

MALFORMACIONES GENITO-URINARIAS CONGENITAS

Dr. HUMBERTO S. VELAZQUEZ P.

Las anomalías del aparato genital de origen congénita, son relativamente pocas en relación con el número de ginecópatas atendidos en nuestro Servicio y aún en otros países, como lo demuestran nuestras estadísticas y las mundiales. En nuestro servicio hemos constatado que desde el año 1957 al 1963, sólo se han encontrado 14 casos en un total de 2,716 ginecópatas consultadas, es decir 0.51%.

Los estudios realizados por diferentes autores demuestran que un gran porcentaje de anomalías genitales son concomitantes con anomalías del aparato urinario en mayor o menor grado. En nuestro servicio, solamente hemos encontrado dos entre los 14 casos mencionados: uno, que tenía una agenesia de todos sus genitales internos, de los 2 tercios superiores de la vagina y todo el árbol urinario izquierdo, y, otro que presentaba agenesia vaginal completa, atresia cervical y una fístula utero-ureteral izquierda.

No es nuestra intención hacer un estudio embriológico minucioso para explicar las diferentes anomalías congénitas que se presentan, pero sí recordaremos que el conducto genital que comprende las trompas, el útero y los 2/3 superiores de la vagina, se derivan del desarrollo, coalescencia y canalización de los conductos de Müller, y que el tercio inferior vaginal así como los genitales externos, resultan de la transformación del seno urogenital. Las fallas producidas en las etapas de desarrollo por trastornos embriológico o genético-endocrinológico serían las causas que originarían las diversas anomalías que se encuentran en el aparato genital femenino.

De igual manera, el aparato urinario se origina de los cuerpos y conductos de Wolff y las fallas y alteraciones producidas en su desarrollo, por causas embriológicas o endocrinogenéticas, dan lugar a las diversas malformaciones que se encuentran.

De los dos casos mencionados anteriormente y estudiados en nuestro servicio, embargá nuestra atención el segundo por la fístula útero ureteral, que no está registrada en la literatura mundial, y por lo cual he tenido a bien exponerlo ante vuestro bien calificado criterio científico.

Se trata de una paciente de 23 años de edad, de raza mestiza, de tipo normosómico, con una talla de 1.69 cm. 67 kilogramos de peso, en buen estado de nutrición y de temperamento nervioso con labilidad afectiva.

La sintomatología más importante que presentaba la paciente era: menarquia a los 14 años por lo vía urinaria que le duró 5 días y acompañada de disuria y poliaquiria; régimen catamenial de 5/25-28, en forma de hematurias y siempre con disuria y poliaquiria; y, prodromos premenstruales, tales como nerviosidad, dolores hipogástricos y malestar general, que se exacerbaban unos meses más que otros.

Parece que el pudor y la ignorancia fueron los factores que inhibieron a la paciente de acudir al Médico, hasta que fue atacada de una Pielonefritis por lo cual la internaron en el Hospital Looyza, en el servicio de urología del Pab. 6; allí fue tratada hasta su curación, y después la trasladaron a nuestro servicio por haber constatado que carecía de vagino. Nosotros procedimos a examinarla minuciosamente, encontrando efectivamente ausencia de vaginal, pero por la vía rectal nos dimos cuenta que existía un útero de tamaño normal con sus anexos y que en lugar de vagina se apreciaba un block bien diferenciado y que se continuaba con el cuello uterino.

Agotado nuestro examen por todos los medios de que disponemos y tratando de hacer un examen integral para llegar a un diagnóstico definitivo y preciso, acudimos a todos los especialistas en relación con el caso, y es así como se hicieron cistoscopías, urografías ascendentes y descendentes, neumo-pelvigrafías, radiografías de tórax y corazón, dosajes de hormonas en la orina, determinación de la cromatina sexual, metabolismo basal, captación del yodo radioactivo por tiroides, etc.

Todas las pruebas de laboratorio acusaron resultados dentro de la normalidad, y sólo en el campo radiológico se pudo apreciar, en primer lugar una alteración en la forma de los cálices del riñón izquierdo, en segundo lugar, al hacer la uretrografía miccional se opreció un reflujo vesicoureteral izquierdo, una comunicación anormal entre la vejiga y una cavidad que se encuentra por detrás de ella y que se continúa con un trayecto semejante a un conducto, además el ureter parece estar aumentado de diámetro a este nivel, se aprecia una muesca en la parte superior de la vejiga y por detrás, una cavidad llenada anormalmente.

El hecho de que al practicarse la urografía excretoria no se podía apreciar de donde emanaba la sangre, nos hizo pensar, como sugiere Laffont y Ezes, en la presencia de una válvula de formación mucosa que funciona en un solo sentido.

Concluido nuestro estudio por todos los métodos y por todas las vías accedibles, decidimos intervenir quirúrgicamente en forma completa y tomando todas las precauciones que el caso lo requería.

En un **primer tiempo**, hicimos la Neovagina con la técnica de Wharton, pero epitelizando la cavidad con la mucosa de los labios menores desdobra-

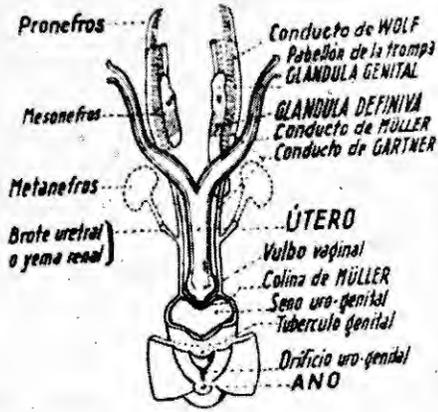
dos por disección; después, traccionamos el macizo cervical, la perforamos hasta la cavidad endometrial para formar el canal cervicol y colocamos una sanda de Nélaton fijándala al Neocuello, colocamos el molde vaginal de metal cromado y sacamos la sonda endometriol por la perforación central del molde, el cual fue bien acondicionado.

En un **segundo tiempo**, entramos en la cavidad abdominal con la incisión de Pfannenstiel, encontramos al cuerpo uterino y anexas perfectamente normales, pero en el ligamento ancho del lado izquierdo y a nivel del istmo del útero se apreciaba una formación anormal que al disecarla descubrimos que se trataba de una fístula del ureter con el útero. Abrimos la cavidad endometrial por la cara anterior de la matriz para explorar la fístula y encontramos, en primer lugar, la sonda colocada por el Neocuello en el primer tiempo, y en segundo lugar una subcavidad endometrial que a manera de un bacinete se comunicaba con el ureter, dilatado a ese nivel. Se hizo la resección de la fístula, se liberó el ureter suturándolo con gran cuidado, cerramos la cavidad endometrial suturando las paredes uterinas por planos, peritonizamos el ligamento ancho y cerramos la cavidad ventral por la técnica habitual y con sutura intradérmica de la piel.

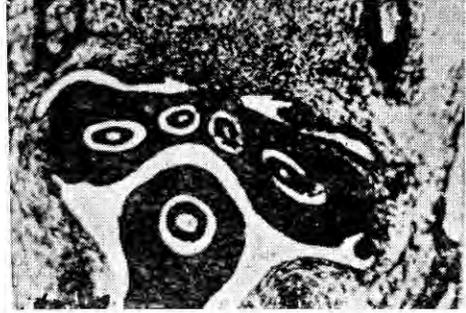
Al encontrar la triple anomalía en esta paciente, tratamos de explicarnos el proceso de su formación, que por las características tisulares eran de origen congénito. Embriológicamente, sabemos que la atresia cervical y la agenesia vaginal se deberían a fallas en el desarrollo de los conductos de Müller en la parte caudal, pero en lo que respecta a la Fístula Utero-ureteral, su formación no encuadra dentro de las anomalías del desarrollo embriológico que canocemos, por lo cual pensamos que la única explicación factible es que cuando el embrión llega a un mes y medio de edad, los conductos de Müller, cuando descienden en su desarrollo, a nivel de la entrada pelviana, cruzan a los conductos de Wolff y se colocan por dentro formando el cordón genital de Thiersh; posiblemente, es en esta etapa y por circunstancias que desconocemos, el conducto de Wolff izquierdo se adosaría tan íntimamente al de Müller del mismo lado que fusionarían sus paredes propiciando de este modo la formación del trayecto fistuloso.

Los estudios hechos por muchos autores y especialmente por Wharton y Counseller, nos hacen ver la concomitancia tan frecuente que existe entre las anomalías genitales congénitas de los órganos femeninos y los del aparato urinario, de ahí las recomendaciones que se hacen de explorar radiológicamente el aparato urinario cuando se encuentra una anomalía genital congénita.

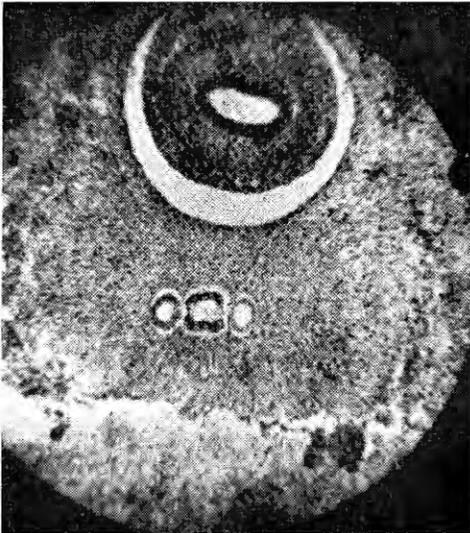
La evolución del postoperatorio de nuestra operada fue muy buena y sin ninguna complicación a pesar de su temperamento nervioso; la levantamos a los 28 días acondicionando bien el molde vaginal y después de tiempo



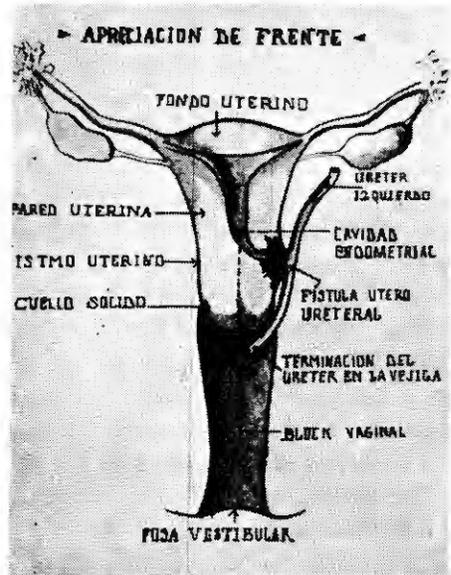
Esquema de la embriología de los aparatos Génito-urinario



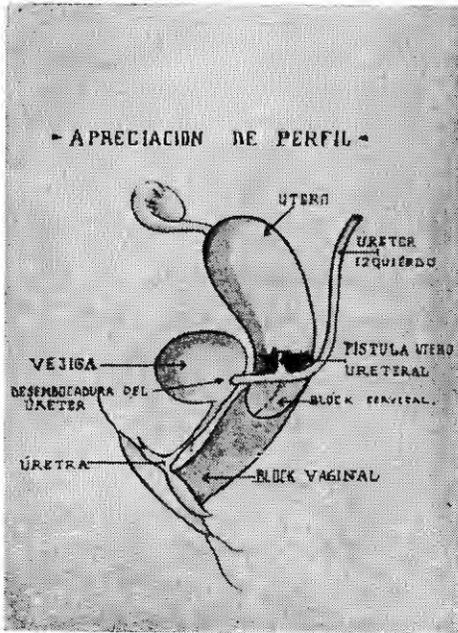
Aproximación de los Conductos de Müller (Microfotografía)



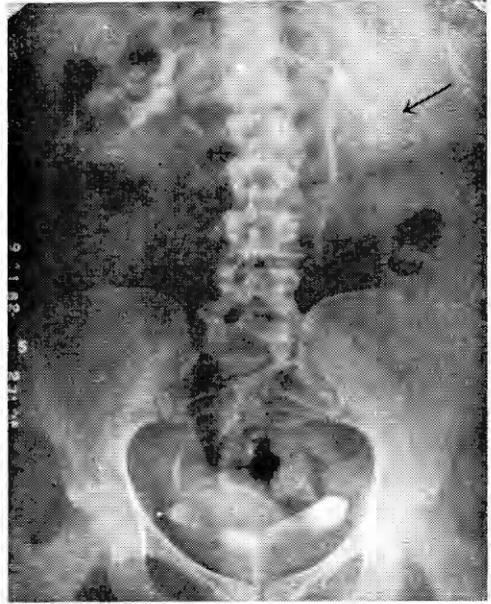
Adosamiento y fusión de los conductos de Müller (Microfotografía)



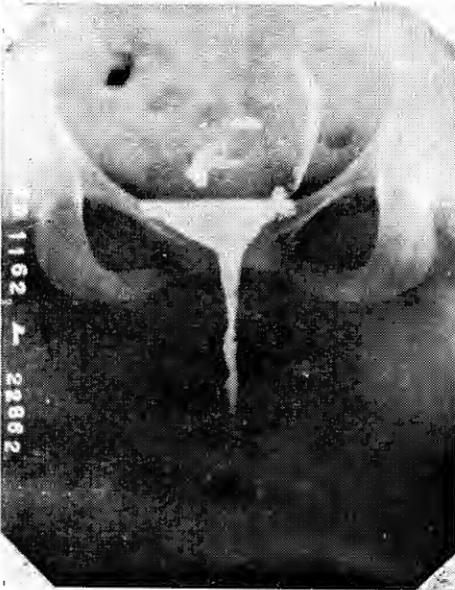
Esquema de la malformación Génito-uritaria



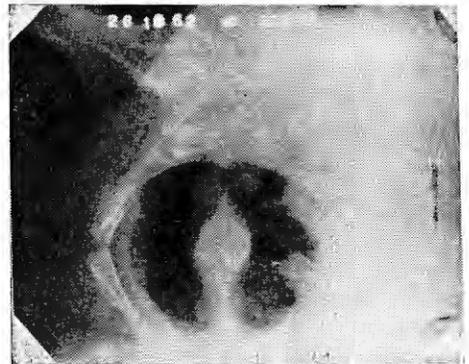
Esquema de la malformación Génito-urinaria



Malformación Caliciforme del riñón izquierdo
(Radiografía)

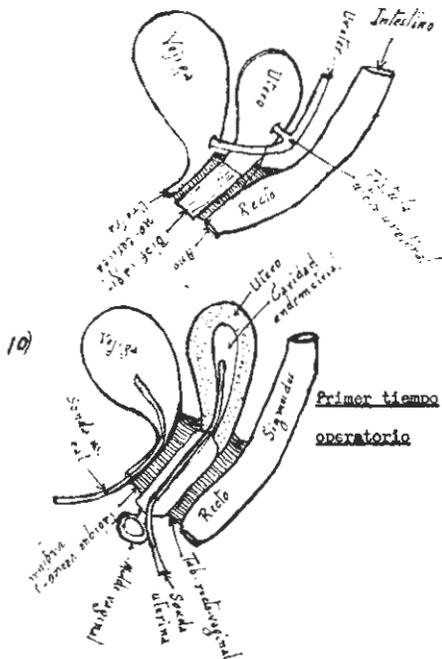


Se aprecia sospecha fistulosa en el uréter izquierdo
(Radiografía)

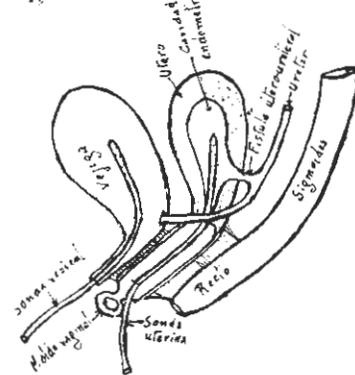


Se observan el útero y ovarios de aspecto normal
(Radiografía)

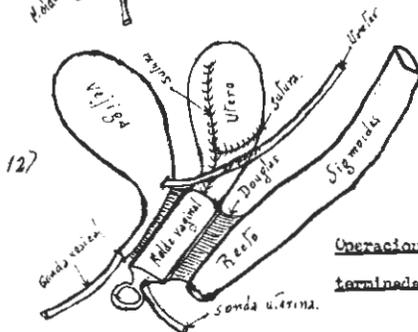
9) GENITALES ANTES DE LA OPERACION



11) Segundo tiempo operatorio



Primer tiempo operatorio



Operacion terminada

Esquema del Tratamiento Operatorio

prudencial volvía a reposo, y así en forma progresiva y controlada lo tuvimos en el servicio dos meses, cumplidos los cuales le dimos de alta pero llevando consigo el molde vaginal, el cual era cambiado y desinfectado periódicamente en el control ambulatorio.

Después de haber cumplido más de tres meses de control en que le quitábamos el molde vaginal periódicamente, durante sus menstruaciones, le hicimos un examen minucioso con espéculum y como vimos que la mucosa de la cavidad vaginal la había cubierto completamente, retiramos definitivamente el molde y consentimos tuviera relaciones sexuales.

Al principio, las relaciones maritales fueron dolorosas pero después se volvieron normales, con lo cual su complejidad síquica también fue desapareciendo.

Los controles hechos después de seis meses de haber sido dada de alta, acusan perfecta normalidad en sus menstruaciones con un tipo de 3/28; el funcionamiento de su aparato urinario también es normal, lo mismo que sus demás aparatos y sistemas.

En el último examen ginecológico que le hicimos, calibramos la cavidad vaginal, dando los siguientes medidas: profundidad, 11 centímetros; diámetro de del fondo, 3 cm.; diámetro de la parte media, 5 cm.; y diámetro del introito, 4 cm. El aspecto de la mucosa es de color rojizo y con una superficie granulosa en el fondo; la consistencia de las paredes vaginales casi semiduras y tensas. No se aprecia cuello uterino sino una superficie granulosa en cuya parte posterior se aprecia el orificio del conal cervical y que deja pasar el histerómetro con gran facilidad; acusa de histerometría, 7 cm.

Explorada la sensibilidad de la neovagina, se encontró cierta insensibilidad en la superficie de sus paredes, pero había sensibilidad erógena a nivel del introito y en la zona clitorídea.

La paciente refiere sentirse muy bien, pero que tiene leucorrea, especialmente cuando sus relaciones son muy seguidas; le indicamos lavados desinfectantes y óvulos antiflogísticos, cada vez que sienta malestar. Últimamente se ha casado y ha ido a radicarse fuera de Lima, pero ha prometido venir a su control cada dos meses.

Creemos haber cumplido con una labor médico-social devolviéndole a la paciente su normalidad sico-somática y propiciando el anhelo de toda mujer como es el matrimonio.