

Dos casos interesantes de anomalías congénitas génitourinarias en la mujer

por el doctor

Antonio Otero

Al describir estos dos casos clínicos observados y diagnosticados entre las enfermas que veo en mi consulta particular, he de hacer la previa advertencia, que bien a pesar mío, no los puedo acompañar de todos los documentos clínicos demostrativos, que en puro rigor científico, los harían de un valor extraordinario, pues aunque no indispensables para el diagnóstico, y criterio terapéutico subsiguiente, sí lo son, tales documentos, convenientes para la catalogación científica actual, que naturalmente exige de todos los elementos que de exploración disponemos, su concurso y auxilio, a fin de hacerlos demostrativos e incontrovertibles. Pero siendo enfermas de mi consulta particular, no los observé más que dos veces, y ni siquiera llegaron ninguno de ellos a su resolución terapéutica, por lo menos en mi poder, con lo cual dicho se está que mucho menos pude someterlos a exploraciones clínicas, puramente especulativas de catalogamiento para la enseñanza y demostración.

Primer caso. J. S., natural de Tarrasa donde habita; de 20 años; casada hace un mes, dedicada siempre a las labores domésticas propias de su sexo.

Anamnesis patológica familiar y personal, sin trascendencia ni importancia.

Pubertad a los 12 años, normal; reglas de tipo 3/30 sin molestias lumbares, ni ilíacas, ni hipogástricas, pero sí acompañadas y precedidas de disuria y polaquinuria; durante las mismas, expele al mismo tiempo que la

orina coágulos sanguíneos, algunos bastante gruesos, que ella ha atribuido siempre y atribuye en la actualidad a los esfuerzos que ha de hacer, por las molestias de la orina, durante esos días.

Consulta actual o enfermedad actual. — Como hemos hecho constar en la filiación, casó hace un mes y actualmente, acompañada de su marido y de su madre, viene a consultar con motivo de molestias vulvares, consistentes según las refiere en dolor y escozor continuos, e inflamación de los labios vulvares y del periné hasta el ano; al mismo tiempo, y a esto atribuyen ella y el marido la causa de las molestias y por esto principalmente se deciden a consultar, no les ha sido posible realizar un coito normal y completo, a pesar de que el marido es potente y bien conformado genitualmente.

Exploración. — Mujer bien conformada, de aspecto externo y general saludable, talla y peso normales medios; de facciones y timbre de voz femeninas, finas y regulares; ninguna anomalía morfológica ni funcional de endocrinopatía reconocible a la exploración clínica simple; caracteres sexuales secundarios, morbideces y líneas propias de su edad y sexo.

A la exploración local, nada perceptible a la inspección y presión en las fosas ilíacas e hipogástrico; pubis y monte normales. Vulva y periné, a la inspección, aparecen edematosos, húmedos, sobre todo los grandes y pequeños labios, clítoris y rafe ano-vulvar, con descarnaciones epidérmicas en ciertas

zonas y dolorosos al tacto; estas lesiones de vulvitis no deforman hasta el punto de que a pesar de las mismas, se ve una vulva de morfología anatómica normal en todos los elementos reconocibles a la simple inspección; separando los grandes labios y los pequeños, aparece el vestíbulo arrugado, con arrugas tan marcadas que parecen franjas y son como la continuación de los bordes del meato urinario que son evertidos, rojizos, del color de la conjuntiva parpebral en ectropión y claramente franjeados; este meato urinario tiene un aspecto, si no idéntico, semejante al pabellón de la trompa genital; la abertura de la vagina, es una superficie mucosa plana, de coloración y aspecto semejante a la mucosa del vestíbulo y completa y absolutamente cerrada; un fondo de saco, algo depresible con el dedo, pero de plano submucoso resistente y fuerte, como muscular; ausencia de vagina en tal localización.

Tacto rectal.—Por esta exploración, forzando lo posible, se encuentra, dirigiendo la exploración hacia adelante y combinándolo con la palpación y presión hipogástrica, un cuerpo duro, movable, redondeado, de superficie, tamaño y consistencia igual a la que produce la matriz por tacto combinado rectal; lo demás del recto, normal.

Ya no hubiera hecho más exploración, pero el detalle de las reglas que la enferma refiere y asegura aunque acompañadas o juntas con fenómenos de orina, y el hecho de cultivar ya la Urología y disponer de sus recursos exploratorios, me hicieron imprescindible la cistoscopia, que lógica y naturalmente, por los antecedentes expuestos, había de llevar a la adquisición del completo diagnóstico, que hasta aquí quedaba incompleto.

Cistoscopia.—Con capacidad vesical normal, y fácilmente, practico la cistoscopia, que revela mucosa normal y orificios ure-

terales normales en forma y localización, y ocupando la parte media del músculo o relieve interuretérico y algo del triángulo vesical, aparece un orificio obscuro, de bordes franjeados, plegados y juntos, que da la impresión de ser perfectamente dilatable, causa bien escondida por cierto, de una hematuria intermitente a fecha y duración fija, que al mismo tiempo era menstruación y por tal la tomaban la paciente y su familia.

Bien merecía la exploración de una cistofotografía y vaginóuterografía, pero al exponerles el caso y opinión terapéutica, quedaron en volver, pero no lo hicieron, y de esto hace dos años.

Diagnóstico.—Al leer la exploración está hecho el diagnóstico. *Anomalía congénita génito-urinaria, consistente en desembocadura anormal de la vagina en el bajo fondo vesical.*

En el diagnóstico, tenemos la explicación lógica y al mismo tiempo la patogenia de los síntomas capitales que acusa la paciente; las reglas de la enferma que determinaban disuria y polaquinuria, ya que en realidad eran al mismo tiempo, verdaderas hematurias intermitentes, si no por su origen, por su localización y expulsión, y la imposibilidad mecánica del coito normal al tomar estado esta señora.

Esta situación social o matrimonial, que tanto o más tiene de dramática que de cómica, hubiera sido evitada ciertamente, si se hubiera hecho una buena exploración de sus orificios naturales al nacer, a lo cual nos habríamos de obligar y habitar médicos y comadronas, o bien un buen reconocimiento prematrimonial.

* * *

Segundo caso. F. B., de 15 años; vive en Lérida, se dedica a las labores domésticas propias de su sexo. Padres viven, sin

ningún antecedente patológico digno de mención, lo mismo que dos hermanos varones más pequeños.

Anamnesis individual, sin importancia; bien desarrollada. Regla desde hace dos años, normalmente.

Enfermedad actual o que motiva la consulta. Refiere su madre, que la acompaña, que desde su primera infancia la niña se orina continuamente o mejor dicho pierde constantemente orina a gotas; mientras fué pequeña esperaban desaparecería tal defecto, con el crecimiento; al llegar a la adolescencia consultaron con un médico, el cual opinó que pasada la pubertad, al verificarse su completo desarrollo sexual, se curaría; esta pérdida continua de orina, persiste no obstante, a pesar de haberse verificado éste, y actualmente no sólo la familia, sino la misma joven demanda curación de este estado de inferioridad constante e involuntario; está mojada continuamente y sufre molestias de la cara interna de los muslos, del periné y del ano; su situación, es la misma que la de una mujer que tuviera una fístula véscicovaginal postpartum; no está sometida a la acción de la voluntad, ni desaparece a pesar de la compresión, ni en las distintas posiciones que el ingenio de la muchacha, acuciado por el ardiente deseo de curación, ha probado de adoptar. No obstante este gotear continuo de la orina por la vulva, la niña verifica micciones completamente voluntarias y normales, sin ninguna clase de molestias en tales momentos; orina de las micciones, clara. Únicamente estos dos síntomas capitales, aparentemente antitéticos; incontinencia de orina continua, y al mismo tiempo micciones normales, son bastantes para hacer el diagnóstico.

Exploración. — Abdomen, hipogastrio y flancos abdominales normales a la inspección y palpación, lo mismo que el pubis; tegumentos de la cara súperinterna de los

muslos y superficie externa de los genitales con lesiones eczematosas irritativas, propias de la acción constante de la orina y fermentación de la misma. Vulva normal en todos sus elementos; únicamente al inspeccionar la zona del vestíbulo y del meato urinario se observa la anormalidad; la prominencia, o mamelón que forman los labios del meato, es bastante más abultada que normalmente, con arrugas franjeadas que se extienden por ambos lados del vestíbulo hasta los pequeños labios; el orificio del meato, separando las franjas, se aprecia normal, lo mismo que el himen franjeado. En la zona izquierda del vestíbulo, al lado mismo del meato, por entre las franjas que lo ocupan, se nota el rezumamiento de orina clara, acompasada y rítmicamente babeante, y renovada, después de cada secamiento a la gasa, que practico varias veces; estirando las arrugas y franjas, se aprecia un orificio puntiforme, pequeñísimo, que logro sondar primero con bujía filiforme y luego con sonda ureteral finísima; ésta se introduce fácilmente 26 centímetros y por su pabellón se desprenden las gotas que rezumaban por el orificio puntiforme vestibular, con emisiones rítmicas, acompasadas y claras, quedando el vestíbulo seco mientras permanece la sonda ureteral colocada.

Exploración vesical. — Sin quitar la sonda ureteral introducida por el orificio anormal del vestíbulo, practico un cateterismo uretral y vesical con sonda blanda del número 20, que demuestra uretra normal y desocupa unos 80 cm.³ de orina vesical. La sonda ureteral continúa sus eyaculaciones rítmicas durante toda esta maniobra y la cistoscopia subsiguiente. Capacidad vesical normal. Introduzco el cistoscopio con la vejiga llena con 150 cm.³ de líquido, y aprecio vejiga absolutamente normal; orificio ureteral derecho también normal, alargado, con sus movimientos y eyaculaciones rítmicas

normales; falta absoluta del orificio ureteral izquierdo, que en una vejiga sana habría de encontrarse; la zona correspondiente es mucosa, lisa y bien coloreada, sin relieve ni mancha alguna, como asimismo falta todo destigio de relieve interuretérico. Por la sonda ureteral colocada desde el vestíbulo vulvar, se han recogido 25 cm.³ de orina con todos sus caracteres normales.

Diagnóstico. — *Desembocadura anormal del uréter izquierdo en el vestíbulo vulvar;* anomalía congénita consistente en vicio o desviación de desarrollo del tractus urogenital.

El diagnóstico clínico positivo, está afirmado y avalado con las exploraciones hechas, de una manera evidente; no obstante, propusimos y reconocemos la conveniencia de una nueva exploración consistente en cateterismo del uréter anormalmente abocado en el vestíbulo vulvar, con sonda opaca, y radiografía subsiguiente, al objeto de determinar su trayectoria con relación a la uretra, vagina, vejiga y órganos y vasos pélvicos; con los datos que esta exploración suministrara, no solamente el caso sería demostrativo y documentado para su exposición y enseñanza, sino que también, y esto es lo más importante desde el punto de vista práctico y terapéutico, tendríamos un plano exacto de su anatomía topográfica anormal, que no llevaría con el máximun de probabilidades de éxito, a trazar un plan de tratamiento quirúrgico racional, absoluto y radicalmente curativo, cosa que creemos, si no fácil, perfectamente factible.

Como este caso lo he observado recientemente, y creo seguirá bajo mi observación y dirección médica hasta el final, tengo el propósito de hacer conocer sus resultados, o en nuestra Sociedad de Cirugía o por otros medios científicos de divulgación y enseñanza.

Si ahora, una vez expuestos, reflexionamos sobre estos casos desde un punto de vista embriológico y anatómico, lo primero que salta a nuestra consideración, es que ambos casos son de la misma naturaleza, aunque contrapuestos por los resultados finales del proceso de desviación embriológica de los órganos génitourinarios. En el primero, unos genitales femeninos desembocan o se confunden, en el mismo trayecto urinario (vejiga, recordando o semejando lo que sucede en el varón, desde la dilatación, conocida por uretra prostática, donde desembocan los conductos eyaculadores), con la porción más baja de la vía urinaria, vejiga y uretra femenina, porción común en este caso. En el segundo, a la inversa, un segmento de las vías urinarias, en su porción término-segmentaria se desarrolla héterotópicamente y viene a terminar en el vestíbulo vulvar, sitio francamente genital.

Por esta razón, intencionadamente, he dejado para el final, la explicación embriológica de tales anomalías, cosa indispensable en buena teoría, cuando de defectos o mejor desviaciones del desarrollo normal se trata.

No nos extenderemos en disquisiciones teórico-embriológicas finas o de detalle; en cualquier Tratado de Embriología, se encuentran la evolución genital y urinaria, tanto de la cadena o serie filogénica de menor a mayor complicación y perfección orgánicas, como del curso del desarrollo y formación organogenética en la Ontogenia del ser humano, cuyas lagunas de perfecto conocimiento, se subsanan teniendo presente la antedicha serie filogénica o Embriología sistemática comparada.

Nos limitaremos a señalar que los factores que intervienen en el desarrollo embriológico del aparato excretor urinario y genital femenino, son el *conducto de Wolff*, la *alantoides*, *espolón perineal*, sea o no formado por los *repliegues de Rathke* y *seno uro-*

genital, para los órganos urinarios excretorios; los *conductos de Müller*, que en el sexo femenino, parece seguro se originan en el cuerpo de Wolff y que descienden por fuera de los *conductos de Wolff* y llegados a la parte inferior de estos últimos, se sitúan por detrás, se adosan mutuamente, se sueldan, y la parte inferior de esta soldadura forma el útero y la vagina, mientras la parte media y alta no soldadas, forman las trompas y sus pabellones; el *espolón perineal*, sea o no formado por los *repliegues de Rathke* y el *seno urogenital*, intervienen por igual en ambas organogenias sexourinarias femeninas.

En los animales amniotas y por consiguiente en el género humano, de la parte inferior del *conducto de Wolff*, nace un mamelón hueco que crece y se dirige hacia afuera y arriba, que en toda su longitud es y será *uréter*, y sus porciones altas en ambos lados, se ensanchan y constituirán los riñones (metanefros).

Así queda bien claro que, embrionariamente, en el género humano, la parte más inferior del *conducto de Wolff* es continuación, o una misma cosa, con el *uréter primitivo*, puesto que allí se origina éste.

Con la diferenciación sexual femenina, el *conducto* o *conductos de Wolff* se atrofian, quedando un cordoncito epitelial que termina en la abertura exterior de la vagina, en las PROXIMIDADES del meato urinario (*conducto de Gartner*). En la mujer, se encuentran vestigios en la proporción de uno a tres (RIEDER). En el hombre, al diferenciarse sexualmente, los *conductos de Müller* desaparecen, quedando un vestigio de su porción inferior soldada, el *utrículo prostático*.

Con estos datos y factores embriológicos recordados y expuestos, encuentro perfecta explicación lógica y racional de las desviaciones o anomalías organogénicas, que

han llegado a determinar las anomalías congénitas de mis dos casos clínicos.

Primero. — El *espolón perineal*, formado o no por los *repliegues de Rathke*, se ha desarrollado tan extraordinaria y precozmente en tiempo y espacio, que, invadiendo el *seno urogenital*, ha dejado hacia atrás y arriba, y ocupado el sitio definitivo de la *parte inferior soldada de los conductos de Müller* (útero y vagina), cuya abertura ha quedado hacia atrás, en el sitio correspondiente a la porción *posteroinferior* (trígono vesical), de la *alantoides* (vejiga).

Segundo caso. — En este caso, la *porción inferior del conducto de Wolff* izquierdo, donde desemboca el uréter primitivo embrionario, no se ha atrofiado a su tiempo; y persistiendo como continuación inferior del uréter, ha dejado de yuxtaponerse a horadar la pared lateroinferior de la *alantoides* (vejiga embrionaria) en el momento oportuno, y al persistir, podríamos decir, la *porción Wolffiana del uréter* primitivo, desemboca al terminar el desarrollo, allí donde terminan normalmente los vestigios de esta porción del *conducto de Wolff* atrófico (*conducto de Gartner*), o sea en las proximidades del meato urinario. En términos más escuetos, aunque también más técnicos, este caso es, simplemente, una persistencia de la porción inferior del *conducto de Wolff* en la mujer (*conducto de Gartner*), como continuación del uréter izquierdo.



RESUM

L'autor descriu dos casos d'anomalies congènites genitourinàries en la dona. El primer consistent en una desembocadura anormal de la vagina en el baix fons vesical. El segon a l'anormal desembocadura de l'urèter esquerra en el vestibul

vulvar. Aprofitant aquests casos descriu la fonamestació embriològica d'aquestes lesions. El primer cas és degut al ràpid desenrotll de l'espòl perineal que ocupa el lloc de la part inferior soldada dels conductes de Muller quina obertura ha quedat endarrera en la porció postero-inferior de l'alantoides. El segon cas és la persistència de la porció inferior del conducte de Wolff en la dona. (conducte de Gartner) com continuació de l'uretè esquerra.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit deux cas d'anomalies genito-urinaires congénitales dans la femme. Le premier traite d'une ouverture anormale du vagin dans le bas-fonds vésical; dans l'autre cas l'uretère gauche s'ouvre dans le vestibule de la vulve. L'auteur, avec ces deux cas comme base, décrit le fondement embryologique de ces lesions. Le premier cas se doit à un développement précoce du pli périnéal lequel occupe la place de la partie inférieure soudée des conduits de Muller, dont

l'ouverture est restée en arrière dans la portion postero-inférieure de l'alantoides. Le 2ie cas est dû à la persistance de la partie inférieure du conduit de Wolff dans la femme (conduit de Gartner) comme continuation de l'uretère gauche.

SUMMARY

The author describes two cases of congenital genito-urinary anomalies in women. The first was of an abnormal opening of the vagina in the vesical cul-de-sac; the second was a case of the left ureter opening into the vulvar vestibule. With these two cases as his base, he shows the embryological foundation of these types of lesion. The first case was due to a precocious development of the perineal spur which takes the place of the closed up inferior part of Muller's ducts, the opening of which remains in the postero-inferior region of the alantoides. The second case is due to the persistence of the inferior portion of Wolff's duct in women (Gartner's duct) as a continuation of the left ureter.