

ANOMALIAS CONGENITAS DE LA VAGINA

*Dr. Samoel Soihet

RESUMEN

Después de una revisión de la literatura acerca de las anomalías congénitas de la vagina comparados con nuestros casos, se encontró una similitud porcentual. Se describen las agenesias, hipoplásias, septums transversos y longitudinales, himen, imperforado, resagos mesonefróticos y consideramos los casos de adenosis como una anomalía iatrogénica. Se menciona la sintomatología de nuestros casos y describen los métodos terapéuticos que realizamos, con una crítica analítica de nuestros resultados.

SUMMARY

A review of the literature on Congenital Anomalies of the Vagina, compared with our cases, were percentage wise similar in frequency and type. We have deal with agenesis, hypoplasia, septum: transverse and longitudinal, imperforate hymen, mesonephrotic remanent and something about "iatrogenic anomaly": vaginal adenosis. The symptomatology and the therapeutic experience are critically analyzed.

INTRODUCCION

En la escala superior de los animales y en particular la especie humana el sexo masculino o femenino estan predeterminados por mecanismos que los cromosomas traen en el mensaje genético la diferenciación sexual ocurre en la quinta o sexta semana, antes es difícil decir embríologicamente cual será el sexo.

El aparato reproductivo femenino viene en el mensaje del cromosoma X en el espermatozoide antes de fertilizar el óvulo. Las partes del aparato genital que se desarrollan a partir de la tercera semana son: las Gónadas por el conducto de Wolff de origen mesonefrótico, el conducto de Muller de origen paranefrótico, del seno urogenital y el tubérculo genital que formaran los genitales externos.

El desarrollo de la vagina ocurre por la unión del conducto de Muller con el seno urogenital. Se forma un cordón en la línea media donde el epitelio comienza a desarrollarse, reemplazando la parte caudal del canal muelleriano en su parte útero vaginal. Sin embargo, la vagina puede formarse en ausencia de útero ó cervix o estos pueden formarse en ausencia de vagina. Por lo tanto, es importante examinar bien al paciente sin vagina o mal desarrollada porque puede haber algo más en la parte superior de los genitales y que se pasaría por alto. No olvidar del aparato urinario que puede tener también anomalías.

La colección de la literatura publicada junto a la de mi experiencia, reúne un porcentual similar. Nuestros casos son:

Agenesia	6
Hipoplasia o Rudimentario	4

Septum transverso	11
Septum longitudinal (vagina doble)	23
Himen imperforado	17
Resagos mesonefróticos	29
Adenosis	3
Anomalías congénitas de la vagina	

AGENESIA

El aspecto anatómico de la vulva es perfectamente normal en la mayoría de las veces. El meato urinario puede algunas veces estar lateralizado. El vestíbulo es normal, el himen esta ausente y es un aspecto muy importante que indica que no hay vagina. No deberá confundirse con imperforación del himen.

El vestíbulo, las estructuras perineales y el meato urinario estan presentes, porque ellos tienen otro origen embriológico. Al separar los labios menores se nota una endidura central que en el examen rectal se vé que ésta permanece en el lugar y no se protuye al exterior como en la imperforación del himen.

Al examinar el periné, se nota que es corto y cuando se disecciona el espacio recto vesical se encuentra un tejido laxo conjuntivo, y si se profundiza la disección se llega al Cul de Sac y su apertura muestra la cavidad abdominal.

Los autores refieren que todos los agenesias vaginales tenían el útero hipoplásicos, así como las trompas generalmente del lado rudimentario. Un caso personal, no tenía útero ni trompas, solo unas bandas fibróticas sin

tejido muscular pero con ovarios normales. Muy pocos tienen el útero normal.

El resto de los casos tenían toda la gama, desde normal, hipoplásia o agenesia, con gonadas normales, hipoplásicas o agenesia.

Cinco de los casos de agenesia presentaban asociados anomalías del tracto urinario: un caso de riñón en herradura, una agenesia renal izquierda dos ureteres dobles bilateral y un caso riñón pélvico.

Los embriólogos creen que la patogenésis de la agenesia vaginal se deba a que la masa del epitelio formador desaparece después de atrofiarse o que la proliferación del seno no se desarrolle en el preciso momento, ó que las dos cosas ocurran simultáneamente que embriogénicamente es posible.

TRATAMIENTO

Son muy contadas las estructuras anatómicas capaces de ser reproducidas artificialmente en el cuerpo humano como lo es la vagina.

La construcción de vaginas artificiales se han venido realizando de muchas formas. Se utilizó el ileón, recto y los injertos de la piel. Otros lo hacen produciendo endiduras progresivas en el espacio vesical. Creo, según la experiencia personal que mejor es disección e injerto de piel con la aplicación de un molde de espuma plástica. El resultado es bueno y lo más sorprendente es que no hay retracción cuando se aplica buena cantidad de piel. En seis meses puede observarse la reacción estrogénica en la neo vagina.

Durante el estudio del caso, es obligatorio determinar el estado de los genitales internos. En la presencia de útero rudimentario deberá ser extraído ya que existe algo de endometrio que causará problemas en el futuro como la hematométra, por ejemplo.

Si hubiese un útero normal, nos encontramos con un dilema. Así, se intentó el injerto de cervix atrófico a la cúpula de la neo vagina, con éxito en un caso y necrosis del área anastomótica en dos casos que debieron ser histerectomizados luego. Nuestro caso que tuvo éxito, aún menstrua muy bien. No hubo reproducción. (Mastroianni, L., Soihet, S.)

HIPOPLASIA

Las hipoplasias vaginales son casos de desarrollo incompleto ya sea que solo se observa un fondo de saco ó un segmento de cordón en dirección caudal. Por lo general, se acompañan de ausencia del cervix y del cu-

erpo uterino. Deberá realizarse un buen examen y buscar otras anomalías génito urinarias. El tratamiento está en razón de lo que se encuentre de genitales.

Así por ejemplo, en casos de hipogenesia con útero presente se podrá realizar una plastía vaginal con injerto de piel y anastomosar al cervix ó segmento inferior del útero en caso de ausencia de este. (Mastroianni & Soihet).

En casos con útero bicorneo con hematométra, se hará en primer lugar por vía abdominal la reparación del útero bicorneo y luego la anastomosis de la cúpula vaginal con o sin injerto de piel.

En ausencia de útero, debe reconstruirse la vagina hipoplástica con injerto de piel que dá buenos resultados para tener una vaginal sexualmente útil. Si hay ovarios funcionantes, no hay problema, de lo contrario deberá administrarse estrógenos.

SEPTUM DE VAGINA

Algunas veces encontramos pacientes con genitales normales pero en medio de la vagina se encuentra un obstáculo total, que es el septum transverso que lo ocluye.

Existen algunas variaciones de estos septums, desde muy delgados y transparentes tabiques hasta una pared gruesa que aparenta ser el fondo de vagina corta. Pueden tener una pequeña apertura por el cual se produce el drenaje de secreciones ó la menstruación. También puede haber una estenosis muy marcada.

Estos septums son probablemente remanentes de tejidos en la unión del tercio superior de origen muelleiriano con los dos tercios inferiores originados en el seno urogenital, que proliferan formando estos tabiques.

La sintomatología de estas anomalías son variadas y se descubren tardíamente en la pubertad, ya que los genitales externos aparecen normales. Si la profundidad es corta o hay estenosis tendrán quejas con el coito. Si hay amenorrea, con dolores menstruales, síntomas de himen imperforado sin menstruación y hematocolpos, habrá problemas con la fertilidad o distocia.

La infertilidad en portadoras de septum longitudinal es debida a que una mitad de la vagina doble termina en fondo de saco ciego, área que es utilizada en el coito únicamente.

TRATAMIENTO

El tratamiento, está en relación con la extensión de la obstrucción. Así por ejemplo, si el tabique es total, se resecta y se junta una anastomosis término terminal,

resecando el tejido estenosante totalmente. Si el tabique transversal tiene una apertura y es delgada, puede hacerse secciones radiadas. Si el tabique es longitudinal, se reseca en toda su extensión, y se pone un taponamiento para el control de el sangrado y para que las superficies cruentas no se sinequien anteroposteriormente. No se debe reparar reduciendo el diametro de la vagina, puede producir dificultad en la mecánica coital. Debe tenerse sumo cuidado de no lesionar durante la resección la vejiga ó el recto y crear inadvertidamente fístulas.

El uso de prótesis vaginales en estos casos, no son necesarios excepto cuando se ha resecado con el septum parte de vagina y podría haber el riesgo de ocurrir una estenosis, permaneciendo esta prótesis hasta la cicatrización total y cobertura del epitelio vaginal en las areas cruentas.

HIMEN IMPERFORADO

El origen embriológico del himen se forma por la elevación de tres segmentos de tejidos del seno urogenital con cuyas uniones delinean el himen en forma de vestigios epiteliales sin mayor trascendencia anatómica.

El origen de la imperforación es debido a la aglutinación de dichos remanetes tisulares de manera semejante cuando se pegan las ninfas. La razón se desconoce, pero como en embriogénesis se acepta como un error de desarrollo.

La sintomatología en todos nuestros casos fueron similares. Se descubren al inicio de la pubertad. Hay " amenorrea ", hay dolores cíclicos, a veces hubo durante el examen la presencia de masa tumoral pelviana que hace pensar de primera intención en ovario tumoral ó en

útero gestante. El examen físico de la muchacha es normal con buen desarrollo de los genitales externos, así como el desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios. Pero, el examen del himen al separar los labios, se observa una formación quística azulada, que durante el examen rectal esta protruye más. También se podrá observar la presencia de una tumoración quística renitente en el espacio recto vaginal : el hematocolpos, y si es mayor el tiempo de pubertad, el útero aumentado de volumen : el hematométra.

TRATAMIENTO

El tratamiento es muy sencillo : la evacuación del contenido, realizando una excisión del tejido himeneal con el cilindro de biopsia que se utiliza en dermatología, resecando una circunferencia de un centímetro. Deberá controlarse con frecuencia para evitar que la cicatriz conglutine y oblitere la vagina.

También, recalcaré la seguridad del diagnóstico para no equivocarse con casos de agenesia vaginal.

OTRAS ANOMALIAS

La vagina puede presentar con relativa frecuencia restos muellerianos paracervicales como pequeños quistes mucinosos.

Aunque estos no causan mayores molestias, se ha reportado cambios malignos del tipo adenocarcinoma. También en las últimas tres décadas se ha descubierto areas de adenosis vaginal paramesonefrótica como resultado de la utilización en la madre de esta paciente durante la gestación la administración del dietil etil estrol (DES).*

*Reporte personal