

## UN CASO DE UTERO INTRAVESICAL, AUSENCIA DE VAGINA Y TRASPOSICION DEL CABO PROXIMAL DE LA URETRA.

POR EL DR. FRANCISCO REYES.

**E**L caso de orden quirúrgico-ginecológico que me voy a permitir presentar a la consideración de la asamblea quizá pudiera tener interés para los señores Académicos, justipreciándose así yo distraiga su atención.

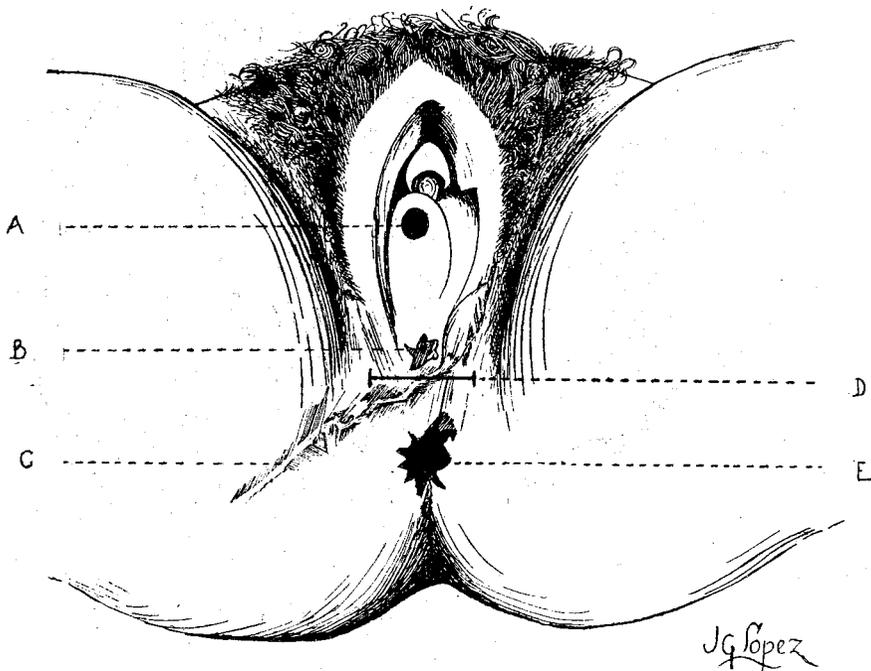
\* \* \*

La señorita X, se presentó el año pasado a la consulta de la Clínica Ginecológica que es a mi cargo en el Hospital Militar, refiriendo que, si le había extrañado que no se le presentara la menstruación no obstante que ya tenía diecisiete años, también le era extraño el hecho de que, con periodicidad de uno a dos meses, orinaba sangre por dos o tres días, sin acusar mayores molestias por parte de su vejiga cuya función, por el interrogatorio que se le hizo parecía normal. Requiriendo antecedentes patológicos, refirió la señorita X que, tendría cinco o seis años de edad cuando, yendo con su familia en un coche-carretela, sufrieron un choque, siendo lanzada quien refiere el hecho, contra el tope de enganche de un tranvía, habiendo recibido el golpe en la región vulvar.

Estimando suficientes los datos obtenidos, pasé a la exploración de la región vulvar y órganos génito-urinaros, encontrando las lesiones si-

*Un Caso de Utero Intra-vesical,  
Ausencia de Vagina y Trasposi-  
ción del Cabo Proximal  
de la Uretra.*

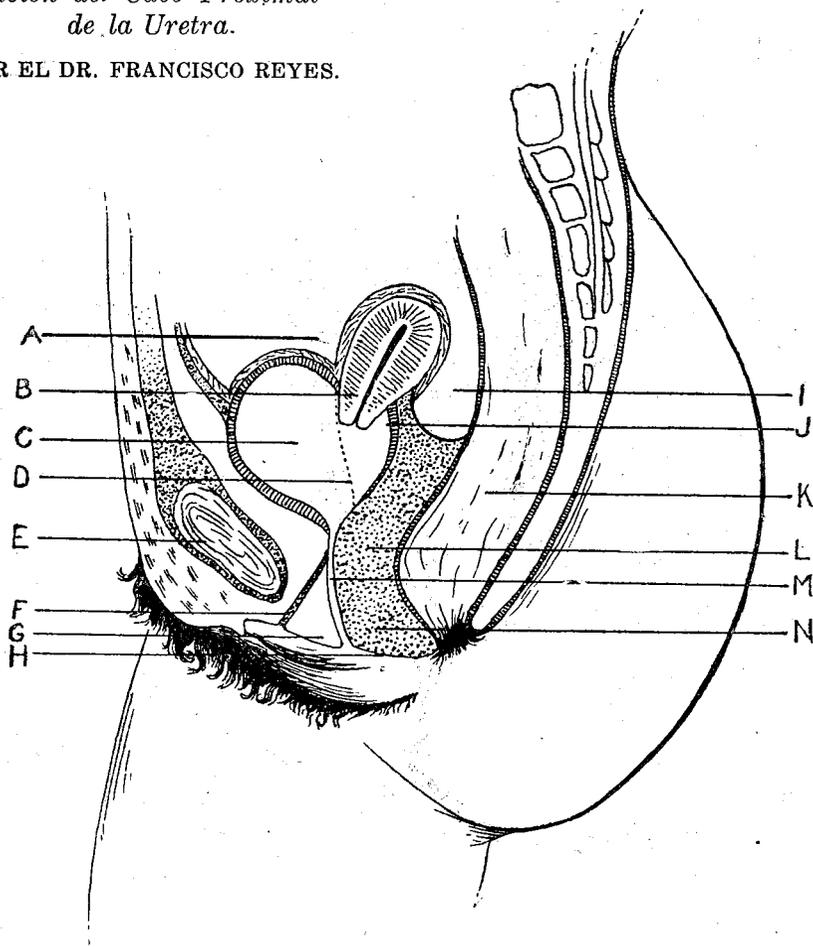
POR EL DR. FRANCISCO REYES.



- A.—Meato anatómico cicatrizado y desviado.
- B.—Meato patológico, o nueva desembocadura del cabo proximal de la urétra desgarrada.
- C.—Cicatriz traumática de un isquion al del lado opuesto con prolongación sobre el lado izquierdo de la vulva.
- D.—Incisión para el despegamiento del tabique uretro-vésico-rectal.
- E.—Ano y, su desgarradura sobre la pared anterior.

*Un Caso de Utero Intra-vesical,  
Ausencia de Vagina y Traspo-  
sición del Cabo Proximal  
de la Uretra.*

POR EL DR. FRANCISCO REYES.



- A.—Fondo peritoneal anterior.
- B.—Utero.
- C.—Vejiga.
- D.—Sutura de la incisión vertical.
- E.—Pubis.
- F.—Uretra normal segmento distal cicatrizado.
- G.—Vestíbulo.
- H.—Espacio uretro-rectal (8 mms.)
- I.—Fondo saco peritoneal de Douglas.

- J.—Punto en que fué incindida la vejiga para la extracción del útero.
- K.—Recto.
- L.—Tabique de cicatriz recto uretro vesical (cavidad vaginal cicatrizada).
- M.—Uretra cabo proximal en su nueva situación.
- N.—Vía de despegamiento para alcanzar la vejiga.

guientes, que desde luego me convencieron de la magnitud del traumatismo que sufrió esta señorita, y el poder de defensa del organismo, que también y con singular eficacia protege al médico y que mucho nos ayuda para sacar avante nuestra pretendida eficiencia en casos difíciles; dígo-lo al menos por mí: extensa cicatriz que va de un isquión al otro; desgarradura del recto que comprende al ano en su pared anterior sin comprender al esfínter interno con ectropión de la mucosa.

No existía vagina. El orificio uretral cicatrizado casi en contacto con el clítoris y desviado a la derecha. El nuevo orificio uretral estaba representado por un pequeño orificio colocado en la parte media de la vulva, y separado del ano por un puente de no más de seis a ocho milímetros de altura. No había incontinencia vesical ni polakiuria. Por el sondeo vesical pude darme cuenta, que la longitud de la uretra estaba reducida a cuatro centímetros, poco más o menos. Por el tacto rectal, comprobé que existía útero y que los anexos estaban reducidos teniendo la impresión, por el tacto combinado, que el útero ocupaba la vejiga, y que su situación era más elevada que lo regular o normal. En lo que respecta al tabique recto-vaginal, me dí cuenta que la pared anterior del recto era fija y más gruesa. Diagnostiqué lo que todos vosotros habeis ya colegido con la escucha de esta relación de antecedentes, datos anatómo-patológicos y síntomas funcionales y físico-patológicos: "Útero intravesical, ausencia de vagina, trasposición del cabo proximal de la uretra".

También os habeis hecho esta interrogación, como yo me la hice: ¿Cómo la naturaleza pudo defenderse de un descalabro orgánico de tal magnitud?

Faltaba la comprobación clínica del domicilio vesical del útero. Para el efecto, solicité la cooperación competente de los señores doctores Rivero Borrell y Juan Soto, quienes con las dificultades consiguientes, practicaron dos cistoscopías, no logrando sondear los ureteres, y así, en medio de la deformidad de la cavidad vesical, fijar algo que parecía como el cuello uterino.

Habiendo decidido la operación, formulé al siguiente plan: Exteriorización del útero a través de una vía que fraguaría entre la uretra, hacia adelante y la pared anterior del recto atrás. Mantener el cuello del útero fuera de la vulva y evitar la cicatriz de la cavidad por la sola posición de gaza, —primera fase de la intervención, que fué la definitiva—, diré de una vez. Técnica que seguí: una incisión horizontal de cinco centímetros entre el recto y la uretra. Guiándome por la pared

rectal y siempre pegado a la pared, logré con no pocas dificultades, abrirme paso hasta que toqué el útero a diez o doce centímetros de altura. Entonces introduje una sonda en la vejiga, con lo que comprobé que el útero estaba dentro de la vejiga y que lo que tocaba arriba era el recipiente vesical. Lo más lejos del cuello de la vejiga y guiándome por el cuello uterino, practiqué una incisión horizontal de su pared inferior; salió orina; tomé el cuello uterino con una fina pinza de Musseux y con prudentes tracciones logré traer a la vulva útero vejiga. Cerré la herida vesical por dos planos de sutura con catgut cromizado. Rellené la cavidad con gaza yodoformada; mantuve el cuello fuera de la vulva con dos pinzas de Musseux y canalicé la vejiga con una sonda de Peltzer. Al cuarto día retiré las gazas haciendo nuevo relleno y habiendo libertado el cuello. Nuevas curaciones cada tres o cuatro días y prehensión del hocico de tenca para prudentes movilizaciones. A los ocho días retiré la sonda; había pegado la sutura vesical.

La cavidad vaginal se logró, pequeña en un principio, es real en la actualidad gracias a las sesiones de dilatación y dilatación manual. La enferma menstrúa cada mes o mes y medio.

Vosotros podreis juzgar del caso conforme a vuestro ilustrado criterio.

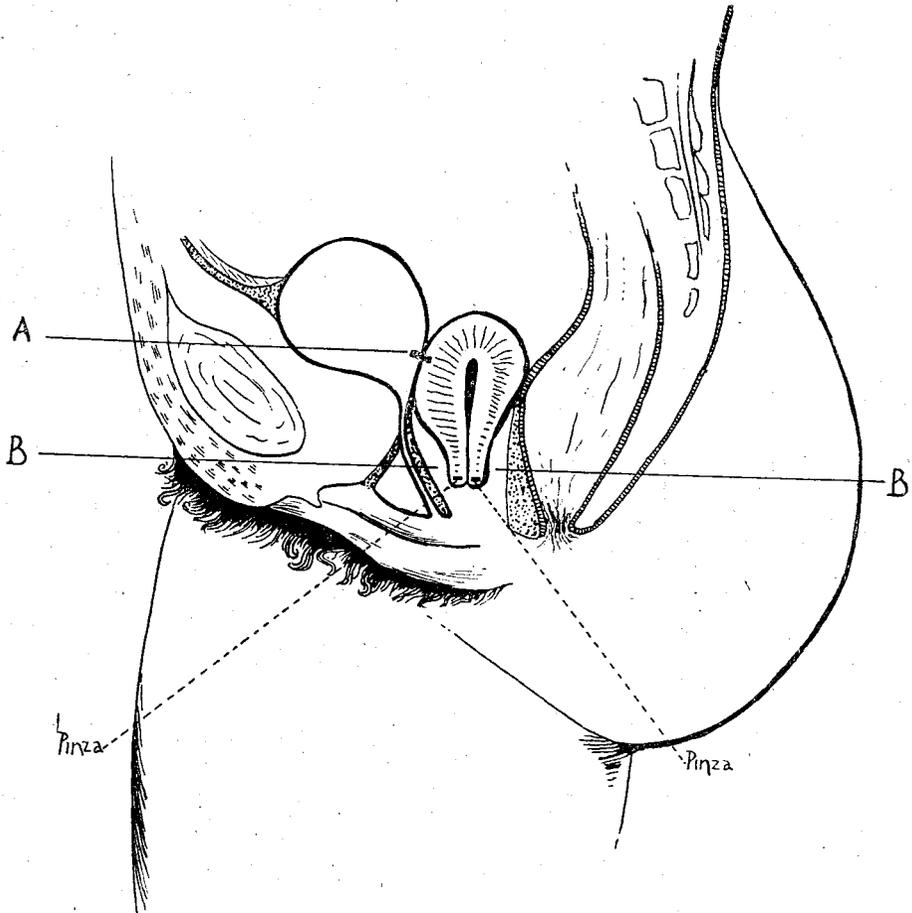
*Un Caso de Utero Intra-vesical,  
Ausencia de Vagina y Traspo-  
sición del Cabo Proximal  
de la Uretra.*

GACETA MEDICA DE MEXICO.

TOMO LX.

NUM. 2.

POR EL DR. FRANCISCO REYES.



J. G. Lopez

- A.—Cicatriz de la cistostomía.  
B.—Espacios para formación de la vagina, que se rellenan de gaza yodoformada, en tanto que el útero abatido, se mantiene con dos pinzas de Musseux.