

ANOMALIAS DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Carlos Gutiérrez, Jorge Han y René Alcántara.

RESUMEN

Se realizó un estudio de 58 pacientes con anomalías del aparato genital, vistas entre 1970 y 1984. Se registró un caso por cada 555 mujeres hospitalizadas.

Las anomalías genitales más frecuentes fueron tabique vaginal (25.90/o), himen imperforado (17.20/o), agenesia vaginal (120/o), y quiste de Gartner (120/o). También se halló agenesia uterina (8.80/o), útero bicorne (6.90/o), útero didelfo (5.20/o), hipoplasia uterina (5.20/o), útero tabicado (1.70/o), hipertrofia del cervix (1.70/o), síndrome de Rokitansky (1.70/o), y pseudohermafroditismo (1.70/o).

Como procedimientos de diagnóstico se efectuó laparotomías, laparoscopías, neumopelvigrafas, ecografías, urografías excretorias, histerosalpingografías, uretrografía, vaginografía, y estudios de cromatina sexual.

El tratamiento quirúrgico se efectuó en 44 casos. Las complicaciones post-operatorias fueron estenosis vaginal (2 casos), hemorragia vaginal (2 casos), y eventración abdominal (1 caso).

SUMMARY

This is a report of 58 patients with genital anomalies seen at our Hospital from 1970 through 1984. Incidence was one case for each 555 hospitalized women.

Genital anomalies most frequently seen were vaginal septum (25.90/o), imperforated hymen (17.20/o), vaginal agenesis (120/o) and Gartner's duct cyst (120/o). Also, uterine agenesis (8.80/o), bicornual uterus (6.90/o), uterus didelphys (5.20/o), uterine hypoplasia (5.20/o), uterine septum (1.70/o), cervix hypertrophy (1.70/o), Rokitansky syndrome (1.70/o) and pseudohermafroditism (1.70/o).

Diagnostic procedures were laparotomy, laparoscopy, pneumopelvigraphy, ultrasound, excretory urogram, hysterosalpingography, uretrography, vaginography and sexual chromatin studies.

Surgical treatment was performed in 44 cases. Post-operative complications were vaginal stenosis (2 cases), vaginal hemorrhage (2 cases) and wound disruption (1 case).

INTRODUCCION

Las anomalías congénitas del aparato genital femenino se presentan con cierta frecuencia, pero, sobre todo las dependientes del conducto de Müller, no son fáciles de hallar, y su clínica, estudio y tratamiento no son siempre fáciles (1).

El origen embriológico de las anormalidades Müllerianas son conocidas, pero sus causas aún permanecen oscuras (2, 3, 4, 5). El rol de la herencia tampoco es claro (3, 6); se ha reportado familias con anormalidades uterinas en más de una generación (3, 5, 7).

Cualquier interrupción o detenimiento en el desarrollo de los conductos paramesonéfricos y mesonéfricos resulta en malformaciones útero-vaginales (8, 9) que pudieran repercutir en la formación sexual y en la fecundidad.

La aplasia del conducto de Müller origina ausencia de trompas, útero, y de los 2/3 superiores de vagina (7).

Buttram y Gibson (1) publicaron, en 1979, una clasificación moderna del grado de desarrollo normal o anormal de los conductos de Müller, para separarlos en grupos con similares manifestaciones clínicas, modos terapéuticos, y

pronósticos fetales.

La finalidad del presente trabajo es presentar la experiencia sobre el tema en el Hospital Arzobispo Loayza, dando a conocer en este estudio preliminar la incidencia, el manejo y sus complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

En el Departamento de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, en el lapso de 15 años (desde 1970 hasta 1984) se atendió 58 pacientes con anormalidades genitales congénitas, cuyos datos están registrados en el Archivo del Departamento de Estadística de este nosocomio.

Los casos fueron diagnosticados clínicamente o con el aporte de la cirugía y de otros procedimientos auxiliares, incluyendo la laparotomía, laparoscopia, neumopelvigrafía, ecografía, urografía excretoria, histerosalpingografía uretrografía, vaginografía y estudio de cromatina sexual.

El tratamiento fue quirúrgico en 44 casos, acompañándose del uso de antibióticos.

RESULTADOS

De 32,194 mujeres hospitalizadas, 58 tuvieron anomalías congénitas genitales, dándonos una incidencia de 1 caso por cada 555 pacientes. La tasa bruta de morbilidad representó el 18.1 x 100,000 casos.

La frecuencia de las anomalías genitales se expresa en la Tabla No. 1. El diagnóstico fue clínico en los casos de himen imperforado, quiste de Gartner, hipertrofia de cervix y en 4 casos de tabique vaginal. En casos de útero bicorne, útero didelfo, hipoplasia uterina, y útero tabicado, se acompañaron de tabique vaginal.

Los procedimientos de diagnóstico son expresados en la Tabla No. 2.

La intervención quirúrgica como método terapéutico se realizó en 44 pacientes (Tabla No. 3). Una paciente con agenesia de vagina no aceptó ser operada y las 13 restantes no acudieron más a su control.

Las complicaciones post-operatorias ocurrieron en 4 casos con agenesia de vagina. Todas, finalmente, evolucionaron en forma satisfactoria (Tabla No. 4).

TABLA No. 1

FRECUENCIA DE ANOMALIAS GENITALES

<i>Anomalías Genitales</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
Himen imperforado	10	17.2
Tabique vaginal	15	25.9
Quiste de Gartner*	7	12.0
Agenesia vaginal	7	12.0
Agenesia uterina	5	8.8
Útero bicorne	4	6.9
Útero didelfo	3	5.2
Hipoplasia uterina	3	5.2
Útero tabicado	1	1.7
Hipertrofia cervix	1	1.7
S. Rokitansky	1	1.7
Pseudohermafroditismo	1	1.7
TOTAL	58	100.0

TABLA No. 2

PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

<i>Procedimiento</i>	<i>No. Casos</i>
Laparotomía	17
Laparoscopia	11
Neumopelvigrafía	9
Ecografía	8
Urografía excretoria	8
Cromatina sexual	5
Histerosalpingografía	2
Uretrografía	1
Vaginografía	1
TOTAL	62

TABLA No. 3

TRATAMIENTO

<i>Anomalías Genitales</i>	<i>Tratamiento</i>
Himen imperf. (10)	Himenectomía (10)
Tabique Vag. (15)	Resección tab. (15)
Quiste Gartner (7)	Extirp. quiste (7)
Agenesia vag. (7)	Plastia vag. (5)
Agenesia uterina (5)	— (—)
Útero bicorne (4)	Op. Strassman (1)
Útero didelfo (3)	Histerectomía (2)
Hipoplasia uter. (3)	Histerectomía (1)
Útero tabicado (1)	— (—)
Hipertrofia cervix (1)	Op. Mancliester (1)
S. Rokitansky (1)	Histerectomía (1)
Pseudohermafrod. (1)	Resec. clítoris peniforme (1)

TABLA No. 4

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

<i>Complicaciones</i>	<i>No. Casos</i>	<i>o/o</i>
En casos de agenesia vaginal		
— Estenosis vaginal	1	2.3
— Hemorragia vaginal	1	2.3
— Hemorragia y estenosis vaginal	1	2.3
— Eventración abd. post pelviperitonitis	1	2.3
Ninguna	40	90.8
TOTAL	44	100.0

COMENTARIO

Las anomalías genitales se presentaron con una incidencia de 1 por cada 555 pacientes; Semmes, citado por Goldstein (10), indica una incidencia de 1 en 1,800 casos.

Dentro de las malformaciones encontradas, el tabique vaginal aislado fue la más frecuente (25.90/o). Estos tabiques usualmente coexisten con malformaciones del conducto de Müller (1), su número y localización variables (11). Si consideramos a todas las pacientes con esta anomalía, el número de casos se incrementa a 19, dándonos una incidencia de 1 por cada 1,694 pacientes hospitalizadas, cifra similar a la reportada por Lodi 1: 2,100 (12) y muy inferior a los hallazgos de Delauney, 1: 80,000 (13).

Otras anomalías congénitas frecuentes, fueron el himen imperforado (17.20/o), quiste de Gartner (120/o) y la agenesia vaginal (120/o). (Tabla No. 1).

Es interesante el hecho de haber encontrado un caso de síndrome de Rokitsky-Küster-Hauser (1.70/o) y otro de pseudohermafroditismo (1.70/o). El primero de los nombrados, cuya etiología es desconocida (14), se caracteriza por genitales externos normales, ausencia de vagina, útero rudimentario, trompas y ovarios normales, en una persona de fenotipo femenino y cariotipo 46 XX (5, 14, 15). En segundo caso, el diagnóstico se hizo principalmente en base a los hallazgos clínicos, cromosomiales, citogenéticos, neumo-pelvigrafía y uretrografía.

Los procedimientos efectuados para el diagnóstico van a gravitar sobre la conducta terapéutica (1, 5, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

El tratamiento quirúrgico fue realizado en la mayoría de las pacientes como podemos observar en la Tabla No. 3.

Uno de los órganos que reviste especial importancia para la mujer, tanto para la función sexual como para la reproducción, es la vagina. En nuestra casuística, hallamos 7 casos de agenesia vaginal, a las que se les sugirió construcción de una neovagina: una de ellas no aceptó ser operada y otra no regresó más a su control. Tres casos fueron sometidos a la operación de Wharton y dos a la de McIndoe, cuyas metodologías y excelentes resultados han sido reportados por Evans (2), Griffin (15), Capraro (20), y Page (21).

Otro de los acontecimientos, que reviste especial interés, es el manejo del útero doble, ya que las indicaciones para determinada metroplastia han variado en los últimos años debido a lo heterogéneo de su presentación (22). En general, podría decirse que los principales procedimientos quirúrgicos son sólo tres: los de Strassman, Jones y Tompkins (22), y que las modificaciones de estos son numerosos. La primera técnica nombrada es, en la actualidad, la de elección para la corrección del útero bicornal (1, 22); la realizamos en una de las pacientes. Las histerectomías que se llevaron a cabo en 2 casos de útero didelfo se debieron, una a

aborto provocado séptico (tenía cervix doble), y la otra a agenesia cervical unilateral; esta última indicación también ha sido reportada por Buttram (1) y Evans (2).

El hallazgo de un útero parcialmente tabicado fue circunstancial, durante el transcurso de una operación cesárea en una primigesta a término; la cirugía fue postergada. Si bien es cierto que es difícil comparar los resultados de la metroplastia utilizando diferentes técnicas (22), pareciera que los procedimientos de Jones y Tompkins fueran los más adecuados (1, 23); sin embargo, en los últimos años, la metroplastia histeroscópica ha ganado más popularidad, debido a su menor morbilidad pre- y post-operatoria. El parto vaginal puede ocurrir en gestaciones posteriores, el resultado anatómico es similar y la estancia intrahospitalaria es menor, conforme lo demuestran los trabajos de Chervenak (24), Daly (25), é Israel (26).

Como podemos observar, el manejo de cada paciente está estrictamente condicionado a sus hallazgos y es la cirugía el procedimiento terapéutico de elección en la gran mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

1. La incidencia fue 1 caso por cada 555 pacientes hospitalizadas.
2. Las anomalías genitales fueron múltiples, siendo las más frecuentes el himen imperforado, tabique vaginal, quiste de Gartner y agenesia vaginal.
3. La conducta a seguir, en la mayoría de los casos, es quirúrgica.
4. Las complicaciones post-operatorias fueron estenosis vaginal, hemorragia vaginal y eventración abdominal.

REFERENCIAS

1. Buttram V.: Müllerian anomalies and their management. *Fertil. Steril.* 40: 159, 1983.
2. Evans T., Poland M., and Boving R.: Vaginal malformations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141: 910, 1981.
3. Verp M., and col.: Heritable aspects of uterine anomalies.-I. Three familial aggregates with Müllerian fusion anomalies. *Fertil. Steril.* 40: 80, 1983.
4. Ulfelder H., and Robboy S.: The embryologic development of the human vagina. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 126: 769, 1976.
5. Jones H., and Mermut S.: Familial occurrence of congenital absence of the vagina. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114: 1,100, 1972.
6. Smith M.: Vaginal aplasia: Therapeutic options. *Am. J. Obstet. Gynec.* 146: 488, 1983.
7. Carson S., and col.: Heritable aspects of uterine anomalies. II. Genetic analysis of Müllerian aplasia. *Fertil. Steril.* 40: 86, 1983.
8. 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.

9. Mariconde J.: Malformaciones genitales que simulan intersexos. *Genética en Ginecología*. Edit. Panamericana, Bs. As. 1974. pp. 179.
10. Goldstein A., and col.: Vaginal and cervical communication with mesonephric duct remnants: Relationship to unilateral renal agenesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 116: 101, 1973.
11. Deppisch L.: Transverse vaginal septum. Histologic and embryologic considerations. *Obstet. Gynecol.* 39: 193, 1972.
12. Beyth Y., and Mor-Yosef S.: Combined medical and surgical treatment for transverse vaginal septum associated with anovulation. *Fertil. Steril.* 37: 704, 1982.
13. Wenof M., and col.: Transverse vaginal septum.: *Obstet. Gynecol.* 54: 60, 1979.
14. Casthely S., and col.: Laparoscopy: An important tool in the diagnosis of Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 119: 571, 1974.
15. Griffin J., and col.: Congenital absence of the vagina. The Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *Ann. Intern. Med.* 85: 224, 1976.
16. Sorensen S.: Minor Müllerian anomalies and oligomenorrhea in infertile women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 140: 636, 1981.
17. Tulandi T., and col.: Arcuate and bicornuate uterine anomalies and infertility. *Fertil. Steril.* 34: 362, 1980.
18. Wiersma A., and col.: Uterine anomalies associated with unilateral renal agenesis. *Obstet. Gynecol.* 47: 654, 1976.
19. Grover S., and col.: A clinicopathologic study of Müllerian duct aplasia with special reference to cytogenetic studies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 107: 133, 1970.
20. Caprano V., and Gallego M.: Vaginal agenesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 124: 98, 1976.
21. Page E., and Owsley J.: Surgical correction of vaginal agenesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 105: 774, 1969.
22. Rock J., and Jones H.: The clinical management of the double uterus. *Fertil. Steril.* 28: 798, 1977.
23. McShane P., Reilly R., and Schiff I.: Pregnancy outcomes following Tompkins metroplasty. *Fertil. Steril.* 40: 190, 1983.
24. Chervenak F., and Neuwirth R.: Hysteroscopic resection of the uterine septum. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141: 351, 1981.
25. Daly D., and col.: Hysteroscopic metroplasty: Surgical Technique and obstetric outcome. *Fertil. Steril.* 39: 623, 1983.
26. Israel R., and March C.: Hysteroscopic incision of the septate uterus. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 149: 66, 1984.