

Litiasis vesical y prolapso genital total. Reporte de un caso

Gral. Brig. M.C. Mauro **Soto-Granados**,* Tte. Cor. M.C. Jorge **Porras-Olguín**,**

MIP Oliva **Peñaloza-Núñez*****

Hospital Militar Regional de Acapulco, Guerrero.

RESUMEN

Es rara la relación de prolapso genital total y litiasis vesical, se reporta el caso de una paciente anciana con ambos padecimientos en la cual se hizo el diagnóstico de la litiasis hasta el momento de la cirugía, lo que incrementó la dificultad técnica del procedimiento.

Palabras clave: prolapso genital, litiasis vesical, evento cerebro-vascular.

Introducción

El prolapso genital es el deslizamiento o caída de la vejiga, el recto o el útero conjuntamente o por separado, a través del hiato genital y su aparición posterior en los genitales externos, 3 a 6% de la población femenina llegan a desarrollar un prolapso genital severo en alguna etapa de su vida, es más común en mujeres blancas que en asiáticas y negras debido a que se heredan la calidad de los músculos de soporte según las razas, influyen asimismo el número de partos, el envejecimiento, defectos del tejido conectivo, obesidad, neuropatías crónicas, alteraciones en el esqueleto axial, ejercicio físico intenso (pesas), cambios hormonales entre otros.¹⁻³ Su sintomatología es sensación de cuerpo extraño en el introito vulvar que aumenta con el esfuerzo y se reduce con el reposo, puede haber síntomas urinarios como incontinencia, disuria, poliaquiuria y dificultad para el vaciamiento; síntomas anorrectales como estreñimiento, tenesmo e incontinencia; síntomas sexuales como dispareunia, dificultad o imposibilidad del coito.^{2,4-6} El diagnóstico es clínico evaluando a la paciente en posición ginecológica y observando los genitales externos en condiciones basales y pidiendo posterior-

Vesical lithiasis and total genital prolapse. Report of a case

SUMMARY

It is strange the relationship of the genital prolapse and vesical lithiasis, is reported in case of an elderly patient with both health problems in which the lithiasis diagnosis was made until the moment of the surgery, increased the technical difficult of the problem.

Key words: Genital prolapse, vesical lithiasis, brain-vascular event.

mente a la mujer que puje. De acuerdo con la POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System), su clasificación se presenta en los cuadros 1 y 2.^{7,8}

El tratamiento del prolapso genital puede ser: incruento (uso de pesarios) y quirúrgico que es el de elección siendo la histerectomía por vía vaginal con reparación anterior y posterior la técnica más usada en las pacientes añasas y con prolapso genital severo.^{3,7,9}

Caso clínico

Paciente femenina de 72 años de edad con antecedentes de seis partos vaginales, hipertensión arterial crónica y accidente vascular cerebral (infarto isquémico en mesencéfalo) en septiembre del 2005, durante este internamiento se le detecta prolapso genital grado IV, no refería sintomatología urinaria. Se decide diferir su cirugía hasta tener una estabilización satisfactoria de su problema neurológico, se le envían estudios preoperatorios que reportan bacteriuria ++ y leucocituria (8-10 p/c). Se hace la corrección quirúrgica de su padecimiento el 16 de marzo del 2006, realizándose en un primer tiempo la

* Jefe Regional del Servicio de Sanidad, IX Región Militar. ** Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro. *** Médico Interno de Pregrado, Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro.

Correspondencia:

Dr. Mauro Soto-Granados

Av. Ruiz Cortínez s/n Col. Alta Progreso, Acapulco, Gro. C.P. 39610, México. Tel. y Fax: 445-6504.

Recibido: Agosto 10, 2006.

Aceptado: Noviembre 21, 2006.

Cuadro 1. Puntos de referencia utilizados en el POPQ

Puntos anteriores:

Aa: Pared vaginal anterior 3 cm proximal al meato urinario.

Su rango de posición es de -3 (normal) a +3.

Ba: Fórnix anterior o extremo anterior de la cúpula vaginal. En ausencia de prolapso es -3 por definición.

Puntos superiores:

C: Extremo distal del cérvix o cicatriz de la cúpula en la histerectomizada.

D: Fórnix posterior. En ausencia del cuello, el punto D se omite.

Puntos posteriores:

Ap: Similar a Aa en la pared posterior de la vagina.

Bp: Similar a Ba en la pared vaginal posterior.

Gh (Hiato Genital): Distancia en cm. desde el meato urinario hasta el borde himeneal inferior en la línea media.

Pb (Cuerpo Perineal): Distancia en cm. desde el borde posterior del Hiato genital hasta el borde anterior del ano.

Tvl (Longitud vaginal total): Profundidad máxima en cm de la vagina

Cuadro 2. Gradación ordinal del grado de prolapso

Grado 0: Sin prolapso. Aa, Ba, Ap y Bp tienen un valor de -3. C y D tienen un valor que va de -(Tvl) a -(Tvl-2)

Grado I: La porción más distal del prolapso está más de 2 cm por sobre el himen.

Grado II: La porción más distal del prolapso está entre -1 y +1 cm con respecto al himen.

Grado III: La porción más distal del prolapso está a menos de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2)

Grado IV: Procedencia genital. La porción más distal está a más de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2)

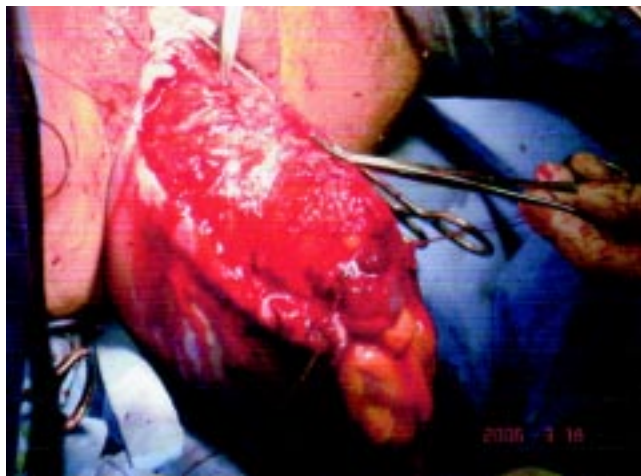


Figura 1. Aspecto del prolapso.



Figura 3. Aspecto después de la reparación anterior.

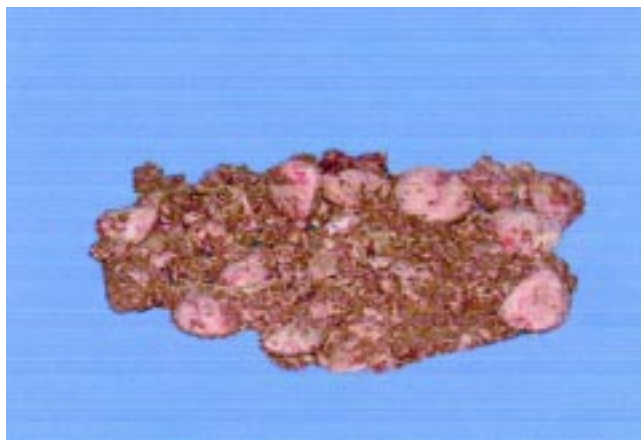


Figura 2. Litos vesicales extraídos.



Figura 4. Aspecto al mes de postoperada.

histerectomía, la cual fue muy difícil por el edema de los tejidos. Al iniciar la reparación anterior se detecta masa dura de aproximadamente 8 cm de diámetro, dura, se realiza cistotomía extrayendo abundantes litos vesicales, se repara la vejiga y se completan las reparaciones anterior y posterior. La paciente cursa sin complicaciones egresándose al décimo día postoperatorio sin complicaciones con diuresis espontánea.

Discusión

La etiología del prolapso genital es múltiple, la paciente presentaba algunos de estos factores como edad avanzada y multiparidad. La progresión de este padecimiento generalmente es lenta; sin embargo, llama la atención por lo avanzado de éste, que tuviese que ocurrir otro evento (el accidente vascular cerebral) para que se detectase, lo que da una idea del bajo nivel sociocultural de la paciente, lo cual también pudiera haber hecho que no le diera mayor importancia a algunas molestias urinarias que obligadamente debiera haber tenido.

No existe una relación causal importante entre la litiasis vesical y el prolapso genital, sin embargo, la presencia y el peso de las piedras en la vejiga contribuyeron a un incremento importante en el descenso de los genitales y en generar inflamación en los tejidos lo que aumentó la dificultad del procedimiento quirúrgico.

El estado sociocultural, lo aparatoso del prolapso genital y la ausencia de síntomas urinarios contribuyeron a que no se hiciese un diagnóstico previo oportuno de la litiasis vesical.

A mi juicio hubiese sido más adecuado el manejo de la litiasis vesical primero y en un segundo tiempo el prolapso genital, lo cual hubiese contribuido a realizar el procedimiento en mejores condiciones de los tejidos y hubiese disminuido la dificultad técnica, sin embargo, las condiciones de la paciente dos meses después de haber sido operada han sido buenas.

Referencias

1. Hernández SA, Bello del Amo M, Gutiérrez AA, Escudero FM. Epidemiología y etiopatogenia del prolapso genital. *Actualidad Obstétrica Ginecológica* 2001; 13: 5-10.
2. Braun BH, Rojas TI, González TF, Fernández NM, Ortiz CJA. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2): 149-56.
3. Serna GP. Contribución de la Soc. de Gin. y Obst. de Monterrey. Tratamiento del prolapso genital criterio y experiencia regional. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 566-9.
4. Delgado UJ. Prolapso genital. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 356-60.
5. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor disfunction. *Obstet Gynecol Clin North AM* 1998; 25(4): 723-46.
6. Thompson JD. Anomalías en la posición del útero. En: Thompson JD, Rock JA (Eds. *Te Linde. Ginecología Quirúrgica*. Madrid : Editorial Médica Panamericana, S.A., 1993 : 746-804
7. Olsen AL, Smith VJ, Bergtrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-6.
8. Gill EJ, Hurt WG. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North AM* 1998; 25(4): 757-69.
9. Kikku P. Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy with reference to subjective bladder symptoms and incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64: 375-9.