

## PROLAPSO GENITAL E HIDRONEFROSIS

Dres. CASTRIA, M. A. \*, FIORENTINO, N. A., INGLESÍ, J. I., TARZIAN, J.

Se entiende por prolapso genital el descenso a través del orificio vaginal de los órganos contenidos por encima del mismo. La protrusión podrá hacerse a expensas de la pared vaginal anterior que se acompaña de la vejiga o bien por la prociencia de la pared posterior y por ende del recto, entidades conocidas como colpocele anterior o colporectocele respectivamente.

En un grado más acentuado será el útero quien descienda parcial o totalmente acompañándose de las paredes vaginales. En general los prolapsos genitales constituyen verdaderas hernias determinadas por diversas causas entre las que merece especial atención el debilitamiento o desgarró de origen obstétrico. Sabido es la distensión que sufren todos los tejidos del diafragma muscular de la pelvis en el momento del parto, de tal suerte que todo el armazón muscular del suelo pelviano está sometido a violencias que a menudo exceden su límite de elasticidad.

El mecanismo patogénico de los prolapsos en la actualidad se halla perfectamente aclarado por estudios realizados por Tandler y Halban determinando con precisión las condiciones en que se producen y los principios de su tratamiento.

Las estrechas relaciones anatómicas entre la uretra, la vejiga, el segmento ureteral pelviano, la vagina, el cuello, las trompas y los ovarios; su vascularización y su inervación se traduce con frecuencia en una verdadera sinbiosis de síntomas urinarios y ginecológicos. En el prolapso genital la sintomatología ha de variar según los órganos interesados pudiéndose constatar disuria, polaquuria, incontinencia de orina al esfuerzo, sacralgia, etc. La fenomenología clínica puede hacerse más compleja en los prolapsos genitales avanzados en razón del compromiso del segmento pelviano del uréter, que al ser elongado en esta verdadera patología herniaria ve disminuida su luz en función del tiempo e intensidad en que actúa el factor injuriante, determinando a la postre cuadro de hidronefrosis. Actualmente es aceptada la frecuencia de la coexistencia de la hidronefrosis con los prolapsos genitales, como lo sostiene Te Linde, y en razón de ello se sugiere el estudio urológico completo antes de realizar la terapéutica quirúrgica.

H. C. N° 35.386. Instituto de Cirugía de Haedo.

F. C. de M., 47 años de edad; ocupación, quehaceres domésticos.

*Antecedentes personales:* enfermedades propias de la infancia.

Menarca a los 13 años. Ritmo 12/30. Casó a los 22 años. Tuvo 7 embarazos, 4 con parto eutócico, 1 parto con feto muerto, 1 en parto distócico, forceps, y otro con cesárea con feto muerto. El peso de las criaturas osciló entre 3,500 y 5 kilos.

Operada de hernia inguinal y quiste ovario derecho en el año 1952.

En 1953 consulta al Servicio de Ginecología por sensación de vagina ocupada que va en aumento hasta notar que sus genitales externos salen a través de la vulva. Se diagnostica histerocele de 3er. grado, cistorectocele de 2º grado con incontinencia de orina al esfuerzo, sugiriéndose tratamiento quirúrgico.

En 1967 colecistectomía por litiasis.

*Enfermedad actual:* en julio de 1968 consulta al Servicio de Urología por dolor gravativo izquierdo con irradiación a hipogastrio. Episodio de hematuria inicial, escasa, indolora, espontánea, fugaz. Refiere incontinencia de orina al esfuerzo.

*Estado actual:*

Riñones: punto ureteral izquierdo doloroso.

Genitales externos: prolapso total con incontinencia de orina al esfuerzo.

Los análisis de laboratorio solicitados revelan como elementos de valor lo siguiente: análisis de orina: leucocitos: 10.000. Sedimento: abundantes picocitos y hematíes. Bacteriológico: presencia de *Grahm* negativos y estafilo. Análisis de sangre: índice de Katz: 50.

La urografía excretoria traduce: riñón izquierdo con discreto retardo de concentración y eliminación, evidenciando ectasia ureteropielocalicilar. Vejiga aumentada de tamaño y deformada a expensas de hemivejiga izquierda. Diagnóstico radiológico: ureterohidronefrosis.

Con dicho diagnóstico y de prolapso genital es enviada al Servicio de Ginecología para su nuevo estudio, en el que en octubre del mismo año se precisa el examen: vulva de mucosa normal. Al esfuerzo prolapsa totalmente el útero arrastrando las paredes vaginales, constituyendo un prolapso total con incontinencia de orina. Cuello aparentemente sano avanzando en su totalidad por el orificio vulvar. Fondos de sacos libres e indoloros. Al tacto combinado vagino rectal se aprecian los paramétrios libres como así también el fondo de saco de Douglas. Histerometría: 13 cmts.

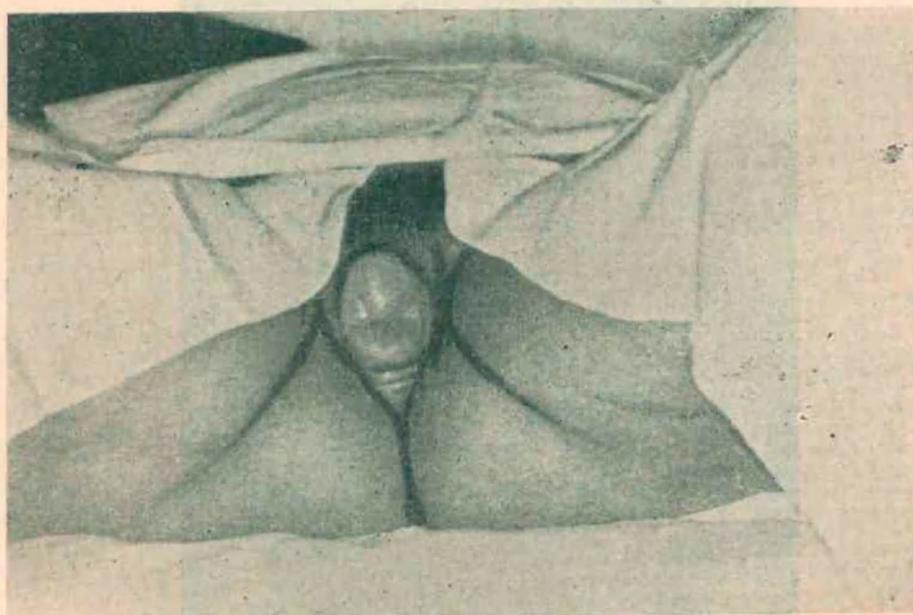
Diagnóstico: prolapso total con incontinencia de orina al esfuerzo.

Tratamiento quirúrgico: histerectomía vaginal. Colpoperineorrafia anterior y posterior. La paciente evoluciona bien en el post operatorio inmediato y alejado.

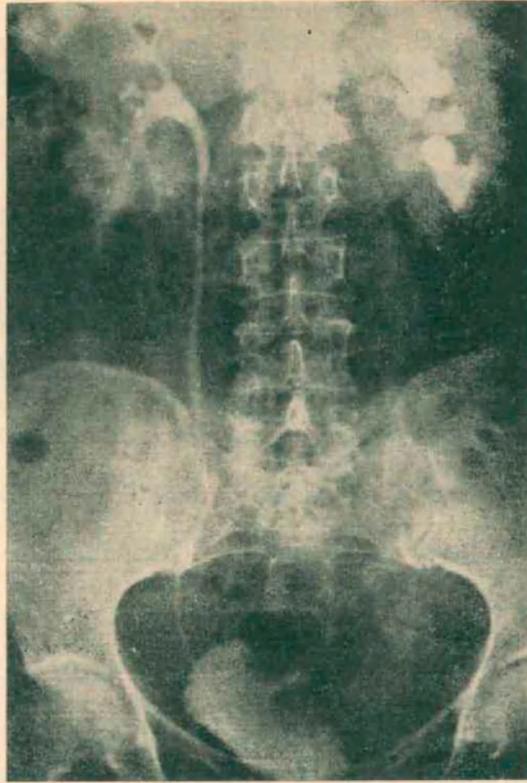
El examen radiológico de control solicitado revela la reversibilidad del proceso ectásico consecutivo a la histerectomía.

*Conclusiones.*

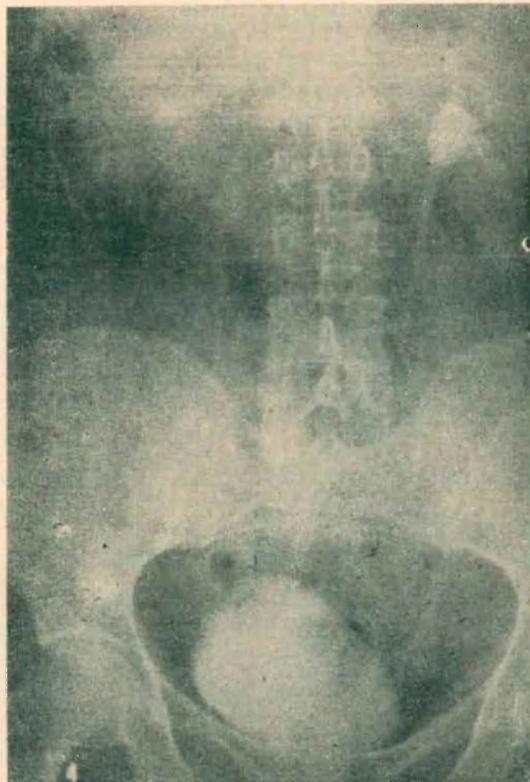
No es infrecuente que procesos de naturaleza ginecológica repercutan en el tracto urinario determinando alteraciones anatomofuncionales de los órganos que la componen. En el prolapso genital la ruptura del equilibrio armónico de sus elementos morfológicos se ha de traducir por un disfuncionalismo con síntomas asociado a lo urológico.



Prolapso genital



Hidronefrosis  
Pre-operatorio



Post-operatorio

Estos factores mecánicos y dinámicos se vinculan al compromiso del segmento ureteral pelviano y su implicancia en el sistema canalicular superior.

Al producirse la estrictura uretérica por elongación y consecuentemente, disminución de su luz, se crean formas dinámicas de estasis urinario de tipo hipotónico, determinando en función de tiempo e intensidad cuadro de hidronefrosis como el observado en el presente caso.

### RESUMEN

Se presenta la historia clínica de una paciente multipara portadora durante 5 años de prolapso genital total cuya complicación urológica es la hidronefrosis. La intervención quirúrgica realizada, histerectomía, al eliminar la causa condicionante determina la regresión de la misma.

### BIBLIOGRAFIA

*Giles, Hebert:* L'Union Med. du Canada. Tomo 93, Junio 1964.

*Murray, E., Trabucco, A.:* Morfología vesical en el cistocele. VI Congr. Arg. Obst. y Ginec. Año 1946:1398.

### DISCUSION

*Dr. Claret.* — En un periodo de tres meses hemos tenido oportunidad de asistir dos casos casi calcados al que nos han mostrado los comunicantes.

Uno de ellos, lo fue en el Policlínico de Avellaneda. Una mujer de edad avanzada, tiene casi 80 años, con aparente escasa sintomatología vesical, ingresó con dolores abdominales y presentando una tumoración en el flanco derecho.

En Cirugía General llegaron a la conclusión que se trataba de un problema renal y la pasaron a nuestro Servicio. Padecía una uropionefrosis que según después lo averiguamos, estaba relacionada con el descenso de los órganos genitales.

Del lado derecho presentaba marcada ureteroectasia, que se corrigió. El tratamiento consistió en la colocación de un pesario por cuanto la mujer no aceptó la intervención quirúrgica.

De ese modo, mejoró inmediatamente su estado clínico, su infección y las cifras de laboratorio pusieron de relieve una disminución de la retención azoada, que era más o menos importante.

El segundo caso lo vi ayer, lo estoy documentando y espero poder traer ambos a esta Sociedad, a la brevedad.