

# AGENESIA VAGINAL EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA LIMA - PERU

*Drs., Rene Akantara Ascón, Víctor Díaz Human*

## RESUMEN

*Se estudia 12 pacientes con agenesia vaginal, atendidos entre Abril de 1970 a Marzo de 1988, con el propósito de presentar su incidencia, manejo y complicaciones.*

*Se encontró un caso por cada 3,311 hospitalizaciones. La agenesia vaginal como hallazgo único la tuvieron 4 mujeres, en las otras 8 hubo además utero rudimentario (3 casos), agenesia uterina (2 casos), feminización testicular (1 caso), ptosis renal bilateral (1 caso) y bifidez ureteral (1 caso).*

*Las técnicas de vaginasplastia fueron las de Wharton (5 casos) y de Mc Indoe (3 casos).*

*No existió complicaciones en 3 pacientes, mientras que las 5 restantes presentaron estenosis vaginal, infección vaginal (1 caso) hemorragia (1 caso), infección urinaria (1 caso) e incisión del fondo de saco de Douglas (1 caso).*

*Se reoperó 4 mujeres con estrechez vaginal, con resultado final satisfactorio.*

## SUMMARY

*We review 12 cases of vaginal agenesis attended between April 1970 and March 1988. Incidence was one case for every 3311 hospitalizations.*

*Four women had vaginal agenesis as only finding; other eight had also rudimentary uterus (3 cases), uterine agenesis (2 cases), testicular feminization (one case), bilateral renal ptosis (one case) and double ureter (one case).*

*Vaginal surgical techniques were those of Wharton (5 cases) and Mc Indoe (3 cases).*

*Three patients had no complications. The other five had vaginal stenosis and vaginal infection (one case), hemorrhage (one case), urinary tract infection (one case) and incision of Douglas cul-de-sac (one case).*

*Four women with vaginal stenosis had a second surgical intervention, with satisfactory results.*

## INTRODUCCION

La interrupción o detenimiento del desarrollo de los conductos mesonéfricos y paramesonéfricos dan como resultado malformaciones utero-vaginales (1, 2) que podrían repercutir en la función sexual y en la fecundidad de una mujer.

La aplasia del conducto de Müller origina la ausencia de trompas, útero, y los 2/3 superiores de vagina (3).

La ausencia congénita de vagina fue descrita en 1572 por Realdus Columbus, citado por Evans (4), y, en 1817, Dupuytren creó una vagina artificial para corregir el defecto mediante la cirugía (5), pero su paciente falleció por peritonitis (4).

A través de los años, numerosas técnicas ingeniosas se ha utilizado para tratar la agenesia vaginal (4, 5, 6).

El propósito de este trabajo es la de presentar la incidencia, el manejo y las complicaciones de la agenesia vaginal, en los últimos 18 años en nuestro hospital.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudia las pacientes egresadas del departamento de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza con el diagnóstico de Agenesia vaginal, en el periodo comprendido entre Abril de 1970 y Marzo de 1988, cuyos datos están registrados en el archivo de estadística del nosocomio.

Se investiga la incidencia, la preparación pre-operatoria, el tipo de operación realizada, el cuidado post-operatorio y las complicaciones de los procedimientos efectuados.

Se distribuyó los casos en 2 grupos, uno con agenesia vaginal solamente y otro en el que se añade alguna otra malformación genito-urinaria.

Como tratamiento definitivo las mujeres fueron sometidas a vaginoplastia.

Para las intervenciones quirúrgicas se utilizaron moldes de acrílico de 10 y 12 cm. de longitud, cubriéndolos con un preservativo, para las operaciones de Wharton y con un injerto de piel abdominal o de muslo para los procedimientos de Mc Indoe. Se utilizó en 7 pacientes antibióticos, después del acto operatorio. Este reporte incluye un caso de feminización testicular.

## RESULTADOS

Los resultados son expresados en Tablas, siguiendo métodos convencionales. Se observa que se presentó un caso por cada 3,311 hospitalizaciones (Tabla No. 1) edades 14 y 21 años (Tabla No. 2) y 4 casos de agenesia vaginal para (Tabla No. 3) las anomalías asociadas se presentan en la (Tabla No. 4), los procedimientos empleados en la (Tabla No. 5) y las complicaciones en la (Tabla No. 6).

TABLA No. 1

## INCIDENCIA

PACIENTES	No. CASOS
Hospitalizadas	39,738
Con Agenesia Vaginal	12

(\*) Hospital A. Loayza - Lima - Perú.

INCIDENCIA: 1/3,311

TABLA No. 2

## EDAD

EDAD (AÑOS)	No. CASOS
15	2
15 - 20	9
20	1

TABLA No. 3

## DISTRIBUCION DE PACIENTES

PACIENTES	No. CASOS
Con Agenesia Vaginal Pura	4
Con Agenesia Vaginal y Malformaciones Genito-Urinarías	8

TABLA No. 4

## OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS ASOCIADAS

ALT. CONGEN. ASOCIADAS	No. CASOS
Genitales	2
Agnesia Uterina	3
Utero Rudimentario	3
Feminización Testicular	1
TRACTO URINARIO	
- Ptosis Renal Bilateral	1
- Bifidez Uretral	1

TABLA No. 5

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

PROCEDIMIENTO	No. CASOS
Wharton	5
Mc Indoe	3
No fueron tratados	4

TABLA No. 6

## COMPLICACIONES EN LOS 8 CASOS OPERADOS

COMPLICACIONES	No. CASOS
Ninguna	3
Estenosis Vaginal	5
Infección Vaginal	1
Hemorragia	1
Infección Urinaria	1
Incisión Fondo Saco Douglas	1

## COMENTARIO

## I. INCIDENCIA

La incidencia de agenesia vaginal nos reveló 1 caso por cada 3,311 pacientes hospitalizados (Tabla No. 1) para Evans (4) representó 1 de cada 1,418 admisiones en 10 años en el Hutzel Hospital, mientras que en la Clínica Mayo ocurrió en uno de cada 4,000 pacientes (7). Jackson (8) reporta 1 de cada 5,000. Otros estudios citados por Evans (4) revelan una variación de 1 en 5,000 a 1 en 20,000 pacientes. Estas amplias variaciones son debidas a las migraciones o a que su tratamiento quirúrgico no se efectúa en hospitales pequeños (4). Muchas de las mujeres provenientes de poblaciones alejadas no acuden a los centros Hospitalarios, ya sea por la situación geográfica donde viven o por lo precario de su situación económica. Tal es así que de los casos tratados por nosotros, solo 2 (16.6%) provenían de la sierra peruana; asimismo pacientes con mayores recursos económicos tal vez son tratadas en clínicas particulares.

## II. EDAD Y SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL

Las edades fluctúan entre 14 y 21 años con un promedio de 18 años (Tabla No. 2); para Page (5) sus casos tratados en 8 años oscilaban entre 16 y 37 años con un promedio de 23 años.

Estos hallazgos son explicable ya que la principal molestia que las hacía acudir a la consulta era la ausencia de menstruación (100% de casos) acompañado de dolor y tumoración abdominal (50% de casos). Nuestras pacientes eran algo más jóvenes que las reportadas por Page (5).

### III. ESTADO CIVIL

La mayoría de las mujeres eran solteras (10 casos), una era casada y otra era conviviente; estas dos últimas acudieron a la consulta principalmente por dispaurenia, acontecimiento que también ha sido mencionado por Capraro (6).

### IV. DISTRIBUCION DE PACIENTES

Hubo 4 casos con solo agenesia vaginal y los otros 8 tuvieron otras malformaciones asociadas, que correspondieron a 2 casos de agenesia uterina, 3 con utero rudimentario, 1 con ptosis renal bilateral, y 1 con bifidez uretral (Tabla No. 3 y 4). Estos hallazgos nos recuerdan el origen embriológico del aparato genital femenino (3).

Los pocos casos de agenesia vaginal total pura resultan de una falla en la formación de la placa vaginal (4).

Desafortunadamente solo fueron tratadas 8 pacientes, ya que las otras 4 no aceptaron el procedimiento quirúrgico, a pesar de haber sido debidamente estudiadas.

### DIAGNOSTICO

Podemos sospechar en agenesia vaginal cuando pacientes entre los 13 y 19 años se presentan con amenorrea primaria y en algunos casos con dispaurenia (6).

Si existiera endometrio funcional encontraríamos una tumoración abdominal dolorosa que correspondería a un hematometra o a un colpohematometra.

Al examen encontramos normalidad en la vulva, labios mayores y menores, uretra y clitoris, pero hallamos una depresión de 1 a 3 cm. sin canal vaginal adicional. Esta depresión proviene del seno urogenital al igual que las estructuras mencionadas anteriormente (6).

Es imprescindible realizar un tacto rectal para determinar la presencia o ausencia de órganos genitales internos.

Por otro lado existen algunas entidades que nos pueden hacer confundir con agenesia vaginal, y éstas incluyen himen imperforado o microperforado (9), adherencias de labios menores (10) y fusión labioescrotal, como es visto en el síndrome adrenogenital y otras formas de intersexualidad (6). Si el himen es imperforado puede notarse un pequeño bulto debido al mucocolpos, o a un hematocolpos si esta en la pubertad.

Otra manera de confirmar la presencia de vagina es insertando un cateter lubricado en el supuesto canal vaginal, o también cogiendo los labios mayores con los 2 primeros dedos de ambas manos traccionándolos hacia delante y hacia fuera, ensanchando el orificio himeneal y poder así observar el canal vaginal por lo menos en su porción inferior (6). La vaginoscopia no ha sido utilizada como procedimiento diagnóstico.

### EVALUACION PRE-OPERATORIA

Rutinariamente se solicitó hemograma, hemoglobina, glicemia, urea, creatinina, grupo sanguíneo, factor RH, VDRL, urocultivo, radiografía de torax, riesgo quirúrgico y pruebas de coagulación.

Se realizó ginecografías pélvicas mediante retroneumoperitoneo, ecografías, así como estudios de cromatina sexual.

En algunos casos se efectúa pielografías endovenosas y radiografías de columna vertebral, advirtiéndose un caso de ptosis renal bilateral 1 con bifidez uretral, 1 con cifoscoliosis dorsal, y 1 caso con sacralización de la 5<sup>o</sup> vertebra lumbar. Para Capraro (6) las malformaciones del aparato urinario se presentaron en el 50% de su casuística. Las anomalías genitourinarias que acompañan a la agenesia vaginal han sido extensamente publicadas por otros autores (4, 5, 11, 12, 13), por lo que las pielografías debe realizarse en toda paciente con alguna alteración congénita de la vagina (5).

La laparoscopia se llevó a cabo en 8 mujeres y la laparotomía en una de ellas; este último procedimiento no es indispensable en una mujer genéticamente normal si no hay nada que sugiera un endometrio funcional (5, 6).

Antes de proceder al acto quirúrgico, las pacientes deberían haber expresado su cooperación con el uso de los moldes en el post-operatorio, para evitar el fracaso de la terapia.

### TECNICAS DE TRATAMIENTO

Se ha descrito múltiples procedimientos para tratar la agenesia vaginal (6) (Tabla No. 5).

La operación de Wharton se efectuó en 5 mujeres y la de Mc Indoe en otras 3. Cuatro pacientes no aceptaron el acto quirúrgico y es lamentable que no hayan vuelto para su terapia respectiva. Uno de los casos sometidos a la operación de Wharton correspondió a un síndrome de feminización testicular.

Si la paciente no esta preparada psicológicamente en forma adecuada, el tratamiento no será exitoso (4, 5, 6), ya que su colaboración, así como el coito continuado, disminuyen notablemente las posibilidades de estenosis vaginal.

Es curioso el hecho que una paciente con operación de Wharton tenga agenesia sólo del 1/3 vaginal distal, y otra sometida al procedimiento de Mc Indoe tenga agenesia sólo de 2/3 inferiores vaginales. Ambas habían tenido colpohematometras y evolucionaron satisfactoriamente. La falla de cavitación en la porción vaginal inferior puede explicar los acontecimientos descritos, así como los tabiques vaginales e, incluso, el himen imperforado (4).

Los resultados obtenidos en las plastias vaginales son halagadores ya que en la actualidad 5 mujeres tienen coitos satisfactorios y 2 menstruan con normalidad. Estas últimas tienen grandes posibilidades de salir embarazadas, y ya Evans (4) ha publicado el resultado de 9 gestantes con antecedentes de agenesia vaginal tratada.

Page y Owsley (5) han adoptado ciertas modificaciones a la técnica de Mc Indoe, reportando mejores resultados y con menores complicaciones. La Rosa (14) en el Hospital Rebagliati en el Perú ha publicado plastias vaginales con el uso de asa sigmoidea con resultados favorables pareciera que el procedimiento no operatorio de Frank solamente es

satisfactorio si tiene un canal vaginal de 3 a 4 cm. (6). La dilatación perineal es un buen método, barato y no mórbido, que hace anatómicamente y funcionalmente una neovagina similar a una normal (15).

Estamos de acuerdo con Capraro (6) con respecto a que la operación debería llevarse a cabo unos meses antes del matrimonio ya que pudieran ocurrir complicaciones como infecciones o estenosis vaginales, lo que conllevaría a aplazar la boda si es que esta se presentara, aparte de los problemas conyugales que pudieran ocasionar.

#### CUIDADO POST-OPERATORIO

Una vez terminado el acto quirúrgico, la mayoría de las pacientes (7 casos) recibieron 2 gr. diarios de ampicilina durante una semana y permanecieron con el molde vaginal durante 45 días, a partir de los cuales se los extrajeron por las mañanas, para nuevamente introducirse por las noches, practicando este procedimiento por lo menos durante 3 meses; desde entonces pueden realizar su vida sexual activa alternando siempre con los moldes para evitar la estrechez vaginal correspondiente.

A la única paciente que presentó infección vaginal se le añadió 2 gr. diarios de cloramfenicol durante 12 días con lo que cedió el cuadro mórbido.

La permanencia intrahospitalaria a partir del acto operatorio fue de 30 días y sus controles luego de alta son trimestrales.

Durante sus controles se reevalúa el canal vaginal, se solicita análisis sanguíneos que incluyen hemoglobina, fórmula leucocitaria y serología; además se pide análisis de orina y cultivos de secreción vaginal. Este último no debe ser pasado por alto ya que Page (5) halló trichomonas y condilomas en sus casos tratados con vaginoplastias.

Cada vez que acuden a sus controles, se les repite la necesidad de su cooperación con el uso de los moldes y la vida sexual activa, para evitar el fracaso en el tratamiento.

#### COMPLICACIONES

Tres pacientes no tuvieron complicaciones y las cinco restantes tuvieron estenosis vaginal de diversa magnitud. De estas últimas una tuvo infección vaginal, otra hizo hemorragia post-operatoria presentando las demás infección urinaria e incisión accidental del fondo de Saco de Douglas; felizmente todas evolucionaron satisfactoriamente.

Los casos de estenosis vaginal, lamentablemente, se debieron a la poca colaboración por parte de la mujeres, quienes no utilizaban los moldes conforme se les había enseñado; más aún, una de ellas se lo había retirado, ocasionando así la estrechez vaginal correspondiente.

De los 5 casos con estenosis, 4 fueron reoperadas, con excelente evolución posterior; la otra paciente abandonó el tratamiento y no regresó más a su control.

La infección vaginal es una de las complicaciones que la puede llevar a su estrechez, y se presenta con relativa frecuencia. Al respecto, Page (5) reporta 4 de 5 casos complicados con secreción purulenta, y que fueron sometidos al

procedimiento de Mc Indoe, al igual que el caso presentado en este trabajo.

Evans (4) y Page (5) han publicado fístulas vésico-vaginales y recto-vaginales como complicaciones de las neovaginas.

En el grupo de pacientes tratadas en este nosocomio, no se ha registrado fístulas, tejido de granulación, ni mortalidad alguna, pero merece especial atención el considerarlas en toda mujer que va a ser sometida a vaginoplastia.

#### CONCLUSIONES

1. La incidencia de agenesia vaginal fue 1 por cada 3,311 pacientes hospitalizadas.
2. La agenesia vaginal se presenta, con mayor frecuencia, acompañada de malformaciones genito-urinarias.
3. Las vaginoplastias realizadas fueron las de Wharton y la de Mc Indoe.
4. La complicación más frecuente fue la estenosis vaginal.
5. Lo más importante para prevenir la estrechez vaginal es la colaboración de la paciente.

#### V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. TOAFF, M., and VELEZ, I.: Uterus communicans septus., cervix duplex, and vagina septa unilateralis atretica: A previously unreported genital malformation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 143: 965, 1982.
2. MARICONDE, J.: Malformaciones genitales que simulan intersexos. *Genética en ginecología*. Edit. Panamericana. Bs. As. 1974, pp. 179.
3. CARSON, S., and col.: Heritable aspects of uterine anomalies. II. Genetic analysis of Mullerian aplasia. *Fertil. Steril.* 40: 86, 1983.
4. EVANS, T. and col.: Vaginal malformations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141: 910, 1981.
5. PAGE, E. and OWSLEY, J.: Surgical correction of vaginal agenesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 105: 774, 1969.
6. CAPRARO, V. and GALLEGOS, M.: Vaginal agenesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 124: 98, 1976.
7. BRYAN, A., NIGRO, J., and COUNSELLER, V.: One hundred cases of congenital absence of the vagina. *Surg. Gynecol. Obstet.* 88: 79, 1949.
8. JACKSON, I.: The artificial vagina. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* 72: 336, 1965.
9. CAPRARO, V., and Col.: Microperforated hymen. A distinct clinical entity. *Obstet. Gynecol.* 44: 903, 1974.
10. CAPRARO, V., and Col.: Adhesion of labia minora. A study of 50 patients. *Obstet. Gynecol.* 39: 65, 1972.
11. MUECHLER, E.: Müllerian duct agenesis associated with renal and skeletal abnormalities. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 121: 567, 1975.
12. TURUNEN, A., and UNNERUS, C.: Spinal changes in patients with congenital aplasia of vagina. *Acta Obstet. Scand.* 46: 99, 1967.
13. CAPRANO, V., and COHEN, H.: Cytogenetic analysis of patient with developmental of the Müllerian ducts. *Obstet. Gynecol.* 33: 647, 1969.
14. LA ROSA, E., y col.: Tratamiento quirúrgico de la agenesia vaginal. Abstractos. IX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 1987. pp. 42.
15. SMITH, M.: Vaginal aplasia: Therapeutic options. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 146: 488, 1983.