


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

Malformaciones congénitas del aparato reproductor masculino

Los documentos depositados en el Almacén Corporativo de la Universidad Autónoma del Estado de México están disponibles en Acceso Abierto bajo licencia Creative Commons: Atribución-NoCoercial-NoDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) 1. CONGENITE MALFORMATIONSCONF FEMENINO GENITAL DISAPARATEDr. José Luis Cuevas GómezRIMF 2. Defectos congénitos (OMS)• Cualquier anomalía en el desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque se producen más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple• la mayoría requieren tratamientos de por vida o dejan los tratamientos secretos en todo momento. 3. Desarrollo gonadal• Los gonadales sólo están en el 7o año de embarazo. La manifestación de estos indiferentes gonods 1 es una pequeña dignidad longitudinal en la superficie de la cavidad elómica, a nivel de mesonefros, en la misma dirección y a ambos lados del seminterio dorsal que lo rodea mediado, intestino posterior. 4. • Estas alturas se denominan pliegues genitales o gonadal o crestas. Las células germinales primitivas aparecen endoderm de los alicates de vitelina a nivel de los alantoides, migración a las crestas genitales con mesenterio dorsal, dispuestos en forma de cordones en el mesenk subyacente sin unirse al epitelio celular que forma el pico genital. 5. • Las células germinales primordiales tienen un efecto inductor en la formación de gotas, de modo que si no vienen, no desarrollan matones, y dependiendo de la información genética de las células microbios primitivas en una dirección u otra 6. • Si usted tiene cromosomas sexuales XY, el cromosoma Y desencadena la formación de testículos. Las cuerdas celulares germinales continúan organizándose, formando una médula espinal, separada del epitelio celular por una capa de tejido conectivo llamada túnica albuginosa. Hacia el cuarto mes, el desarrollo de la médula espinal, el gylate toma la forma de una estorniba para el hilio, donde se transforman en un mealar de filamentos, red de pasillo o testículo de rete 7. • En este punto, el testículo es capaz de encontrar células germinales primitivas (formando caballos caballos caballos cuerdas en forma de herradura), células de sostenibilidad de Sertoli, y causar la diferenciación genital externa de las células intersticiales y órganos genitales leydin. 8. • El desarrollo preciso de los testículos se producirá durante la pubertad, actualmente se canalizarán los cables, la red Haller, los tubos drenados mesonefridos continuarán a través del canal Kurt, recibirá la deferente nominación del canal 9. • La diferenciación gonadal ocurre en los ovarios si hay un cromosoma XX en el sexo en las células germinales. En estos, el omurlikikell deseciala en racimos de células microbianas, el epitelio de violonchelo continúa su proliferación, formando las cuerdas celulares corticales que penetran en la mesenia, desecipin alrededor del germen cell arumuus. Las células de germinación se convertirán en células epiteliales que las rodean en células ovogoni y folícelosas. Es el siglo X. Desarrollo de conductos genitales • Canales laterales y mesonefric en la misma dirección fluyen hacia esta cavidad celéfrica craneal, que forma un tubo llamado canal paramesonerico, que termina formando un metro de intususginación paralela, crece y se mueve medialmente en la dirección del seno urogenital, entra en contacto con la transición ventral a los canales Mesonefric y se fusiona en un solo canal llamado canal uterino 11. • El canal uterino entra en contacto con la parte posterior del seno urogenital, donde se produce una pequeña elevación llamada bulto paramesonefric, o Muller. Las tres secciones también se distinguen por canales paramesonefricos: una parte del cráneo que fluye hacia el selomo, un recuento diagonal del canal mesonefrico horizontal, y una parte caudal del otro lado moviéndose hacia la línea media para combinar con estos 12. • Después de que los ovarios se formaron y cayeron, los conductos paramesonefricos se convirtieron en las dos primeras porciones y dos porciones caudales fundidas, y el canal uterino o útero se convirtió en una trompa de Falopio o uterina. 13. • A medida que los canales paramesonefridos se acercan a la línea media, combinando la pared pélvica y el útero a ambos lados del nivel pélvico y creando un pliegue cruzado de ligamentos anchos de-nominates del útero, su borde superior se encuentra en las trompas de Falopio, mientras que los ovarios están detrás de ellos, los ligamentos anchos del útero dividen la cavidad pélvica debajo del cuello y vesicle clums backgroundy. 14. • Cuando los canales paramesonefrinos entran en contacto con la parte peluda del seno urogenital, los bulbos sinovaginales se multiplican, dando lugar a una capa sólida en principio que se interpone entre el seno urogenital y el útero que los separa. El desarrollo de esta lámina sólida crea con precisión la vagina, por lo que se encuentra en el tercio superior del canal uterino de origen dual y el tercio inferior de la sinula urogenital. Hacia el quinto mes, esta capa sólida es canalizada y separada de la sinletis urogenital por una membrana delgada llamada himen. 15. Desarrollo de órganos genitales externos• A partir de la tercera semana, se forman dos bridas, llamadas pliegues de aguas residuales, alrededor de la membrana de aguas residuales (este engrosamiento es causado por la migración de las células mesenquimales fusionadas cranealmente que componen el tubérculo genital de la zona de línea primitiva). 16. • Estos engrosamientos lo hacen más pronunciado al final de las 6 semanas, dividiendo la membrana cloal en la membrana urogenital y anal del tabique urorectal, así como dividiendo los pliegues de aguas residuales en pliegues uretrales y pliegues anales. Al mismo tiempo, dos formas de dignidad alrededor de los pliegues urotrales, que luego causarán el escroto y los labios grandes femeninos en el tronco. 17. • A partir de ahora, el desarrollo de los genitales será diferente para hombres y mujeres, y la diferenciación sexual estrechamente relacionada con el ambiente hormonal que circula en el feto durante este período es un proceso que comienza desde el primer momento, durante la concepción, con el establecimiento del sexo cromosómico: El siguiente paso se establecerá 8 semanas de gestación con el desarrollo de sexo gonadal 18. • El sexo cromosómica se establece por concepción y se completa con un gameto masculino, si hay un cromosoma X, el genóip hembra zigote resultante tendrá 46XX, mientras que si los espermatozoides proporcionan el cromosoma Y, el genóip macho emgot resultante tendrá 46XY 19. • En las mujeres, los canales paramesonefrid no solo regresan, sino que se vuelven a los principales canales genitales. El desarrollo genital femenino es estimulado por el estrógeno, que proviene tanto de los ovarios fetales, la placenta y la madre. El tubérculo genital desarrolla poco y crea el clítoris, ya que el tubérculo genital no duele crecer, los pliegues umral que rodean la membrana umral no se fusionan y forman labios pequeños, rodeándolos, las dignidades genitales forman labios grandes en el siglo XX. • La membrana umral, el orificio de salida de la umrania en la parte abierta y media del clítoris, que forma el vestíbulo donde se encuentra cefalcalmente el clítoris, y la entrada de la cavidad vaginal que fluye son 21. Martínez Mora Rating? Cambios en los ovarios Cambios en el sistema reproductivo Síndromes de Kloal Cambios en los estados intersexuales de laringe, Genitales indefinidos 22. Cambios en los ovarios• La patología congénita ovárica es poco frecuente en comparación con los matones masculinos. La agenesia ovárica es una afección poco frecuente generalmente asociada con la agenesia renal, a veces acompañada de agenesia de tubos y ligamentos anchos. Normalmente, una mujer con un ingr idéntico es fértil y Normal. La agenesia con ovarios bilaterales es muy rara. 23. Cambios en el sistema reproductivo• La agenesia total uterina-vaginal, conocida como síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, es el 8o día de desarrollo embrionario. Combinaciones malformativas• Vagina y útero Tipo I Agenesia. • Tipo II. Agenesia de la vagina con útero normal. • Tipo III: El útero y la vagina normales mórvidos solo se asocian con la atreza vaginal o el himen imperforo. • Tipo IV: Vagina doble Tipo V asociada con el útero doble: Uterus o aplasia uterina primitiva asociada con vagina normal 25. Diagnóstico prenatal• Técnicas no invasivas: Cribado bioquímico cromosómico: S. Abajo: Feto de proteína alfa, Gonadotropina corónica humana, Un conjuntur estriol. • Marcadores del primer trimestre: SP-1 - Beta gratuita HCG. Exploración por ultrasonido de PAPP-A - A-UGP inhibió los defectos cromosómicos y estructurales: Ecgraphy 10-14 semanas - Ultrasonido 18-22 semanas - Ultrasonido tridimensional. • Diagnóstico prenatal de células fetales que circulan en sangre materna 26. • Técnicas invasivas: Biopsia de vilipendio korial. • Embriofetoscopia. • Amnioscentesis 27. Diagnóstico clínico • Examen físico. • Historia familiar. • Evolución del embarazo. • Historial médico dirigido. • Caryotipo. • Pruebas complementarias: Imagen (ultrasonido, tomografía computarizada)... Analítico (determinación hormonal 28. Síndromes chloal• El síndrome de Chloal consiste en una combinación perineal de vías digestivas, urinarias y genitales. Por lo general se asocia con cambios en otros niveles, como cardiovascular, riñón y sistema digestivo 29. • Tipo I: La fusión del tracto digestivo, genital y urinario en una alcantarilla común. Es la forma más compleja al mismo tiempo que la más común; Los pacientes a menudo asocian atresia anal. • Tipo II: Similar al tipo I, pero el recto vacío en la parte superior de la vagina se convierte directamente en aguas residuales. • Tipo III: Vacío ure en la parte superior de la vagina y recto en la alcantarilla (tipo opuesto II) Tipo IV: Los tres sistemas se fusionan en la parte superior de la vagina y no hay ure o recto 30. Importancia del desarrollo de anomalías del sistema genital• -Relación común con malformaciones urológicas• -Causa de infertilidad causada por dolor crónico y bloqueos 31. • CLASIFICACION DE ANOMALYS DE MULLER CANALS• Buttram y Gibbons (1979)• 1. Agenesia o hipoplasia de canales muller• A. Vaginal• B. Cervical• C.Fundica• D. Anormalidades fúngicas• E. Combinado 32. • UNICORNIO II.Utero• A.Cuerno básico• 1.Con cavidad a. Contacto; b. Fuera de comunicación• 2.No cavidad endometrial• B. Sin cuernos básicos 33. • III. Utero Didelfo• IV. UteroBicorne• A. Completo• B. Parcial• C. Arcuato 34. • V. Utero Tabicado• A. Completo (hasta OIC)• B. Parcial 35. Importancia obstétrica de las altonformaciones vaginales• •En general, un tabique longitudinal completo no causa distonía, ya que se expande satisfactoriamente. • •La es tixia del ano congénito es poco frecuente y generalmente se suaviza durante el embarazo y se expande con una presentación reducida. • •A veces puede ser necesario un tabique semental para permitir incisiones y el nacimiento cruzado. 36. Importancia obstétrica de las anomalías cervicales• Atrezi es incompatible con la fertilización. • •La estenosis generalmente disminuye durante el parto 37. La importancia obstétrica de la hipoplasia uterina agenesia• •La clase I Buttram y la agenesia Gibbons Vagina hacen que el embarazo sea casi imposible. Diferentes tipos de secciones se pueden ampliar, desplazar o cortar quirúrgicamente. • •Clase II a V Buttram y Gibbons.Crear dificultades obstétricas significativas. En general, conducen a un hemiútero que no se desvía de causas como el tormento, el embarazo externo, el embarazo de estatura primitiva, el parto prematuro, el RCIU, la condición fetal anormal, la disfunción uterina, la ruptura uterina. 38. Rendimiento reproductivo en el útero de unicornio (clase II): 14% de las anomalías• El 90% de los úteros de unicornio no pueden comunicarse. • •Predicción deficiente del embarazo. Aborto en útero pequeño o colocación del zigote en un cuello anunciado con una inundación de comunicación. • •El tamaño más pequeño explica el nacimiento prematuro, RCIU, presentación de cadera, parto disfuncional y aumento de la cesárea. • •La implantación en cuernos básicos generalmente determina que la ruptura uterina y el sangrado intraperitoneal antes de las 20 semanas pueden ser masivos y mortales. 39. Rendimiento reproductivo en mujeres con útero de Didelph (clase III): También se ha notificado que un número está acompañado de un tabique vaginal longitudinal. Esto sería un resultado global de embarazo satisfactorio del 68%. La tasa de aborto es del 30%, el parto prematuro es del 20%, la RCIU es del 10%, el parto de cadera es del 43%, la cesárea es del 82,40%. En uterino y tabicado (Clase IV y V)• •Implantación parcial o completa el aborto en el 70% de los úteros de bicorno y el 88% de los uterinos naturales, posiblemente en gran parte en el tabique avascular. Además, el parto prematuro, la presentación anormal y el parto por cesárea aumentaron. 41. Tratamiento• •Serlage: el útero de ófio puede indicarse en mujeres con útero de unicornio o biorno• •Metroplastia: Mujeres con anomalías tabikativas o bicorno y • •Resección sección 42. Gracias