

Casos Clínicos

Resultado perinatal de un caso con extrofia vesical parcialmente corregida y embarazo

¹Dr. Gregorio Urbano Valencia Pérez, ²Dr. Dionisio Parra Roldan, ³Dra. Olivia Hernández Chávez, ⁴Dr. Julio Cesar Martínez Ruiz, ⁵Dra. Gabriela Liliana Romano Lagunas,
⁶Dr. Patricio Guerra Ulloa.

¹Médico Adscrito al servicio de Tococirugía, ²Médico Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia, ³Médica Adscrita al servicio de Perinatología, ⁴Médico Residente de IV año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, ⁵Médica Residente de III año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, ⁶Médico Residente de II año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Correspondencia:-Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza "I.S.S.S.T.E. Av. Ignacio Zaragoza 1711 Col. Ejercito Constitucionalista. Delegación Iztapalapa. Teléfono 57-44-43-58 Coordinación de Enseñanza e Investigación

Recibido: octubre 2004; **aceptado:** noviembre 2004

Resumen

Describimos el caso de una mujer con extrofia vesical, que logra embarazarse con la malformación congénita urogenital grave. Caracterizada por vejiga expuesta en la pared anterior y baja del abdomen, derivación de la orina por ureterostomías a la pared del abdomen, prolusión uterina y adherencias abdominales. Realizándose el manejo perinatal del embarazo con resultados satisfactorios para ambos madre e hija.

Palabras claves.- Extrofia vesical, Embarazo, resultado perinatal.

Summary

We described a case of the woman with vesical extrophy and pregnancy. This malformation is very seriously. It's characterized by displayed bladder in low part of the abdominal wall, Bilateral Ureterostomy, uterine protrusion and abdominal adherencies. The perinatal management of the pregnancy, it's really good by both, mother and the baby.

Key words.- Vesical Extrophy, pregnancy, Perinatal result.

Introducción

La extrofia vesical es un grave defecto en el cual la vejiga se abre ampliamente a la pared del abdomen, suele atribuirse más que a un defecto primario del sistema urinario a una insuficiencia de migración del tejido mesenquimatoso entre el ectodermo del abdomen y la cloaca durante la cuartasemana de desarrollo embrionario impide la fusión de la cara ventral del abdomen, por insuficiencia de los músculos del abdomen inferior, la exposición de la vejiga es de grado variable, aunque más frecuente y grave en el varón,

también ocurre en la mujer la frecuencia es una de cada 10 000 a 40 000 nacimientos.¹ Su primera descripción aparece en las tablas asirias, hoy se encuentran en el museo británico y reproducidas en 1946 en el libro "Androandus Historia Monstruo".²

La palabra Extrofia se deriva del griego "ekstriphein" que literalmente significa vuelta o giro de dentro afuera.³

La asociación de ésta malformación al embarazo es infrecuente y sobre todo, el embarazo no llega a

término, mientras mas avanzada sea la Extrofia, ya sea por la diátesis de la síntesis pubica, infecciones urinarias frecuentes, diferente grado de prolapsio genital y adherencias peritoneales como en el presente caso.

Comunicar la experiencia de éste caso lo hace importante por lo poco frecuente de la malformación, nueve cirugías para reconstrucción de la misma sin éxito total y al logro de un embarazo con tantos factores en contra, seguimiento y sobre todo el resultado perinatal del mismo. Es im-

Casos clínicos



Figura 1. Muestra abdomen: fondo uterino, embarazo de 33 semanas, ureterostomias, con bolsas colectoras, cicatrices antiguas.

portante mencionar que las cirugías para corregir la malformación se realizaron en otro Hospital, la captura de la paciente se realizó en Tococirugía en una consulta por AMENAZA DE ABORTO.

Presentación del caso

Femenino de 34 años, soltera, Enfermera, AHF. Abuelos maternos fallecidos a causa de cáncer gástrico ella y Basocelular de labio él; abuelo paterno fallecido de asma bronquial, padre hipertenso en tratamiento médico; madre con artritis reumatoide en tratamiento; hermana con mielo-meningocele a nivel coccígeo. AGO Menarca a los 13 años, ciclos 30x3 dismenorreica, IVS 33 años una pareja sexual G:1 P 0 FUM: 10-02-02 FPP: 17-11-02. Sin Método de planificación familiar, Papanicolaou jamás realizado. APP

Nacimiento 1968 con extrofia vesical, **cierra de pared abdominal en 1970**, tomando injerto de muslo derecho, a los cuatro años de edad (1972) **conducto ileal para canalizar ureteros**, permaneciendo así durante seis años, en 1978 se realiza **reconexión de ureteros a recto sigmoides** en esta ocasión por 12 años, en 1986 se realiza el diagnóstico de pielonefritis crónica bilateral recurrente, ocasionando hidro-nefrosis bilateral y datos de insuficiencia renal. Intentos de **reconexión a ileon en tres ocasiones** todas fallidas por diagnóstico de abdomen congelado; en 1986 se realiza **cirugía plástica reconstructiva de genitales externos** en forma parcial, manteniéndose en estudio por 2 años más, con la finalidad de la creación de vejiga reservoria detectando en dichos estudios **agenesia de uretra y meato urinario**, en julio de 1993

ureterostomia izquierda, en septiembre del mismo año **ureterostomía derecha**. En 1994 **colecistectomía abierta**; alérgica a las sulfas, transfusión (+) en 1978 sin reacción, insuficiencia venosa de cinco años de evolución y dos años en tratamiento médico inicialmente con Framoflebo al 1%, escleroterapia y actualmente con ASA 80mg c/24 h.

Primer ingreso a urgencias de tococirugía.-

01-07-02. Refiere dolor abdominal y ardor a nivel Genital acompañado de secreción genital y escaso sangrado a nivel cervical, con edema y erosión de la misma zona, consciente, orientada, adecuadamente hidratada, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con múltiples cicatrices, bolsas de ureterostomías, drenado orina en forma bilateral, útero gestante, genitales externos con ausencia de

Casos clínicos

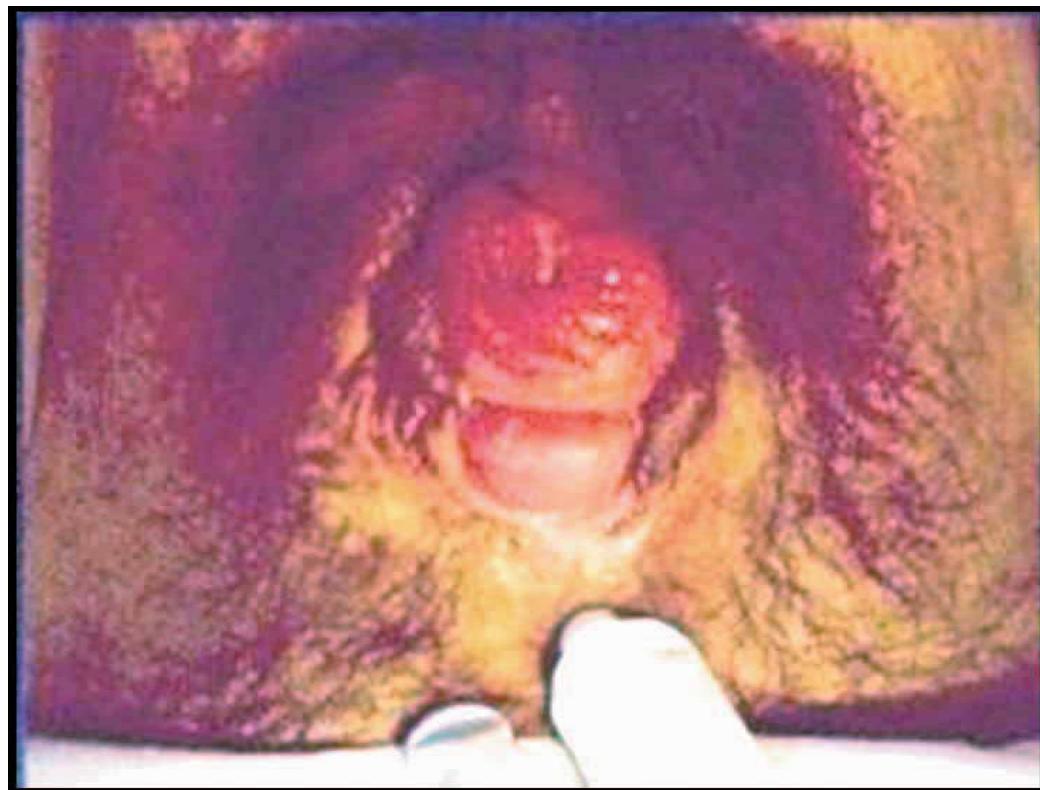


figura 2. Prolapo genital, cérvix erosionado

uretra prolapso cervical, cerrado, erosionado, sin secreciones, extremidades sin alteraciones egresada el día 04-09-02, con el Diagnóstico de embarazo de 20 SDG + AA resuelto, secundario a Urosepsis, prolapo uterino, cervicitis. El manejo se realizó con antimicrobianos, reposo y medidas de higiene.

Reingreso 28-08-02

Ingresa paciente nuevamente por referir aumento de prolapso cervical, con dolor y ardor en el mismo sitio, niega pérdidas transvaginales, niega actividad uterina, niega datos de vasospasmo, afebril. TA: 100/60 mm Hg. P. 80 X'. R 20 X' T.36°. Consciente, orientada, bien hidratada, cardiopulmonar sin alteraciones, en abdomen útero gestante, FU de 23 cm., con PUFI, FCF de 145 X'. audible con tococardiógrafo, no se delimita adecuadamente produc-

to, por medio de maniobras de Leopold, por la presencia de cicatriz queloides en hipo y mesogastrio, genitales con prolapo cervical de mayor tamaño con respecto a la cita anterior, además se aprecia salida de pared anterior de vagina, ambas estructuras eritematosas, extremidades sin alteraciones. Manejo con reposo Trendelenburg metronidazol vía oral, inicia esquema para inducir madurez pulmonar, permanece hospitalizada durante interconsultando con: Cirugía General, Urología, y Cirugía Vascular. Cirugía General sugiere colon por enema, y urografía excretora: Urología sugiere cesárea segmentaria para evitar lesión de ureteros y en caso de corporal se indica se ferulizen. El evento obstétrico pendiente de resolver hasta completar esquema de madurez pulmonar. A las 33 semanas de gestación con mayor prolapo uterino, modificaciones cervicales, datos de restricción

intrauterina, oligohidramnios moderado. De acuerdo a estos hallazgos clínicos y de gabinete el equipo multidisciplinario decide interrupción del embarazo por operación Cesárea el día 26 de septiembre 2002 a las 11.08 h. obteniéndose producto único femenino peso de 2100 gr. Apgar de 7-9. talla 46 cm, pasó a cunero intermedio por bajo peso y días después egresó a su domicilio. La paciente cursó con un post operatorio tórpido debido a lesión intestinal tránscesárea pues se encontró una pelvis congelada. Corregida con cierre primario tipo Lembert y el post operatorio con succión nasogástrica hasta la tolerancia de la vía oral. Egresó del servicio con su hija en óptimas condiciones.

Discusión y conclusiones

En México nacen 2.5 millones de niños al año lo que nos hace pensar que si esta malformación se presenta

Casos clínicos

en una de cada 40 000 nacimientos; es factible esperar 62.5 casos por año/varones no obstante el subregistro y el desconocimiento de la supervivencia de estos casos, los que alcancen la vida reproductiva sólo se ha documentado en mujeres ya que en el varón el aparato reproductor (pene) generalmente se atrofia, se duplica, afectado con epispadias grave y es incapaz de procrear.⁴ **No hemos detectado ningún varón afectado con extrofia vesical que embarace a alguna mujer.** La única publicación que he-

mos detectado en la literatura médica con embarazo, feto vivo y extrofia vesical es de la literatura cubana.⁵ La reflexión a que nos lleva esta patología no solo es su rareza, también reflexionamos sobre los gastos necesarios para la corrección de este defecto. Hicimos la documentación en un hospital de clase media donde el gasto que se realizaría hasta el momento de la cesárea alcanzaría la suma de 3 millones de pesos mexicanos, (prohibitivo para la clase media) y aún no está totalmente resuelta. EN ESTE CASO ES DONDE LA MEDICINA INSTITUCIONALIZADA SE

CONVIERTA EN UN RECURSO INVALIDABLE PORQUE ES EL ÚNICO QUE CONJUNTA LAS ESPECIALIDADES NECESARIAS A BAJO COSTO. En lo que respecta al seguimiento realizado por los investigadores es que la niña está sana y la madre en espera de programación de Histerectomía vaginal reconstructiva por el grado del prolapsogenital y más adelante la corrección de insuficiencia venosa periférica. Sin olvidar el apoyo Psicológico necesario para éste tipo de paciente.⁷

Bibliografía

1. Bruce M. Carlson: Embriología Humana y Biología Del desarrollo; Segunda edición, Michigan: Editorial Harcourt Mosby, 2000: 374-375.
2. Reyes A. Martinez R. Marrero J. Extrofia vesical y embarazo a propósito de una paciente carta al editor Medicentro 2001; 5 (2).
3. Bruch SW, Adzick NS, Goldstein RB, Harrison MR, Challenging the embryogenesis of cloacal exstrophy. j. pediatric surgery 31 :768, 1996.
4. Moore Persaud: Embriología Clínica; sexta edición Manitoba Canadá Mc Graw-Hill Interamericana 1999: 335.
5. Gentil Martins A. Epispadias y Extrofia de la vejiga. Vol. 2 Texto de cirugía reconstructiva y estética La Habana: Científico Técnica; 1986. 1343-1349.
6. Sharman D, Singhal SK .successful pregnancy in a patient with previous bladder extrophy. J Obstet Gynecol 1998; 38 (2) 227-228.
7. Diseth TH, Emblem R, Schultz A. Mental Health, Psychosocial functions and quality of life of patients with bladder extrophy and epispadias a review. World J. Urol. 1999;17; 17(4):235-248.



¿Quién fue Rudolph Virchow?

Personaje relevante en la patología del Sistema Nervioso. Nació en Alemania en 1821 y falleció en 1902. Se distinguió por sus aportaciones anatómicas e histológicas.

Dentro de sus contribuciones destacan la descripción de la neuroglia (tejido de sostén en el SNC, al que en la actualidad se le conocen funciones esenciales que rebasan las de sólo sostén) y los espacios perivasculares que llevan su nombre. En 1856 publicó *Die Cellular pathologie*.