

LA METRURIA O NUEVO COMPONENTE SINTOMÁTICO EN EL SÍNDROME DE JOUSSEF

COMENTARIOS A UN NUEVO CASO

Centro Hospitalario «Princesa de España»
Servicio de Obstetricia y Ginecología

Dr. Eduardo García-Triviño, Jr.
Jaén

La Obstetricia actual que, en principio, puede parecer simplista, nos demuestra cada día más, la presencia de ginecopatías y lo atípico que van resultando éstas, cuando se trata, sobre todo, de las ya cada vez más frecuentes «nuevas fístulas sin incontinencia», asociadas, como en este caso, a síndromes dolorosos. Este nuevo capítulo de la patología neoformada, en el área genital, deberá ser y de hecho en parte lo está siendo, estudiada a fondo, para poder llegar a un diagnóstico concreto de organopatía clara y terminante e ir descargando de tanto problema sin solución nuestro excesivamente repleto «cajón de sastre» de la ginecología sicosomática y organoneurósica.

Si la presencia de una cabeza detenida en el estrecho medio, largas horas, hasta su extracción, provocaba isquemia local con necrosis de tejidos y ulteriores fistulizaciones, la operatoria abdominal obstétrica, hoy, puede ser causa no sólo de nuevas lesiones fistulosas, sino también, engendradora de ginecopatías dolorosas y por tanto de nueva enfermedad genital de origen obstétrico.

La cesárea, aparentemente de técnica sencilla, realizada en momentos de urgencia vital en ocasiones maternas o fetales, induce a que el obstetra actúe con premura y, lamentablemente en ocasiones, con técnicas deficientes, que origine una patología local, engendradora de futuros problemas. En otras ocasiones, la reiteración de la técnica en casos similares, sobre una zona cicatricial ya establecida anteriormente, es substrato favorable para que aparezca la patología local isquémica que sea el comienzo de futuros problemas. Por consiguiente, estamos asistiendo y encontrando, de forma cada vez más frecuente, problemas post-cesárea y por tanto hemos de considerar seriamente, no sólo el porvenir obstétrico de la cesárea dejando un segmento que soporte bien futuros partos, sino ya, simplemente, el no engendro de nuevas lesiones.

En el caso actual que presentamos de síndrome de JOUSSEF, como aportación bibliográfica, enseña y encuentra nuevos datos a considerar, ya que amplía las posibilidades sintomáticas y el momento de aparecer estos

síntomas. Nos referimos, como más adelante veremos, en la observación detenida de la historia clínica, al engendro de DOLOR y a la aparición de sangre en la vejiga, en un aborto en evolución (METRURIA).

Con el NEOLOGISMO METRURIA, queremos definir la expulsión por vejiga de sangre procedente de la cavidad uterina y fuera del momento menstrual (MENURIA DE JOUSSEF) y sea o no fuera del estado grávido puerperal.

Historia clínica 17289. A. G. S. de 34 a cda. Jaén.

Historia menstrual.— Menarquia a los 13^a. Fórmula menstrual: proiomenorrea habitual, dismenorrea no intensa, primitiva, que ha ido en aumento tras la segunda cesárea.

Historia patológica anterior.—Operada de apéndice en crisis aguda, hace años.

Historia puerperal.—Dos partos, ambos cesáreos, en gestaciones a término el primero, tras gestación de curso normal, ingresa con escasas contracciones y al activarse éstas, se inicia una fuerte arritmia fetal, con bradicardia muy prolongada. Con el diagnóstico de fuerte sufrimiento fetal en comienzo de parto, se decide cesárea que se lleva a término y extrae feto vivo, encontrándose un nudo verdadero de cordón. La operación se realiza mediante incisión segmentaria transversal, muy típica sin lesionar ángulos. Sutura entrecortada ulterior del segmento con puntos aislados y extramucosos, en dos planos. El curso postoperatorio es normal, apirético, con evacuación de emucorios normal y es alta al décimo día. La revisión postoperatoria al segundo mes, denota normalidad absoluta. Regla normal. No hay síntomas dolorosos.

La segunda gestación se inicia a los 7 meses de la anterior, siendo controlada y discurriendo por cauces normales. Se inicia el trabajo de parto y tras varias horas de contracciones enérgicas y cuello indilatable, se instaura arritmia fetal intensa, por lo que deciden reiterar la cesárea, que obtiene feto vivo. La enferma nos refiere que tuvo sonda permanente durante los diez días siguientes a la operación.

Historia actual.—Tras la segunda operación de cesárea, nos indica la enferma que inicia un cuadro de dolor abdominal difuso, mal definido en ocasiones, siendo en otras intenso y de tipo cólico, muy agudo, que incluso le obliga a guardar cama unas horas y no cede a analgésicos normales. Ha aumentado la dismenorrea. Ultimamente, su sintomatología dolorosa es mayor aún y ya se inicia de forma clara en el premestruo, para ir aumentando y cesar en el postmestruo. En ocasiones las crisis álgicas se acompañan de un cuadro de vómitos.

Ha sido explorada en el Servicio de Medicina Interna sin encontrar causa a este cuadro. Las exploraciones exhaustivas de aparato digestivo no han encontrado patología que justifique sus molestias ni los síntomas dolor cólico y vómitos.

En el año actual se dirige definitivamente a nuestro Servicio de Ginecología, tras las exploraciones negativas de los otros Servicios antes comentadas.

En nuestra primera exploración encontramos un útero ginecológico

suelto, posicionado, con anexos libres, no tactables, pero existe una sensación de dolorimiento leve en toda el área genital.

Sicológicamente, se nos presenta como mujer muy centrada, segura de sí misma, preocupada por lo poco definido del problema.

En los datos de laboratorio no aparecen nada anormal y de interés. Proyectamos un estudio histerográfico postmestruar. Por razones personales de la paciente no regresa hasta los dos meses, pero entonces viene con un atraso menstrual de 15 días, dice encontrarse muy bien. Practicamos un test inmunológico de gestación que nos da resultado positivo. Con el diagnóstico actual de gestación, se aplaza el estudio radiográfico que quedó pendiente y le aconsejamos revisiones periódicas.

Diez días más tarde, vuelve por consulta indicando que ha tenido dos crisis de dolor hipogástrico, intensas, breves, incluso con sensación de mareo y que han cedido pronto. NOS INDICA QUE ESTE DOLOR ES EXACTAMENTE IGUAL QUE EL QUE PADECIA CON ANTERIORIDAD. La exploración de ese día, denota un útero grávido normal de seis semanas, sin puntos dolorosos y Douglas libre. Descartamos la posibilidad de extogravidez, tratamos con espasmolíticos y... ¡seguimos sin diagnóstico del problema anterior, salvo el actual de gestación!

Un mes más tarde, ingresa con metrorragia, dolor intenso, hipogástrico y en forma cólica. El útero no ha aumentado de tamaño en relación al mes anterior. El test inmunológico de gestación es negativo. Con el diagnóstico de aborto hemorrágico diferido y dolor cólico inexplicable se decide legrado evacuador.

Puesta en quirófano y antes de proceder a la anestesia general, practicamos sondaje vesical y encontramos fuerte hematuria con coágulos. Se realiza legrado fácil que extrae el aborto y por fin tenemos un signo nuevo e importante, METRURIA, en un aborto diferido. En días siguientes perfilamos la anamnesis de un dato que hasta entonces no había sido investigado, la pérdida de sangre menstrual por vejiga (MENURIA), que la paciente nos confirma, cosa que le sucede desde la segunda cesárea y desde el comienzo de sus problemas. Nunca ha tenido incontinencia de orina.

Con la fundada sospecha de SINDROME DE JOUSSEF, se practican cistoscopias, en el Servicio de Urología, que descubren gran fístula vesical alta, trasversal por encima de los orificios ureterales. El diagnóstico está hecho.

Se decide ocluir la fístula vesico-uterina, por vía transperitoneal, lo que realizamos en colaboración con el Servicio de Cirugía y Urología.

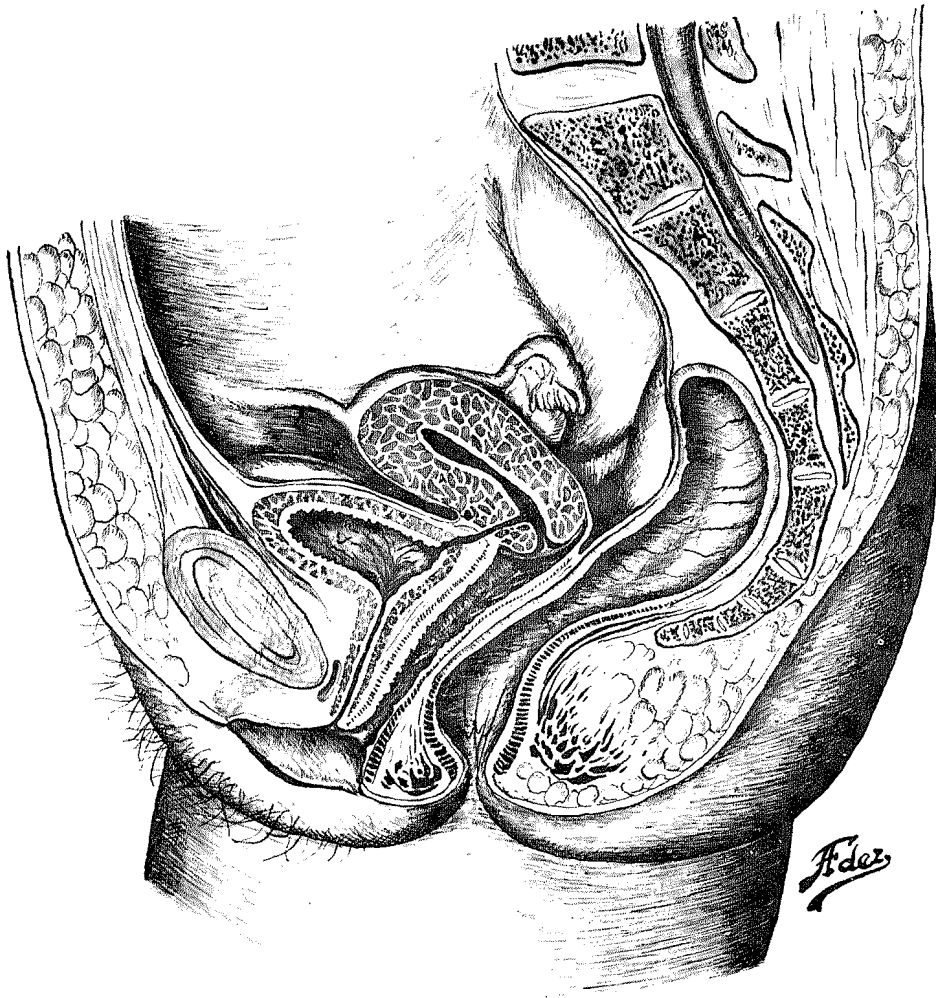
Mediante laparotomía media infraumbilical, caemos en área genital que aparentemente está normal. Se procede a disecar el espacio vésico uterino a nivel del istmo encontrando el trayecto fistuloso largo, de dirección oblicua, que termina en el lado uterino en un pequeño orificio, y por el lado vesical en un amplio orificio de 1 cm. Se practica amplia disección y extirpación del trayecto fistuloso y sutura del orificio uterino y vesical, este último en dos planos extramucosos, siendo el segundo continuo. Se revisa cuidadosamente todo el tracto digestivo, que está normal. Se repone definitivamente vejiga a cara anterior del útero y se procede al cierre de la pared por planos. Se deja sonda vesical permanente, que es retirada al 8.º día.

Curso postoperatorio normal, apirético. Es alta al décimo día, con micción normal.

A los dos meses ha vuelto para indicarnos su magnífico estado general, ha menstruado en dos ocasiones normalmente y sin el menor dolor. Ha observado cuidadosamente el color de la orina durante cada regla y no hay sangre mezclada con ella. Está programada una histerografía a los 5 meses de la intervención.

RESUMEN

Se presenta un caso de síndrome de Joussef, diagnosticado al aparecer hemorragia vesical de origen uterino, en el transcurso de un aborto diferido, por lo que aportamos el nuevo síntoma METRURIA, con la particularidad de acompañarse de dolor de tipo cólico intermenstrual.



Esquema demostrativo de la situación y dirección de la fistula.