicio Neurológico dió datos normales.

Exámenes de laboratorio (Cuadro VII).

Resumiendo los datos anatómicos de exploración urogenital de nuestra enferma, nos encontramos que corresponden exactamente a los de un epispadias femenino y que de 6 de los datos anatómicos descritos, 5 son positivos.

Creemos que el presente caso debe ser colocado entre los grados 2º y 3º de la clasificación que proponemos ya que, aunque no presentaba pérdida de uretra, sí estaba incontinente y con separación de los huesos del pubis.

En el presente caso de anomalía congénita, el síntoma predominante era la incontinencia, y considerando que la incontinencia de una vejiga integra con

CUADRO VII
EXAMENES

				Quím. sang.	
Orina	6.VI.58	Biomet. hem.	18-VI		6/VI
Color	111	Hgbl.	14.4 gr. %	Urea	22/8
Densidad	1028	Eritrocitos	5,000.000	Glucosa	90
PF	ácido	Hematocrito	47		25/VII
Albúmina	No hay	Leucocitos	9.800	Urea	36.8
Hemoglobina	" "	L	31%	Glucosa	112
Urobilina	" "	M	2%		
Indígenos	" "	E	1%	VDRL Neg.	
Bilirrubina	" "	B	1%	Mazzini Neg.	
Glucosa	" "	N	65%		
Acetona	" "	Scg.	62%		
Sedimento	" "	Eritrosedimentación		6/VI/58	
Numerosas celdillas		30 min.: 1 mm.		Tiemp. Sang.	2'
Pavimentosas y muy escasos		60 min.: 7 mm.		" Coag.	9'
Leucocitos				Elim. F. S. 30'-30 c.c.-61%	
				60'-50 c.c.-83%	

CUADRO VIII
DATOS ANATOMICOS EN NUESTRO CASO

1° Surco desprovisto de vello en el Monte de Venus	Negativo
2° Ausencia de unión en extremos anteriores de labios mayores	Positivo
3° Disminución de tamaños de labios menores	Positivo
4° Clitoris bífido	Positivo
5° Uretra abierta en forma de cloaca	Positivo
6° Huesos del pubis separados y unidos por banda fibrosa	Positivo

inervación normal se puede deber a: 1) Desplazamiento hacia abajo y adelante del cuello de la vejiga, aparente o no en el reposo, pero marcado en el esfuerzo; II) Pérdida del ángulo posterior uretrovesical; III) Incompetencia del aparato esfinteriano, ya sea motivado por las anomalías anteriores o por lesiones obstétricas o quirúrgicas; atribuimos la incontinencia que presentaba nuestra paciente al *acortamiento de uretra, a la extraordinaria amplitud del meato y al marcado descenso del cuello y base de la vejiga*. (Estos datos coinciden con las recientes teorías de Lapides sobre incontinencia.)

Apoyándonos en la maniobra exploratoria descrita anteriormente que demostraba que la elevación del cuello y base de vejiga suspendía la incontinencia, consideramos que la técnica de Marshall Marchetti estaba perfectamente indicada en este caso, por lo que procedimos a efectuarla el 23 de julio de 1958, con anestesia general, colocando tres puntos de catgut crómico de cada lado de la vagina y tomando discretamente uretra, y un punto en jareta en cada lado de la base de la vejiga, fijando los 8 puntos a la cara posterior de la fuerte banda fibrosa que hacía las veces de sínfisis púbica. Dejamos sonda de Foley

* Bibliografía N° 11.

por uretra durante dos semanas. Durante la intervención, la presión arterial no sufrió modificaciones y se transfundieron 500 c.c. de sangre.

En el postoperatorio inmediato y ya la enferma en su cama, se observó baja de la presión arterial a 60 mm. de mercurio de máxima, lográndose subirla y mantenerla entre 90 mm. y 110 mm. con Noradrenalina en goteo continuo por

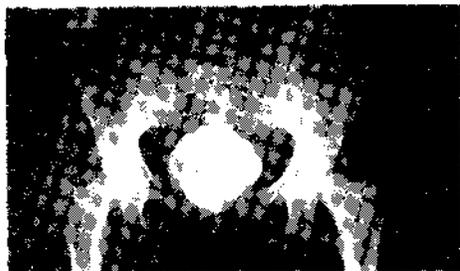


FIG. 11. Cistografía A.P. post-operatoria. Se observa disminución en el aspecto transversal de la base de la vejiga.

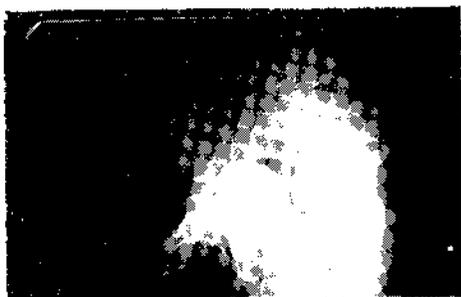


FIG. 12. Cistografía oblicua post-operatoria. Se ve que el diámetro anteroposterior de la base de la vejiga se ha reducido de tamaño.

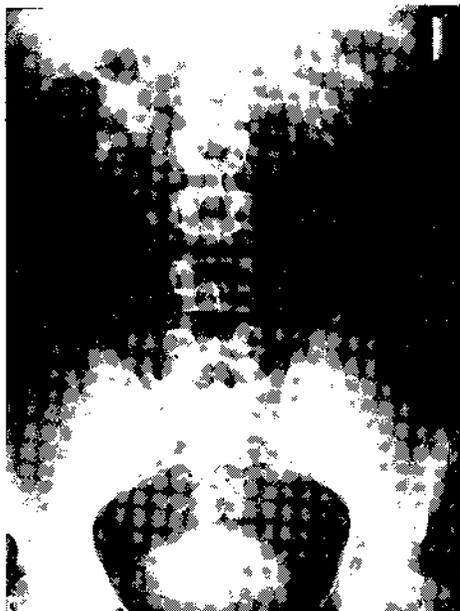


FIG. 13. Urografía excretora post-operatoria. El aparato urinario alto no ha sufrido modificaciones.



FIG. 14. Fotografía en que se aprecia el meato uretral menos abierto que antes de la intervención.

48 horas, pues tan pronto como se le suspendía el goteo, la presión bajaba a 60 mm. Simultáneamente al tratamiento con Noradrenalina, se le administraron 700 mg. de cortisona vía intravenosa e intramuscular, logrando así que la presión arterial se normalizara, después de 48 horas.

El cuadro fué atribuído a insuficiencia suprarrenal aguda cuyo origen desconocemos.



FIG. 15. Se ha pasado una sonda de Nelaton por la uretra y si se compara con la Fig. 6 se nota que la uretra es de menor calibre que antes de la intervención.



FIG. 16. Después de llenar la vejiga con azul de metileno se hace orinar a la enferma.

La evolución posterior fué satisfactoria y la herida cerró por primera intención.

Al retirar la sonda, la enferma orinaba cinco veces en el día y tres por la noche y se quejaba únicamente de micción imperiosa, perdiendo unas gotas de orina al venir el deseo; pero esta molestia mejoró paulatinamente y cuando se le dió su alta, un mes y medio después de la intervención, orinaba sólo tres veces en el día y una vez en la noche.

Antes de dar de alta a la paciente, se repitió la cistografía anteposterior y oblicua y se encontró que la base de la vejiga había disminuído y que las vías

urinarias altas permanecieron normales. (Figs. 11, 12 y 13). Aunque no se hizo ningún procedimiento quirúrgico para reducir el meato uretral, se observó que después de la intervención éste era más pequeño, probablemente debido al cambio de dirección y alargamiento que había sufrido la uretra.

Las figuras 14, 15 y 16 muestran la situación anatómica postoperatoria de la enferma.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Al publicar un caso de epispadias femenino, se revisa la literatura respecto a frecuencia, datos anatómicos, clínicos y tratamiento de esta anomalía congénita.

Se incluyen datos sobre frecuencia del epispadias en el Hospital Infantil y el Hospital General de México.

Se presenta un caso de epispadias femenino sin extrofia vesical, con incontinencia, anotando sus características en relación a las clásicamente descritas, siendo positivas 5 de las 6 admitidas generalmente.

En trabajo previo se intentó clasificación del epispadias en cuatro grados y se incluye nuevamente en esta publicación.

Por haber utilizado la técnica de Marshall Marchetti hacemos algunas consideraciones sobre las causas de incontinencia de orina ortostática en la mujer y sobre su tratamiento.

Se describe una maniobra equivalente a la de Marchetti, para preveer el resultado de la suspensión retropúbica de uretra, aplicable en casos en que la prueba de Marchetti no sea factible.

La incontinencia de la paciente fué tratada por la técnica de Marshall Marchetti con resultados excelentes. Creemos ser los primeros en utilizar esta técnica para el tratamiento de la incontinencia del epispadias femenino.

REFERENCIAS

1. Dees, J. E.: *Congenital epispadias with incontinence*; J. Urol 62; 513-522; 1949.
2. Campbell, Meredith.: *Epispadias a report of fifteen cases*; J. Urol 67; 988-999; 1952.
3. Lowsley, O. S. and Kirwin, T. J.: *Clinical Urology*; Baltimore; the Williams and Wilkins Company 1956, p. 343.
4. Wolfram, M. J., Cousin, J. et Pestel, E.: *Parenté avec l'extrophie latique chez une jeune fille vierge de seize ans*; Journal de Urologie, Paris, 58; 891.
5. Gennote, M. L. J.: *Evaluation and results Marshall Marchetti Kranz operation for stress incontinence in woman*. Acta Urológica; Bélgica 25; 326-338; 1957.
6. Chalmers, J. A.: *Retropubic suspension of the urethra and bladder neck in the treatment of female stress incontinence*; J. Obst and Gynec. Brit. Emp.; 59, 77-81; 1952.
7. Gallaher, W. T.: *The Marshall Marchetti operation*; A review Am. J. of Obst. and Gynec.; 63; 842-846; 1952.
8. Marchetti, A. A., Marshall, V. F. Shultis, L. D. *Simple vesicourethral suspension*; Am. J. Obst. and Gynec. 74; 57-63; 1957.
9. Kaser, O.: *Die operation nach Marshall Marchetti ber der behandlung der Urinen Rontinenz*; Gynaecologia; 135; 96-98; 1953
10. Marshall, V. F., Marchetti, A. A., Kranz, R. E.: *The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension*; Surgery, Gynecology and Obstetrics; 88; 509-518; 1949.
11. Lapidés Sweett.
12. López Engelking, R.: *Epispadias femenino*; Nueva clasificación de grados de la anomalía; Caso clínico; Revista del Hospital General de México; junio, 1959.

INCONTINENCIA URINARIA SECUNDARIA A EPISPADIAS
FEMENINO SIMPLE TRATADO CON LA TECNICA DE
MARSHALL MARCHETTI

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. RAUL LOPEZ ENGELKING*

DR. MANUEL MATEOS FOURNIER

EL TRABAJO del Dr. López Engelking consta de 3 partes principales. Una que se refiere a literatura, otra en la cual presenta un interesante caso clínico y la tercera que se trata de un procedimiento quirúrgico que fué utilizado y los resultados obtenidos.

En verdad es posible hacer consideraciones importantes en cada uno de estos puntos.

FRECUENCIA

Llama la atención la extrema rareza del padecimiento pues señala un caso de epispadias por cada 481,110 pacientes ginecológicas, reportando además, que la revisión de los expedientes de 18 años en el Hospital General, no reveló ninguno anterior al presente. Nosotros mismos en 32 años de trabajo activo privado y hospitalario, no hemos visto ni uno solo de este tipo y sólo una enferma, a la que me referiré más adelante, que cuadre en parte dentro del 4º grado de su clasificación o sea una extrofia vesical acompañada de múltiples malformaciones más.

Esta escasísima incidencia hace que la malformación revista un interés relativo pues la mayor parte de los ginecólogos con intenso trabajo quirúrgico, pueden pasarse la vida entera sin ver uno solo y sin poder juzgar por consecuencia sobre la bondad de cualquiera de los procedimientos quirúrgicos que se aconsejan.

DEFINICIÓN ANATÓMICA

Es digno de considerar que el epispadias no se presenta aislado sino que coincide con otras malformaciones, consecutivas a inhibiciones de desarrollo embrio-

* Leído en la sesión ordinaria del 3 de junio de 1959.

nario de la membrana cloacal. En el caso presente se encuentra Monte de Venus dividido por un surco mediano, ausencia de unión de los labios mayores, disminución del tamaño de los menores, clítoris bífido, uretra abierta en forma de cloaca y huesos del pubis separados y sólo unidos por banda fibrosa. En el caso nuestro, la pelvis tenía la misma anomalía quizás mucho más accentuada pues la distancia entre los huesos del pubis era como de 12 cm. A este tipo de pelvis se le denomina hendida y se comprende que necesariamente quede un espacio abiertos en forma de V de vértice inferior. Los labios menores normalmente insertado en puntos distantes. Tenía también labios mayores cubiertos de vello abierto en el centro a manera de cventración que dejan los rectos del abdomen desarrollados y el clítoris no era bífido sino se encontraba en la porción derecha. Tenía extrofia vesical y no había cicatriz umbilical por haberse insertado el cordón seguramente sobre el vértice de la vejiga extrofiada. Los orificios ureterales descubiertos y a la vista, destilando permanentemente orina al exterior manteniendo una humedad macerante de olor intolerable. Abajo de la vejiga y en prolapso dos cuellos uterinos correspondiendo a un útero didelfo. Empujadas hacia adentro se podía apreciar vagina amplia y corta con fístula rectal conteniendo al nivel de la horquilla. El ano imperforado estaba normalmente situado y con sus pliegues característicos. Esta enferma fué tratada por ureterocolostomía.

CLASIFICACIÓN

La clasificación basada en el grado de anomalía y que propone el Dr. López Engelking me parece muy justa y razonable. Quizás el caso nuestro por las múltiples malformaciones sobre-añadidas cuadrarían en un grado más o sea el 5º de su clasificación.

SINTOMATOLOGÍA

Es indudable que el cuadro dominante es la incontinencia de orina, menos en el 1º y 2º grado en donde no hay por haber en el primero, sólo uretra entreabierta y en el 2º uretra hendida sin lesión desl esfínter. El escurrimiento permanente de orina es como el de las fistulas vesicales, que atormentan extraordinariamente a las enfermas, que además de tener la piel de los muslos y regiones vecinas muy irritada, hace que huelan muy mal, convirtiéndose en una enfermedad antisocial. El líbido puede existir y en nuestro caso era especialmente marcado y a pesar de todas las condiciones anormales mencionadas había tenido múltiples intentos de coito, por supuesto sin conseguir efectuarlo por lo que hizo larga travesía a pie desde el norte de la República en pos de salud, acompañada de su morboso y fiel amante.

Considera el Dr. López Engelking que pueden tener frigidez por tener el clítoris bífido. A priori me parece injusta esta consideración, pues si bien el clítoris es el órgano principal de la voluptuosidad, la bifidez no quiere decir insen-

sibilidad. A lo mejor la sensibilidad está duplicada. Por otra parte hay que tomar en cuenta que no sólo en el clitoris hay sensibilidad voluptuosa, sino también en el vestíbulo, en la vagina y en determinadas mujeres quizás muy profundamente, en los fondos de saco vaginales, como son aquellos que requieren un desarrollo especial del órgano masculino para tener sensación y orgasmo.

Los trastornos en la marcha, que sí pueden existir, incontinencia fecal, etc., se refieren a malformaciones sobreañadidas y no realmente a las epispadias, cuyo trastorno central en los casos avanzados reptimos, es la incontinencia de orina.

TRATAMIENTO

Respecto al procedimiento de Marshall Marchetti que utilizó el Dr. López Engelking debe de ser buena, tanto que su caso curó, así como otros muchos mencionados en su cuadro estadístico, extendiéndose los éxitos según varios autores desde el 75% al 96%. Para otros tipos de incontinencia de esfuerzo yo nunca he utilizado este procedimiento, por parecerme mejores y más fáciles los procedimientos vaginales con los cuales estamos seguros de curar todas las variedades que se nos presenten y que no incluyen este tipo de malformaciones congénitas.

Razones reglamentarias me impiden hacer más extensas consideraciones del caso. Sólo me resta felicitar al talento y brillante urólogo Dr. López Engelking cuyos trabajos en diferentes asuntos de su especialidad nos ha sido muy grato escuchar, sobre todo en cuanto significan los problemas urológicos de la mujer que tanto nos interesan y sobre los cuales hemos recibido magníficas sugerencias de su parte. Lo felicitamos también por su éxito que habrá significado para su enferma la transformación de una vida de tormento llena de complejos en una vida feliz y normal.