

## Extrofia de la vejiga urinaria

Presentación de un caso operado con éxito

Andrés Vesalio Guzmán

Sección de Cirugía, Servicio de Cirugía General  
"José María Barrionuevo", Hospital San Juan de Dios  
de San José

La extrofia de la vejiga urinaria es una malformación congénita en la cual el órgano se abre directamente en la pared anterior del abdomen, dejando constantemente escapar orina, que produce molestias al paciente a causa del olor y la humedad que produce. El defecto se acompaña de eversión del órgano, quedando la mucosa al descubierto, en donde se pueden ver los orificios ureterales por los cuales sale intermitentemente la orina. Lo mismo ocurre con el cuello de la vejiga y la uretra en toda su extensión, que se abren y exponen su mucosa. El defecto congénito descrito se acompaña además de diastasis de los músculos rectos del abdomen hacia abajo del ombligo; separación amplia de los huesos púbicos, lo cual dará al paciente una marcha característica e inestable y finalmente, en el varón, presencia de epispadias. Por la constante exposición de la mucosa, ésta se irrita y puede infectarse, con el consiguiente trastorno para la salud del niño.

### Tratamiento:

Se han abandonado los tratamientos antiguos que consistían en reparar y restituir la vejiga a la cavidad abdominal así como también extirparla y fijar los uréteres a la pared.

Actualmente el tratamiento de elección consiste en anastomosar los dos uréteres al colon sigmoide (urétero-sigmoidostomía), en uno o en dos tiempos. En un tercer tiempo se hace la plastia abdominal, eliminando la vejiga y reconstruyendo la pared abdominal y el epispadias en el hombre o la vagina en la mujer.

### Estudio y tratamiento quirúrgico de nuestro caso:

I. A. R., caso N° 14389, niña blanca de quince días de edad, ingresó en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital San Juan de Dios el 1º de agosto de 1949 con el diagnóstico de extrofia de la vejiga urinaria. Al examen se ve que la niña es robusta, bien nutrida (alimentación maternal). Presenta, en la región hipogástrica una masa carno-

sa abultada, rojiza, húmeda, de cinco centímetros de diámetro. A ambos lados de la línea media, en su porción central y separados como a dos centímetros el uno del otro, se aprecian dos orificios ureterales, puntiformes, por donde manan, intermitentemente, los orines. La extrofia en cuestión se continúa con la uretra, que está abierta, al igual que la vagina en su pared anterior.

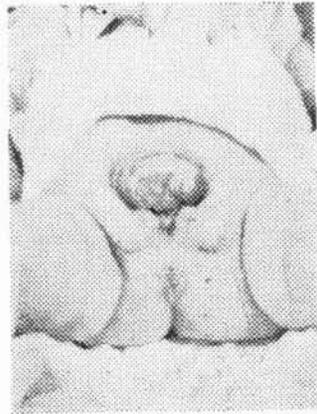


Fig. 1.—Paciente a su ingreso al Hospital.



Fig. 2.—Después de operado.

Los grandes labios, muy separados, dejan ver la vagina, la cual no tiene pared anterior y en su parte superior está el cuello uterino, ligeramente cubierto, hacia adelante, por el borde inferior de la extrofia. Los huesos púbicos están muy separados el uno del otro, lo cual se observa también en la radiografía.

Los exámenes de rutina dan el siguiente resultado: Hg 16 Gm%; eritrocitos: 4.220.00; leucocitos: 16.600; neutrófilos: 39%; linfocitos: 50%; monocitos: 1%; eosinófilos: 10%. Tiempo de coagulación: 6 minutos. Tiempo de sangrado: 30 segundos. Grupo sanguíneo: 4º de Moss.

Como tratamiento preoperatorio se administra vitamina K por la vía intramuscular y se practica un enema diario para limpiar el cólon.

La operación se practica el 15 de agosto de 1949, bajo anestesia de éter. Incisión transrectal oblicua derecha. Se identifica el uréter derecho con la ayuda de un catéter ureteral introducido por el orificio

correspondiente en la extrofia. Se practica urétero-sigmoidostomía derecha, extraperitonealizando luego el sitio de la anastomosis. La paciente recuperó muy bien de esta operación y a las cuarenta y ocho horas se observó que eliminaba orina por el recto.

El segundo tiempo operatorio se realizó dos semanas después, (19 de setiembre de 1949). Se practicó la uréterosigmoidostomía izquierda, dando una transfusión de sangre durante la operación. La niña continuó eliminando orina por el recto, al principio mezclada con materias fecales, a manera de diarrea, pero después de tres semanas se estableció un ritmo en que independientemente la paciente deponía excremento u orina.

La plástica de la extrofia propiamente y de la vagina se realizó en dos operaciones, el 18 de noviembre de 1949 y el 9 de febrero de 1950. Se practicó una incisión a lo largo de los labios mayores, en la línea cutáneo mucosa y se extendió la misma al abdomen, a lo largo del borde de la extrofia, a ambos lados, uniéndose en el borde superior del defecto y continuándose en la línea media abdominal hacia arriba. Se forman dos colgajos de piel y de tejido celular los que se aproximan y suturan el uno al otro delante de la vejiga cubriendo esta última. El borde inferior de la extrofia se aprovecha como pared anterior vaginal. Finalmente se aproximan y suturan los extremos superiores de ambos labios mayores. La paciente dejó el hospital varios días después en magnificas condiciones.

#### Sumario y conclusiones:

Se presenta un caso de extrofia clásica de la vejiga urinaria y se describe la técnica empleada en su reparación, consistente en tres tiempos, los dos primeros para realizar la urétero-sigmoidostomía y el tercero para hacer la plastia abdómino-vaginal. en el caso que se presenta, la vejiga extrofiada no se extirpó y su borde inferior se utilizó para formar la pared anterior de la vagina.

*Christopher, Frederick., A Textbook of Surgery. By American Authors, 4th Ed, W. B. Saunders Co. 1945.*

*Loyd, William Surgical Pathology, 5th Edition W. B. Saunders Co. 1942.*

*Loyd, William, A. Text-Book of Pathology, 4th Ed. Lea and Febiger. 1943.*

*Counseller, Virgil S. Surg. Gyn and Obstetrics, Vol. 88, No 3, 1949. Página 401.*

*Ladd, William E. & Gross, Robert E., Abdominal Surgery of Infancy and Childhood, W. B. Saunders Co., Phila & London, 1941.*