

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"VALVAS CONGENITAS DE URETRA POSTERIOR"

Revisión de 22 Casos

TÉSIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala



POR

MOISES ALVAREZ PEREZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre 1967.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. CAPITULO PRIMERO

CONSIDERACIONES GENERALES

- a) Definición
- b) Historia
- c) Embriología
- d) Clasificación
- e) Sintomatología
- f) Datos de Laboratorio
- g) Diagnóstico
- h) Diagnostico Diferencial
- i) Tratamiento
- j) Pronostico

III. CAPITULO SEGUNDO

REVISION DE CASOS

IV. CAPITULO TERCERO

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

V. BIBLIOGRAFIA

CAPITULO PRIMERO

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION:

Las válvulas de uretra posterior, anomalía congénita de la uretra, pueden definirse como repliegues o redundancias de la mucosa uretral localizadas en la uretra prostática, comunmente fijas por un extremo en el verumontánum pudiendose dirigir hacia adelante de la pared uretral o hacia el cuello vesical.

En algunos casos puede ser un simple diafragma iris con una perforación en su centro y en casos raros es imperforada.

Entidad congénita causante de importante obstrucción urinaria y una de las causas más frecuentes de obstrucción uretral en niños de sexo masculino.

DATOS HISTORICOS:

Hugh Young en 1919 fue el primerrurólogo que dió los primeros datos clinicos de esta lesión, sin embargo, el

primer dato de que se tiene conocimiento fue descrito por Morgagni en el año de 1717.

Dos son las razones fundamentales por la cual existe tanto lapso de tiempo entre la primera descripción hecha de las válvulas y la descrita por Young; la primera es que la lesión obstructiva de las vías urinarias bajas en la infancia raramente ocasionan incomodidad, así como la dificultad que tienen los infantes para describir sus molestias valiéndose de sus propios medios de expresión. La segunda razón, fue la carencia de medios adecuados de diagnóstico en épocas pasadas.

Por los años siguientes a la descripción de las válvulas de uretra preconizada por Young, fue motivo de "mofa" por parte de muchos cirujanos y de incredulidad la idea de su existencia.

Una aceptación más general data de la década de 1930-40, período en que el desarrollo de aparatos espe-

ciales de endoscopia permitió la práctica de la uretrocistoscopia en infantes, habiendo tenido en sus inicios dificultades en vista de la poca habilidad y experiencia urológica para reconocer dicha anomalía.

El reconocimiento definitivo de las válvulas de uretra y sus complicaciones fue posible al desenvolvimiento reciente de la técnica de la uretrografía especialmente la uretrografía miccional, procedimiento popularizado durante la década pasada por Kjlberg en Suecia, D. Innes Willians en Inglaterra y por Burs, Waterhouse y Hamnin en Estados Unidos, lo cual, permitió conocer la alta incidencia de válvulas de uretra posterior y la variedad de secuelas causadas por la lesión obstructiva.

En el Hospital Universitario de Michigan se han reportado 51 casos, 29 de estos casos fueron reportados en 1951, haciendose notar que de los 29 casos reportados desde 1951, 20 de ellos han sido diagnos-

ticados a partir de 1962.

Poniendose énfasis, que el alto grado de incremento se ha debido a la práctica de la uretrografía miccional como procedimiento de rutina en todo niño que tenga algún problema miccional o infeccioso de vías urinarias que no responde al tratamiento conservador.

EMBRIOLOGIA:

Embriológicamente la uretra procede de dos primordios, la porción larga y estrecha del primordio vesico uretral por arriba del conducto de Wolf forma la uretra hasta el verumontánum y el utrículo comprendido ambos, y del seno urogenital debajo de esta última abertura.

La uretra femenina procede de la porción larga y estrecha del primordio vesicouretral por arriba del conducto de Wolf y carece del verumontánum y órganos asociados.

El seno urogenital comienza en las aberturas de los conductos de Wolf y de Müller y se extiende hasta la membrana urogenital o de la cloaca, que los separa de la fosa de la cloaca hacia fuera.

Hacia la quinta semana el tejido que rodea la fosa externa de la cloaca en ambos lados de la parte anterior crece y se transforma en una eminencia redondeada que es el tubérculo genital, esto es de importancia, es decir, tener en cuenta el origen bilateral del tubérculo genital, especialmente en lo que atañe a la génesis de anomalías de la uretra como epispadias, hipospadias y extrofia vesical.

El tubérculo genital aumenta rápidamente de tamaño y se diferencia en un extremo distal, que corresponde al falo y una expansión bulbosa ventral.

Conforme va creciendo el tubérculo genital, el seno urogenital se alarga más en el varón que en la mujer.

La eminencia genital presenta una hendidura en su parte inferior primer indicio de la uretra. La membrana urogenital se perfora por reabsorción y aparece el orificio del seno ventral o sea la abertura urogenital.

Por fusión de los labios de la neoformada hendidura, la membrana en la cloaca se cierra de atrás adelante, formando el tubo uretral que se abre en la vejiga por un extremo y en el meato externo por el otro.

La parte anterior del surco es la última en cerrarse lo que explica la mayor frecuencia del tipo bálamico de hipospadias.

En cuanto al origen embriológico de las válvulas de uretra es incierto, para algunos es un alargamiento o hipertrofia de algún repliegue normal de la uretra (Tolmatschew), para otros, es una persistencia de la membrana urogenital, lo cual es lo más aceptado y propuesto por Bazy. Lowsley refiere el origen de las

válvas como una anomalía en el desarrollo de los conductos de Wolf o de Müller, finalmente para Watsón como una fusión del tubo urogenital con el epitelio del techo de la uretra posterior.

CLASIFICACION:

Las válvulas de uretra posterior se les ha clasificado de acuerdo a su localización y forma, siendo la clasificación de Young la más acéptada por la mayoría de autores, puesto que es la que más se adapta a las diferentes características de las mismas.

Young clasifica las válvulas en tres tipos básicamente en relación a su localización, teniendo a su vez sub-divisiones respecto a ciertas características especiales.

TIPOS:

TIPO I

(distal de algunos autores)

... de algunas variedades de las

Tienen como característica especial que nacen de la porción distal del verumontánium, extendiéndose hacia abajo del mismo en forma de "teja", y que los bordes externos de las válvulas se adhieren a las paredes rectal, lateral y pública de la uretra conforme se extienden distalmente del verumontánium.

En este tipo de válvulas pueden existir tres variedades de acuerdo a características especiales que presentan:

- a) cuando los bordes internos de las válvulas están completamente libres (bifurcada).
- b) cuando los bordes internos de las válvulas están unidos o fusionados.
- c) cuando existe una válvula única o válvula unilateral.

TIPO II

(proximal de algunos autores)

Tienen como característica especial que las diferencias de las anteriores, que en vez de dirigirse hacia a-

bajo lo hacen hacia arriba del verumontánium hasta las caras laterales y techo de la uretra posterior apenas por fuera del esfinter externo e interno

TIPO III

Llamado de diafragma iris, válvula en forma de disco o diafragma más o menos néto, cuyo borde externo esta adherido a la circunferencia de la uretra y presentando solo pequeña abertura en su centro que impide la obstrucción urinaria completa.

De éste tipo de válvula pueden existir dos variedades:

a) que se encuentre situada por debajo del verumontánium.

b) cuando su localización es por arriba del verumontánium.

La localización de las válvulas de los tipos I y II es propiamente próstatica, mientras que las del tipo III su localización es más hacia el área de la uretra membranosa, siendo para algunos autores más

bien considerada como estenosis de uretra que como válvula.

De los tres tipos el más frecuente hallado es el tipo I, siendo los tipos II y III más raramente vistos.

Se han reportado en la literatura seis casos de válvulas localizadas en la uretra anterior, cuya localización y estructura han sido bien demostradas que quizás explican su desenvolvimiento embriológico.

Su situación ha sido reportada en la uretra péndula y proceden simétricamente de las paredes laterales de la uretra, funcionandose en la parte media en una forma que aparentan una cuerda vocal y más alla del punto de ésta fusión, forman una membrana transversa que esta distalmente fusionada al piso uretral formando al final una especie de bolsa.

El efecto obstructivo es producido por el llenamiento de la válvula, a manera de balón, dentro de la luz de la uretra durante la micción.

En la siguiente página se presenta en forma esque-

matizada los tres tipos de válvulas y variedades de las mismas, según la clasificación de Young.

SINTOMATOLOGIA:

La sintomatología de las válvulas congénitas de uretra posterior corresponden a los de una obstrucción urinaria baja, semejante a la obstrucción del adulto de origen próstático. La obstrucción es ocasionada por mecanismos de válvula de dentro hacia fuera.

La obstrucción puede catalogarse de incompleta, puesto que siempre existe emisión de orina pero en forma parcial.

La retención completa de orina como manifestación inicial es rara, de acuerdo con los informes que de esta enfermedad se han hecho.

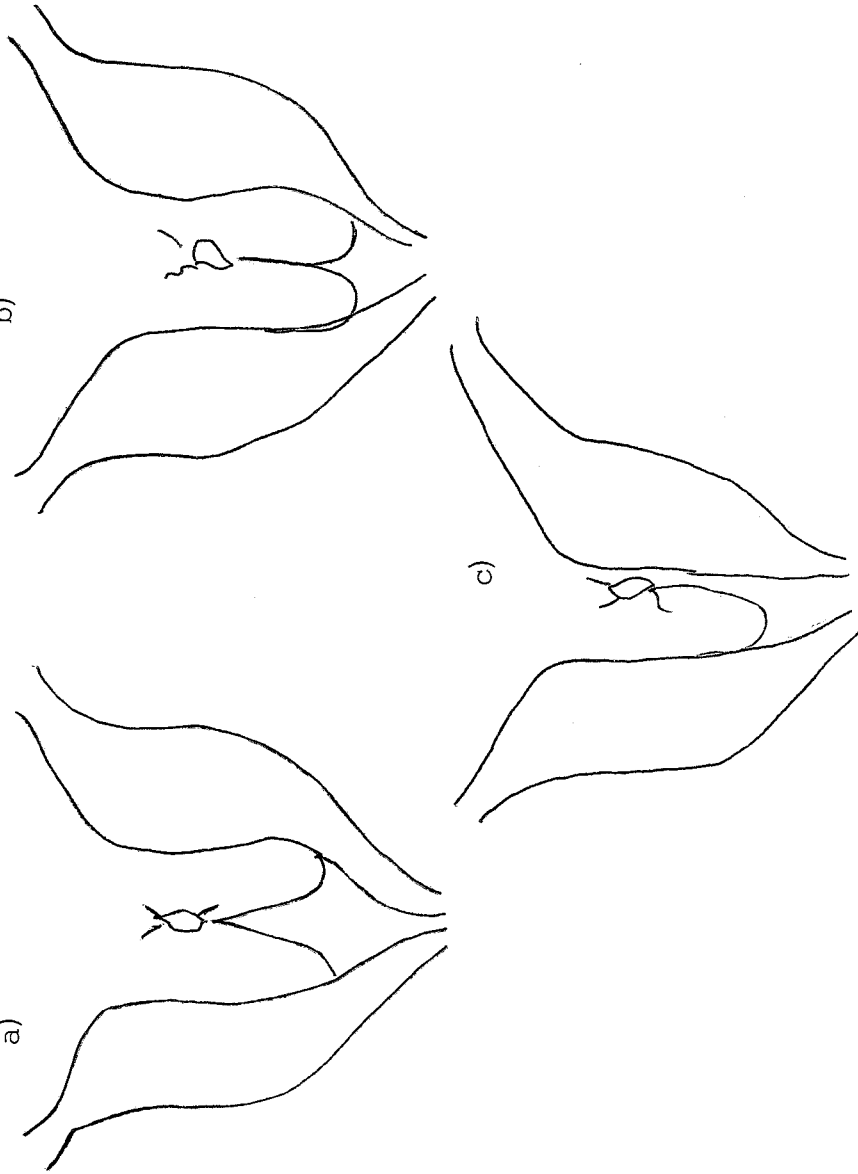
Las estructuras anatómicas por arriba de la obstrucción pueden presentar consecuentemente repercusiones a la obstrucción, causando dilatación de uretra prostatica, esfínter interno, vejiga, uréteres y riñones, dando como con-

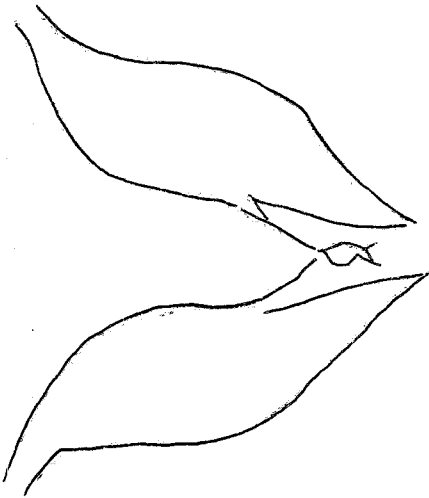
TIPO I

a)

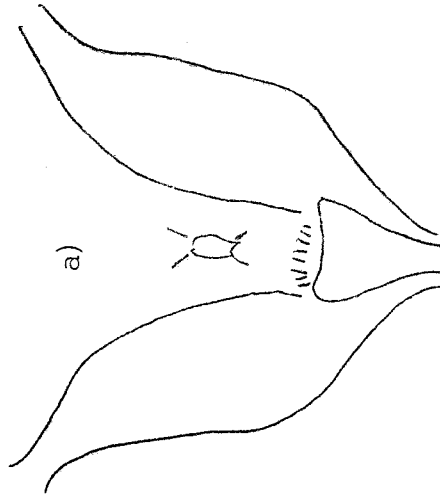
b)

c)

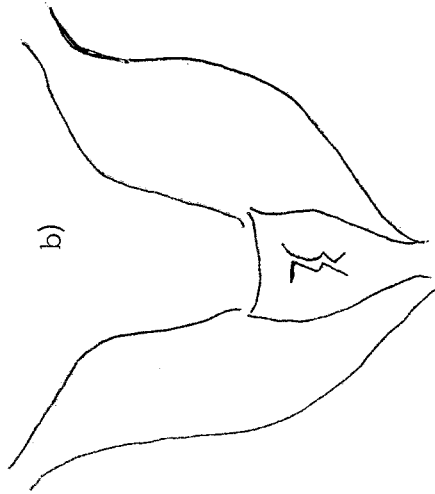




TIPO II



TIPO III



b)

secuencia de la presión retrógrada sostenida por largo tiempo de vejiga distendida, hidroureter e hidronefrosis con el daño renal secundario, que en oportunidades puede ser irreversible.

Los estados iniciales de la enfermedad pueden dar síntomas de dificultad para iniciar la micción o chorro débil de orina y enuresis como síntomas principales.

Manifestaciones de infección urinaria como lo son fiebre, disuria, etc., pueden ser vistos más tarde o en oportunidades pueden ser la primera manifestación de válvulas. Problemas de incontinencia urinaria

pueden presentarse como consecuencia de descompensación vesical.

En estados más avanzados de la enfermedad, cuando la retención de orina ha sido bastante prolongada como para causar daño renal irreversible, pueden presentarse síntomas de insuficiencia renal crónica (anorexia, pérdida de peso, anemia, vómitos etc.,).

Los hallazgos de examen físico son pocos, pudiéndose encontrar globo vesical a la palpación o percusión, puede verse chorro débil de orina o una franca dificultad para la micción cuando se le indica al niño que orine.

Si el daño renal se ha establecido pueden encontrarse niños pálidos, décaídos y en malas condiciones generales secundario a la insuficiencia renal.

DATOS DE LABORATORIO:

Diversos grados de anemia son vistos secundarios a infección urinaria crónica o estados uremicos. La

orina es usualmente infectada.

El nitrogeno de urea y la creatinina pueden estar considerablemente alterados como consecuencia del daño renal.

La prueba de la fenolsulfontaleina debe ser practicada en todo infante que se sospeche obstrucción del trácto urinario, recordando que la excreción de menos del 30% del colorante en las tres horas siguientes a la inyección del mismo, debe encontrarse explicación.

En casos de válvulas se recobran pequeñas cantidades del colorante, en parte por el deterioro de la función renal y por otra, por la deficiencia del transporte de orina.

La pielografía endovenosa puede demostrar hidronefrosis, hidroureter, vejiga distendida o trabeculada, diverticulos vesicales. Puede evidenciarse así mismo litiasis vesical secundaria al extasis

urinario crónico.

En infantes la obstrucción de larga evolución que desencadena daño renal puede causar osteitis fibrosa quística o raquitismo renal secundario, lo cual se supone es debido a hiperfostatemia que actúa como estímulo primario de la actividad de las glándulas paratiroides, aunque la insuficiencia renal puede ser debida a otra causa, en la infancia la mayoría de casos parece ser debida a obstrucción de las vías urinarias bajas, entre las cuales se encuentra las válvulas de uretra posterior.

DIAGNOSTICO:

El primer paso fundamental en el diagnóstico de valvas congénitas de uretra posterior es tener siempre en mente la posibilidad de su existencia y recordar que en los niños son causa frecuente de obstrucción urinaria baja.-

Se complementa el diagnóstico con los datos de interrogatorio, hallazgos de examen físico y laboratorio explicados en el capítulo precedente.

El diagnóstico definitivo se hace en base a tres exámenes urológicos fundamentales: El pielograma I.V., la uretrocistografía y la uretrocistoscopia, los cuales deben de ser practicados en todo infante en que se sospeche la presencia de válvulas.

En lo referente al uretrocistograma, debe tenerse siempre en cuenta de practicarlo con técnica adecuada, ya que como se expuso en el capítulo de historia el uretrocistograma miccional ha sido el examen que más ha contribuido para un diagnóstico más preciso de válvulas de uretra posterior.

El uretrocistograma miccional puede hacerse con el método del intensificador de imágenes por cinema o bien por la toma corriente de rayos X en forma rápida, usando un concentrador de rayos (spot).

Se prefiere esta última técnica en vista de que las radiografías son obtenidas con imágenes más definidas, lo cual demuestra detalles más preciso de las válvulas.

TECNICA DE LA URETROGRAFIA MICCIONAL

Dos son los métodos que se han utilizado en la administración del medio de contraste, el primero de ellos esta en conexión con el pielograma endovenoso preliminar, el cual, debe ser practicado en todo estudio urológico que se haga.

Primer Método:

Basado en que si el niño presenta cierto grado de deshidratación y con una función renal normal, al inyectarle una dosis grande de medio de contraste por vía I.V., este es suficientemente concentrado en las vías urinarias como para ser claramente visibles en una radiografía de la vejiga o uretra al momento de la micción.

El estado de deshidratación puede ser facilmente obtenido con ayuno de 12 a 24 horas.

Cuando los niños son ya de cierta edad como para prestar buena colaboración, las radiografías se

pueden tomar cuando sientan sensación de llenura vesical o tengan necesidad de orinar. En esta forma pueden obtenerse uretrogramas miccionales de buena calidad, de manera que la cateterización que requiere el método retrógrado es evitada.

Segundo Método:

Con esta técnica o método retrogrado, el medio de contraste se inyecta dentro de la vejiga a través de un cateter uretral, el cual debe tenerse introducido por cierto tiempo (unos treinta a cuarenta y cinco minutos) con el fin que el paciente se acostumbre a él.

El medio de contraste se inyecta por medio de una jeringa hasta que ocurra sensación de llenura vesical y luego el cateter es retirado con el niño colocado frente al aparato de rayos X y de pie, tomándose de inmediato al momento de la micción, las radiografías correspondientes en diferentes posiciones (antero pos-

teriores y oblicuas).

Cuando el niño presta poca colaboración o son de poca edad, es recomendable darles anestesia ligera, colocando al niño sobre la mesa de rayos X bien sujetos, tomándose radiografías en proyecciones oblicuas durante la micción.

En algunos niños el medio de contraste puede inyectarse a través de una sonda de pequeño calibre hasta que la vejiga esté destendida, y cuando una contracción de la misma causa inicio de la micción alrededor de la sonda, ésta debe ser retirada rapidamente para que la micción continúe y poder tomar así las radiografías respectivas.

Las imágenes radiológicas que caracterizan a la obstrucción por válvulas en los uretrogramas miccionales es una dilatación de la uretra por arriba del punto de obstrucción, y es en éste punto donde ordinariamente es visible un defecto de llenado que identifica la obstrucción por válvulas.

El grado de dilatación uretral observado es muy variable y parece depender de varios factores como son el grado de obstrucción y de la extensión de la descompensación vesical.

En los casos en que la obstrucción sea debida a válvulas situadas distalmente a la uretra próstatica la dilatación uretral es proximal y la lesión obstructiva puede verse claramente en el uretrograma.

El diagnóstico diferencial entre la obstrucción ocasionada por contractura del cuello vesical se hace por uretrocistograma y uretrocistoscopia.

El estudio radiológico del cuello vesical es usualmente fácil de distinguir el uretrocistograma de válvulas de uretra, en vista que el cuello vesical es visiblemente más pequeño que el normal y además porque no presenta dilatación prostática más alla del punto de obstrucción.

El mayor punto de confusión se presenta en aquellos casos en que existe un moderado grado de dilatación en la uretra próstatica más alla del.....

punto de obstrucción asociado a una elevación vesical.

El diagnostico final de válvulas de uretra posterior se hace por medio de la endoscopia. Esta se practica bajo anestesia general usando endoscopio especial para niños, siendo el más corrientemente usado el del tipo McCarthy, recordandose siempre estar familiarizado con su manejo, ya que el reconocimiento de estas lesiones requieren bastante habilidad pues a menudo es bastante difícil de observarlas.

Cuando el niño es muy pequeño o la uretra presenta igual condición que no permite el uso del endoscopio, se ha recomendado la práctica de la uretrotomía perineal para confirmar diagnostico y practicar la resección de las válvulas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnostico diferencial de las válvulas de

uretra se hace con toda anomalía de la uretra de tipo congénito , pero principalmente con tres de ellas.

La primera es con la hipertrofia congénita del verumontánium, cuyo diagnostico se hace principalmente por uretroscopia, debiendose recordar que el verumontánium hipertrofico en ocasiones produce un defecto de llenado facilmente perceptible en el uretrograma, el cual es muy similar al que se encuentra en el uretrograma de las válvulas.

La segunda anomalía congénita de diagnostico diferencial, es con la contractura congénita del cuello vesical, cuyo diagnostico diferencial se hace endoscopica y radiologicamente.

La tercera anomalía es con la estenosis uretral congénita, que es más frecuente vista en mujeres y su diagnostico se hace por uretrografía y endoscopia.

Secundariamente se hace diagnostico diferencial

con quistes congénitos del meato uretral externo, conductos uretrales accesorios, quistes uretrales del resto de la uretra, estenosis del meato, fimosis, meato puntiforme, uretra doble, divertículos uretrales, epispadias e hipospadias, cloaca persistente, divertículo vesical congénito, redundancia de la mucosa del trigono y enfermedad neuromuscular congénita de la vejiga.

Tanto estas últimas entidades congénitas como las anteriormente mencionadas, dan sintomatología de obstrucción baja a semejanza de la expuesta por las válvulas.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de las válvulas de uretra posterior se puede dividir en dos partes: Médico y Quirúrgico.

El tratamiento médico esta encaminado a tratar las molestias secundarias a la obstrucción como

lo son infecciones urinarias, insuficiencia renal, anémia etc.-

Luego en lo que al tratamiento quirurgico se refiere, el cual esta dirigido a quitar la causa obstructiva o ~~primaria~~ de la enfermedad, la mayoría de autores recomiendan la extirpación de las válvulas por resección transuretral por medio de la electrosección.

Pueden así mismo removerse por vía retro o suprapúbica y por uretrotomía perineal, pero el empleo de este último procedimiento se ha usado más que todo cuando la endoscopia no puede ser practicada por las causas expuestas anteriormente. En estos casos el diagnostico radiológico debe ser preciso para demostrar las válvulas.

Siempre es dejada sonda vesical permanente por espacio de cinco a siete días y al retirarla debe de practicarse medición de residuo urinario.

Uretrogramas de control en el post-operatorio

son siempre recomendables, con el fin de ver la respuesta al tratamiento.

Puede decirse que se ha practicado un buen tratamiento, si se logra restablecer el flujo urinario a la normalidad, desaparecen los síntomas de obstrucción urinaria y si se mantiene esteril la orina cuando previamente a habido infección.

Por último y a título de tratamiento preventivo,, debe instruirse a las madres para que observen los hábitos urinarios de sus hijos y consultar prontamente cuando noten cualquier anormalidad.

PRONOSTICO:

El pronóstico de la enfermedad depende principalmente del daño renal que halla podido causar el proceso obstructivo, siendo de mal pronóstico si la afección renal es ya irreversible. Los problemas de infección ceden al quitar la obstrucción asociado a un buen tratamiento de antibioticos.

CAPITULO SEGUNDO

REVISION DE CASOS

Desde la creación de la sección de Urología del Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, se han reportado hasta la presente fecha 22 casos de válvulas congénitas de uretra posterior, los cuales se han estudiado dentro de las limitaciones de investigación con que cuentan nuestros hospitales.

Dichos casos fueron analizados en sus diferentes aspectos principalmente en lo que respecta a diagnóstico, tratamiento y resultados de los mismos, para hacer así las recomendaciones del caso.

En los 22 casos reportados, no fue referido ningún antecedente de carácter familiar o hereditario relacionado con la enfermedad, ni tampoco ningún antecedente obstétrico de importancia de la madre durante el embarazo o parto.

No se encontro así mismo diferencia de razas y la

procedencia de los pacientes no tuvo características especiales, haciéndose notar unicamente, que la mayoría de ellos eran originarios de este capital, pero sin embargo, se reportaron casos provenientes de diferentes partes de la república.

Esta incidencia mayor es facilmente explicable, por las mejores condiciones hospitalarias que se encuentran en la capital, lo cual hace buscar más a las madres atención médica para sus niños.

EDAD:

La edad de los casos reportados ha oscilado entre un año de edad el más pequeño y veintiocho años el mayor, pudiendose resumir la incidencia por edad de la manera siguiente:

de 0	a	10 años	=	14 casos
"	10	" 20 "	=	7 casos
"	20	" 30 "	=	1 caso.

SINTOMATOLOGIA:

La sintomatología referida en estos pacientes como el lógico suponer, fue de carácter urinario y secundariamente de enfermedades sobre agregadas.

SINTOMAS	No. DE CASOS REPORTADO
Disuria	22
Polaquiuria	22
Nicturia	22
Estranguria	22
Fiebre	22
Hematuria	10
Retención urinaria crónica	5
Retención urinaria aguda	2
Incontinencia Urinaria	2
Dolor Abdominal	2
Masa abdominal (hipogastrio)	2
Enuresis	1

Enfermedades sobre agregadas

Fimosis	10
Orquitis derecha	1
Convulsiones	1

En casi la mitad de los pacientes se reporto malas condiciones generales de los mismos por diversas causas (desnutrición, diarrea, D.H.E., etc.,).

HALLAZGOS DE LABORATORIO

EXAMEN	No. de casos en que se practicó	Normal	Anormal
HEMOGLOBINA	22	14	anemia en 8 casos. menos 10 gr.
ORINA	22	2	Leucositos Eritrocitos Bacterias. En 20 de los casos.
NITROGENO DE UREA	12	12	-
CREATININA	12	12	-
UROCULTIVO	18	8	Positivos 10 E. Coli 9 Grupo para Colon 1

EXAMENES RADIOLOGICOS:

PIELOGRAMA I. V.

Pielografía endovenosa fue practicada en 21 de los 22 casos, siendo los hallazgos los siguientes:

Pielograma normal	14 casos
Hidroureter e hidronefrosis	7 casos
Litiasis vesical	10 casos
Distensión vesical	6 casos

URETROCISTOGRAMA:

Uretrocistograma fue practicado en diez y siete de los pacientes, a diez de ellos se les practicó dicho examen empleando técnica corriente para inyectar el medio de contraste a través de un cateter uretral, en seis se hizo énfasis en la toma del uretrocistograma miccional y en un caso se hizo uso de la técnica de inyectar el medio de contraste por vía I. V.-

A los cuatro pacientes restantes no se les practicó dicho examen por dificultades de índole técnica.

Los informes radiológicos de estos exámenes fueron dados de la manera siguiente: en seis pacientes se sospecho la presencia de válvulas, en ocho según los informes, no habían características radiológicas que evidenciaran la presencia de válvulas y solamente en tres casos se indicó categóricamente la existencia de válvulas.

Es de hacerse notar que la mayoría de casos en donde se sospechó o se indicó la presencia de válvulas, los estudios radiológicos fueron hechos con la técnica miccional.

Sin embargo, esto nos demuestra que con los primeros estudios radiológicos practicados, era muy difícil hacer diagnóstico de válvulas de uretra posterior por radiología, debido más que todo al empleo de una técnica inadecuada. A pesar de ello, esta

contingencia ha ido siendo superada en los últimos años, gracias al empleo de técnicas adecuadas y entrenamiento de personal idóneo.

URETROCISTOSCOPIA:

El diagnóstico definitivo de los veinte y dos casos reportados se hizo por uretrocistoscopia, procedimiento endoscópico que ha sido practicado con tres tipos de aparatos, el de Campbell, el de Butterfield y el McCarthy adaptandolos a cada caso. Del que más uso se ha hecho es del tercero de los mencionados.

Los tres tipos de válvulas encontrados de acuerdo a la clasificación de Young, fue la siguiente:

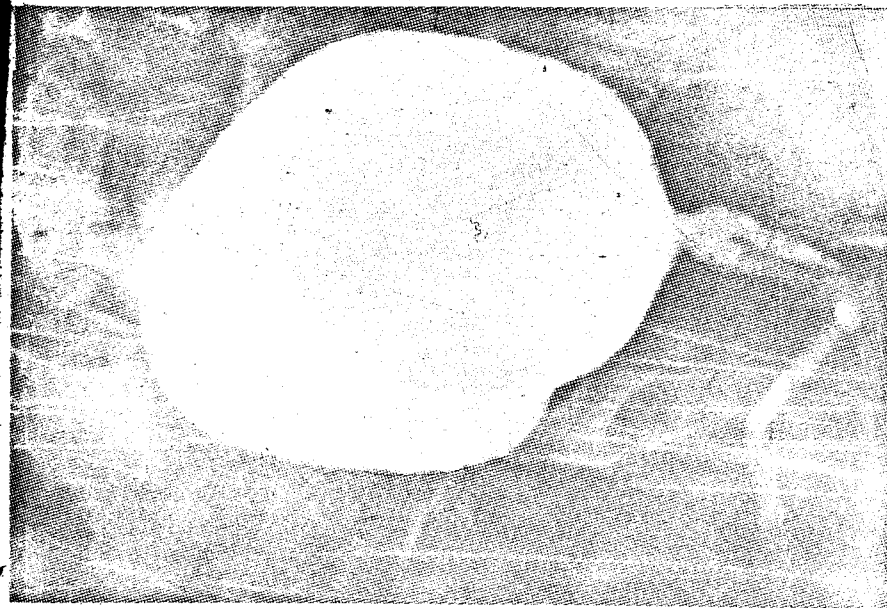


Fig. 1) Uretrocistograma miccional típico de válvulas congénitas de uretra posterior. (Archivos Radiológicos. Hospital Roosevelt.)

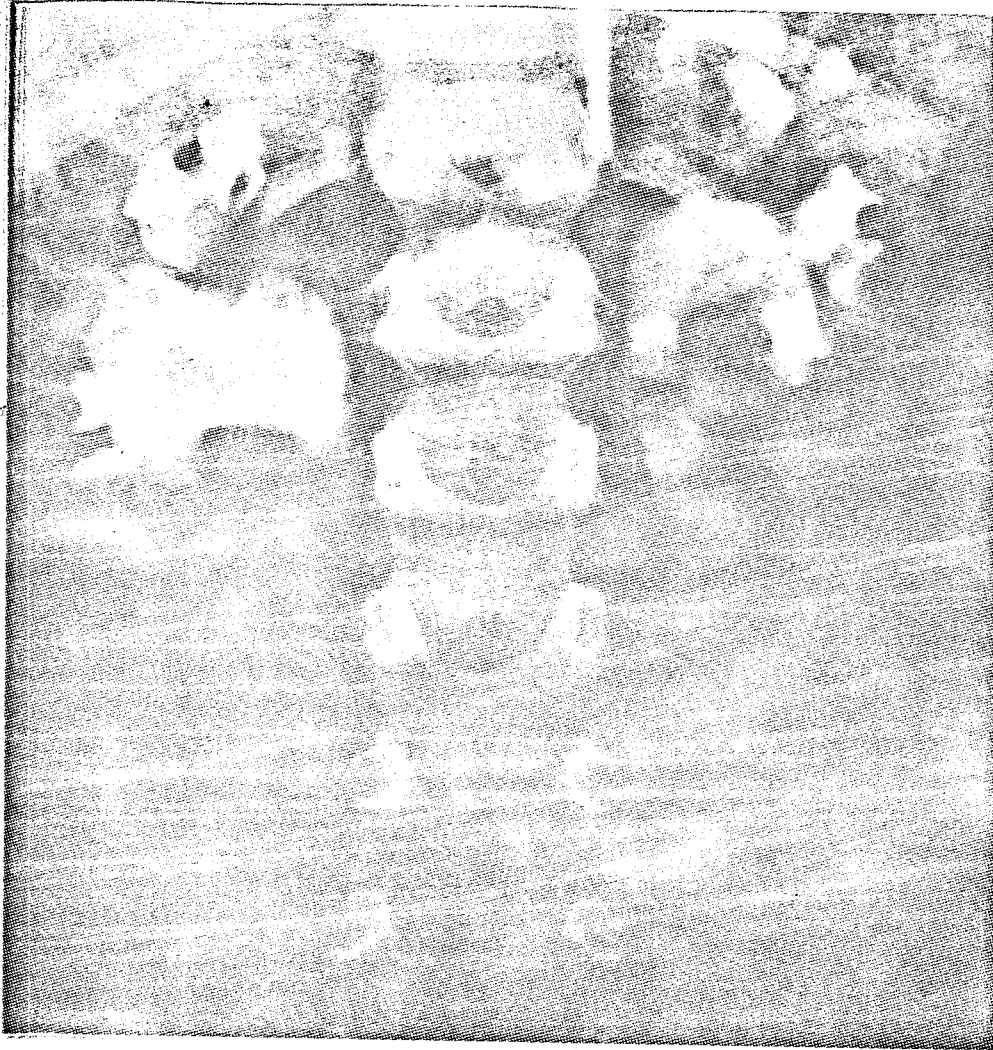


Fig. 2) Caso de Hidroureter e Hidronefrosis marcada, secundarios a la presencia de válvulas congénitas de uretra posterior Tipo I. (Archivos Radiológicos. Hospital Roosevelt).

TIPO I	=	DOCE CASOS
TIPO II	=	CUATRO CASOS
TIPO III	=	SEISIS CASOS

Esto nos indica que la incidencia de válvulas de tipo I predomina sobre los otros dos, al igual forma que las estadísticas reportadas de otros centros hospitalarios en donde se han hecho estudios al respecto. No sucediendo igual cosa con los otros dos tipos en los cuales predominó el III, siendo según los estudios hechos anteriormente, mayor la incidencia del tipo II que del tipo III, aunque en los casos del tipo III hubo cierta duda.

Por medio de la cistoscopia se comprobó así mismo, patología sobre agregada a la de las válvulas como litiasis, vejiga trábeculada, dilataciones de uretra y cuello vesical, divertículos, etc.,.

A diez de los pacientes se les practicó al efectuarseles la cistoscopia, medición de la capacidad

vesical, encontrándose normal en seis casos y aumentada en cuatro.

TRATAMIENTO:

El tratamiento efectuado en los 22 pacientes puede resumirse en la siguiente forma:

Resección de Válvas por	14 casos
-------------------------	----------

vía supra-retropúbica .

Resección de válvas por	1 " "
-------------------------	-------

vía transuretral.

Cistolitotomía sin resección de válvas.	1 "
---	-----

Tratamiento Médico	6 "
--------------------	-----

La resección de las válvas fue practicada por electrosección con cauterio de asa. El caso tratado por la vía transuretral las válvas fueron resecadas por electrofulguración.

De los 14 casos tratados por la vía supra-retropúbica, 9 presentaban litiasis vesical, siendo esta una

de las razones principales por la cual se decidió por dicha vía.

En dos de ellos se practicó así mismo, resección de cuello vesical por contractura del mismo y en otro se practicó resección de divertículo vesical.

Merece mención especial un caso que presentaba hidronefrosis e hidroureter bilateral marcada, secundaria a la presencia de válvulas del tipo I, habiéndose encontrado reflujo ureteral bilateral acentuado, razón por la cual se practicó reimplante de uréteres y posteriormente hubo necesidad de practicarse nefrostomía bilateral por haberse obstruido los ureteres reimplantados.

El paciente a quien únicamente se le practicó cistolitotomía sin resección de válvulas, se optó por ello en vista de haberse encontrado dichas válvulas bastante pequeñas, habiendosele practicado únicamente dilataciones uretrales retrógradas.

Los seis casos restantes a quienes se les dió tratamiento médico presentaban válvulas de los tres tipos (dos por tipo), habiendo consistido el tratamiento en combatir la infección urinaria que presentaban, con lo cual se obtuvo mejoría de sus síntomas, óptandose por la no resección de las válvulas.

De estos seis pacientes, cuatro fueron vistos posteriormente en consulta externa, habiendo presentado uno de ellos nuevamente infección urinaria que cedió al tratamiento médico. Los otros dos restantes no volvieron a presentarse nuevamente.

Tanto antes como después de las intervenciones se les dió tratamiento con antibioticos tipo sulfas (Gantrisin), para evitar o combatir la infección urinaria. Se mejoraron así mismo las condiciones generales de los pacientes que lo necesitaron pre-operatoriamente.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

Las complicaciones post-operatorias que presentaron estos pacientes fueron las siguientes:

Sin complicaciones post-operatorias.	9 casos
Formación de fistula vesico-cutanea.	3 casos
Infección de herida operatoria.	2 casos
Formación de absceso en el espacio. - prevesical.	1 caso

En el caso especial que se hizo mención anteriormente y a quien se le practicó reimplante de ureteres y posteriormente nefrostomía bilateral por obstrucción de los ureteres reimplantados, se le practicó más tarde nuevo reimplante de los mismos con buenos resultados.

Se hizo medición de residuo urinario luego de haberse retirado el cateter uretral en la mayoría de

los pacientes, siendo encontrado normal en casi todos, únicamente alto en uno de los pacientes, razón por la cual se le tuvo más tiempo con sonda.

ANATOMIA PATOLOGICA:

En la casi totalidad de los casos en que se practicó resección de las válvulas, fueron enviados los especímenes a examen histopatológico, siendo los informes reportados únicamente como válvulas de uretra, sin descripción histológica.

Revisados los cortos nuevamente con motivo del presente trabajo, se encontró en varios de ellos restos de mucosa uretral con epitelio transicional, rodeado de tejido conectivo y áreas de inflamación crónica.

EVOLUCION FINAL:

La evolución final de estos pacientes de acuerdo al estado de los mismos al ser vistos posteriormente en consulta externa, puede resumirse en la siguiente

forma:

Sin referir molestia alguna.	13 casos
Incontinencia urinaria y disuria durante el primer mes de operados.	2 casos
Infección urinaria.	1 caso
Urgencia y disuria en los dos meses siguientes a la operación.	1 caso
Persistencia de moderado grado de hidroureter en el pielograma I.V. de control	1 caso
No volvieron a presentarse	4 casos

Se practicó uretrocistograma de control únicamente en cuatro pacientes siendo reportados como normales.

La resección de las válvulas por vía supra-retropúbica, se ha hecho empleando una incisión tipo Pfannestiel, practicandose al tener expuesta la vejiga sección en sentido longitudinal de uretra prostá-.....

tica, cuello vesical y parte del cuerpo de la vejiga, con lo cual se exponen las válvulas y seccionan las mismas con electrosección con cauterio de asa, dejandose sonda de Foley permante evitandose en lo posible la sonda suprapúbica. Se cierra la incisión de la uretra prostática, con sutura en un plano de catgut.

CAPITULO TERCERO

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

PRIMERO: Abogamos al concluir el presente trabajo de tésis, por que al problema de válvas congénitas de uretra posterior le sea dado el crédito necesario en nuestro medio , al igual que se le ha dado en otras partes , como una entidad patológica de tipo urológico, causante de importante obstrucción urinaria baja principalmente en niños y adolescentes .

SEGUNDO: En los 22 casos reportados hasta la fecha en el Hospital Roosevelt se ha comprobado plenamente el diagnostico de válvas de uretra por endoscopia e histopatología.

TERCERO: Debe tenerse siempre en cuenta la presencia de válvas de uretra posterior, en todo niño o adolescente que presente síntomas de obstrucción urinaria baja y que no tenga antecedentes de traumatismo.

mos, exámenes endoscópicos o infecciones uretrales.

CUARTO: Deben practicarse estudios urológicos completos y con las técnicas adecuadas siguiendo un patrón de conducta, cuando se sospeche diagnóstico de válvula de uretra posterior, debiéndose insistir principalmente en los estudios especializados que estos casos requieren como la pielografía endovenosa, el uretrograma de tipo miccional y la uretrocistoscopia.

Complementarlos con los exámenes de laboratorio rutinarios sin que falte en estos pacientes aquellos exámenes que nos indiquen el estado de la función renal y la presencia de infección en las vías urinarias.

QUINTO: Practicar todos estos estudios en el lapso de tiempo necesario que requieran, con el fin de confirmar el diagnóstico de válvulas y dar así el tratamiento adecuado, para evitar el daño renal secundario.

dario que pueda degenerar en irreversible.

SEXTO: De los 22 casos reportados en el Hospital Roosevelt, en ninguno de ellos se comprobo daño renal con características de irreversible.

SEPTIMO: La elección de la vía por donde deben ser operados estos pacientes debe ser condicionada a cada paciente. Sin embargo, creemos que debe de ser usada de preferencia la vía transuretral como es recomendado por la mayoría de autores.

OCTAVO: La vía supra-retropúbica por medio de la cual han sido tratados la mayoría de pacientes reportados en el presente trabajo de tesis, se ha debido principalmente a los hallazgos que han presentado los pacientes como litiasis vesical, edad, etc., Sin embargo, por los resultados obtenidos hasta la presente fecha consideramos que es una buena vía de elección.

NOVENO: Se recomienda que en todo paciente en quien

se diagnostique válvulas de uretra posterior, se le de tratamiento quirurgico definitivo y no tratamiento médico conservador.

DECIMO: Deben practicarse los exámenes post-operatorios de control cuando se considere necesario , pero no debe dejarse de hacer principalmente la uretrografía miccional.

ONCE: Los exámenes de laboratorio, rayos X, medios de diagnostico y tratamiento estan al alcance de nuestras posibilidades hospitalarias, razón por la cual, los pacientes que presenten válvulas congénitas de uretra posterior debe de darseles la atención necesaria.

B I B L I O G R A F I A

10. BERBER, K.E.: Anomalías y malformaciones --
del aparato urinario. En: Davis, L. ed.
Tratado de Patología Quirúrgica de Cris-
topher. 6a. ed. México, Ed. Interamericana
na, 1958. pp. 827-840.-
20. CAMPBELL, M.F.: Embriología y anomalías de
las vías urogenitales. En su: Tratado --
de Urología. México, Ed. Interamericana,
1958. pp. 175-195.-
30. _____ Embriology and anomalies of
the urogenital tract. Anomalies of the --
urethra. In his: Clinical Pediatric Uro-
logy. Philadelphia, W.B. Saunders, 1951.
pp. 299-306.-
40. COLBY, F.H.: Diseases of the Male Urethra.
In his: Essential Urology. Baltimore, --
The Williams & Wilkins Co., 1953. pp. --
472-73.-
50. GUATEMALA. Hospital Roosevelt. Archivos de
Histopatología; 1960-67.-
60. _____ Hospital Roosevelt. Archivos Mé-
dicos; 1958-67.-
70. _____ Hospital Roosevelt. Archivos Ra-
diológicos; 1958-67.-
80. NELSON, W.E.: Hiperparatiroidismo renal y --
osteopatía. Tratado de Pediatría. 4a. ed.
Barcelona, Ed. Salvat Editores, 1960. --
pp. 1380-81.-
90. NESBIT, R.M. and LABARDINI, M.M.: Urethra --
valves in the child. J. Urol. , 96: 718-
722, November 1966.-

100. REULE, G.R.: and ANSELL, J.S.: Discordant - occurrence of genitourinary defects in monozygotic twins. J. Urol., 97: 1078-1081, June 1967.-
110. SMITH, D.R.: Disorders of the Penis and -- Male urethra. Posterior or prostatic -- urethral valves. In his: Gneral Urology. Los Altos California, Lange Médical Publications, 1963. pp. 324-24.-
120. SWENSON, O.: Válvas uretrales posteriores. En su: Tratado de Cirugía Pediátrica. - México, Ed. Interamericana, 1959. pp. - 531-33.-

VoBo.



Ruht R. de Amaya
Ruht R. de Amaya.
BIBLIOTECARIA.