

Ginatresia consecutiva a una aplasia cervico-vaginal

Doctor *HERNANDO AMAYA-LEON*

La presentación del siguiente caso se debe a que, al revisar una buena cantidad de literatura, al respecto no se encontró ningún relato similar, lo cual hace considerarlo como excesivamente raro.

A. G. C., 22 años, institutora, viene de provincia a la consulta particular por amenorrea primaria, en diciembre 1950.

Madre muerta de 55 años, a consecuencia de una operación abdominal; ignoran sus hijas si sufrió enfermedades o antecedentes toxi-infecciosos, antes o durante sus dos únicos embarazos; partos normales; no abortos. Padre muerto de 60 años, por cardiopatía. Su única hermana, de mayor edad, soltera y de buena salud, dice haber presentado menarquía a los 18 años, reglando desde entonces normalmente. No hay evidencia de alcoholismo ni de enfermedades infecciosas crónicas familiares.

Nada de interés en sus antecedentes personales. Relata que desde hace tres años acusa dolores abdominales intensos mensuales o bimensuales, localizados en la región baja.

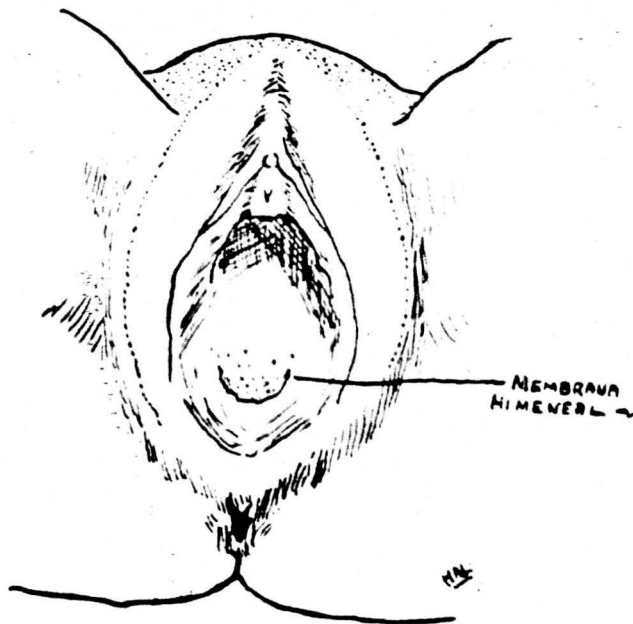
Se trata de una muchacha que en su aspecto general no difiere mayor cosa de las mujeres de su edad; el examen clínico de sus diversos aparatos es nor-

mal en todos sus caracteres. Radioscopia pulmonar negativa para TBC en evolución. Serología para sífilis, negativa. Otros exámenes normales, salvo eosinofilia de 13%, explicable por ascaridiosis intestinal intensa.

A la exploración ginecológica se encuentra: moderada hipoplasia mamaria; genitales externos de niña púber, pero normales en su morfología general; vello púbico ocasional.

Al entreabrir los grandes labios es fácil apreciar imperforación del himen; en su lugar hay una membrana con un reborde pronunciado (figura 1). Al TR, anoto en la historia clínica "el cuello uterino parece mínimo, puntiforme; en cambio se aprecia algo correspondiendo a cuerpo, de tamaño mayor de lo que debería ser el normal, regular, sensible". Llama la atención el que no haya fluctuación en la membrana ni al TR signos de retención hemática vaginal. Por ello planteo el diagnóstico de: a) Imperforación del himen; b) Posible aplasia vaginal.

Bajo anestesia general se practica una incisión transversal limitada por el reborde himeneal anotado; con bujías y el dedo meñique insinuado en la abertura se logra formar una pequeña cavidad de unos 5 cms. de longitud por 1 cm. de ancho; pero la resisten-



cia de los tejidos es grande y ante el peligro de perforación a los órganos vecinos (vejiga, recto), y consecuentemente fistulización, no se insiste en continuar el acto quirúrgico.

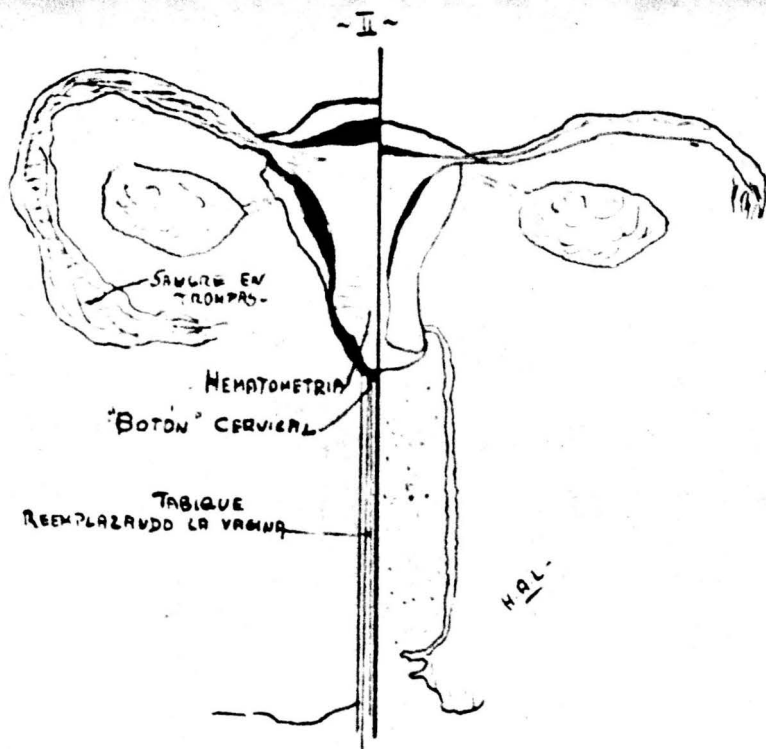
La enferma es advertida de los resultados operatorios y de la necesidad de una laparotomía de precisión. Sin embargo, no regresa hasta junio 1951, obligada por intenso cólico abdominal de ocho días de duración con irradiaciones lumbares y al miembro inferior derecho, y con el diagnóstico de apendicitis, de un colega. Al examen: verdadero abdomen agudo y al TR, la masa uterina de mayor tamaño y muy dolorosa.

Practicada la laparotomía, se encuentra: cuerpo uterino grande, blando (figura 2); tubos inflamados y que dejan salir alguna sangre de aspecto

menstrual; ésta se aprecia además en varias zonas de peritoneo vecino, y en la serosa apendicular. Hay agenesia del cuello uterino. La vagina está reemplazada por un tabique transversal, indivisible.

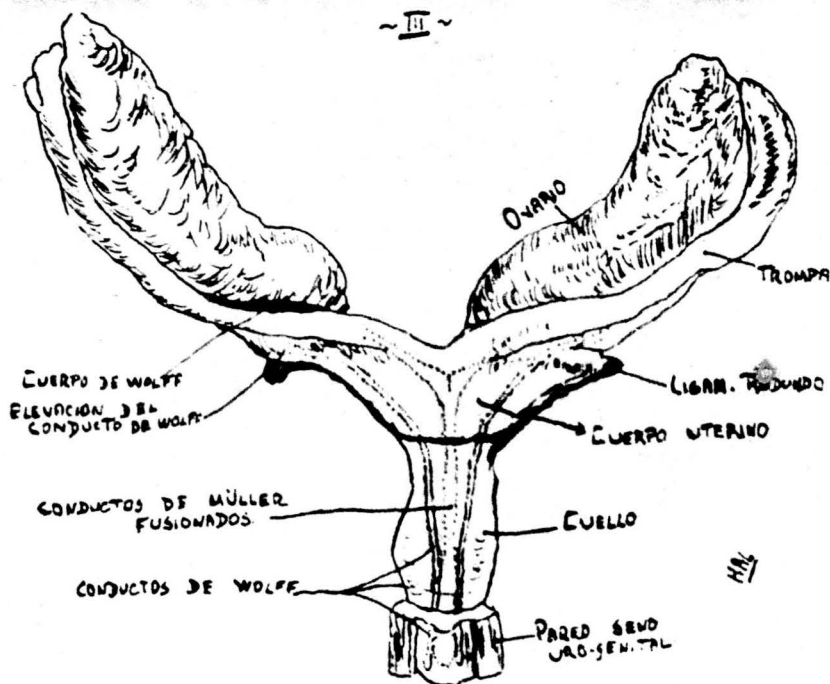
Ante esta situación, se practica histerectomía, salpingectomía bilateral y apendectomía. Los dos ovarios se respetan en su totalidad. Se termina practicando neurectomía del presacro, ante la posibilidad de cólicos ovulatorios. El post-operatorio es excelente. Noticias recibidas posteriormente, indican que la enferma se encuentra libre de dolores abdominales.

El resultado histológico (atención del doctor Miguel Mariño Z., protocolo 2384), dice: "Diagnóstico Anatómo-
Patológico: 1º Agenesia cervical; 2º Hematometría; 3º Peri-apendicitis".



“Descripción Macroscópica: útero: es de forma sensiblemente globulosa, carece de cuello, pesa de 100 grms. y mide 6.5 x 6 x 4.5 cms. en sus diámetros vertical, transverso y anteroposterior, respectivamente. Su extremidad inferior consiste en una especie de mamelón poco pronunciado, de superficie lisa y unos 11 mm. de diámetro; no presenta orificio. La superficie uterina, aparte de las zonas cruentas de disección, no presenta particularidad alguna. Presenta la matriz una trompa, de tamaño, conformación y aspecto corrientes. Biseccionada la matriz, obsérvese que la cavidad endometrial está dilatada; tiene 32 mm. en sentido vertical y unos 22 mm. en sus otros dos diámetros máximos. Contiene la cavidad un material muco-hemático. La mu-

cosa no presenta particularidad alguna. La comunicación con el canal tubario está bien definida. Dista la extremidad inferior de la cavidad, que es “ciega”, del polo inferior del útero unos 18 mm. El miometrio es de aspecto y consistencia corrientes y tiene un espesor máximo de 23 mm. 2º Apéndice: es sensiblemente rectilíneo, tiene 16 cms. de longitud y su calibre es de 9 a 11 mm. Su superficie en casi toda su extensión, aparece revestida de capas adherenciales rojizas o grisáceas. Seccionado en múltiples sitios, obsérvese que su cavidad está dilatada en toda su extensión y su diámetro es de unos ocho mm. La pared, más o menos adelgazada, tiene de 2 a 3 mm. y sus túnica no están bien definidas. La cavidad está colmada de MF pastosa.



(DE: HUNTER - "CONTRIBUTIONS TO EMBRYOLOGY")
 ~ Embrión de 48 mm. ~

Descripción Microscópica: los haces musculares del miometrio y el estroma conjuntivo no presentan particularidad alguna. La mucosa endometrial es de espesor corriente. Las glándulas, en mediano número, más o menos distanciadadas son pequeñas o algo dilatadas. Su epitelio es columnar alto, simple y regular, de núcleos basales y citoplasma escaso, homogéneo, de borde interno neto. No se observa actividad mitótica ni fenómenos secretorios. El estroma es denso y uniforme y está formado por pequeñas células globulosas o fusiformes cortas, de núcleo denso y exiguo citoplasma. Los vasos consisten en capilares congestionados, no se observan

arteriolas. El epitelio superficial de la mucosa no presenta particularidad alguna.

Apéndice: la mucosa es de espesor y estructura corrientes y presenta pequeños focos hemorrágicos. La capa linfoide está bien desarrollada y presenta algunos focos hemorrágicos; la submucosa no presenta particularidad alguna; las musculares son de estructura normal; la subserosa está congestionada y presenta algunos focos de infiltración linfocitaria; en la superficie apendicular aparecen capas conjuntivas adherenciales, provistas de numerosos vasos congestionados, e infiltradas por linfocitos, algunos neutrófilos y muy nume-

resos macrofagos con hemosiderina. En el contenido apendicular no aparece elemento particular alguno.

Conclusión: la matriz presenta una agenesia del cuello y una hematometria. El apéndice está alterado por un proceso de peri-apendicitis adherencial. Como este proceso no depende de lesión apendicular, es forzoso atribuirlo a alteraciones vecinas. (Los focos hemorrágicos señalados en la mucosa y capa linfoide, seguramente dependen de maniobras quirúrgicas, pues no aparece proceso inflamatorio que los explique).

Para buscar una explicación embriológica, incluyo un esquema de Hunter (figura 3), cuyos estudios son los mejor acogidos por los tratadistas. En él se puede recordar que los ovarios se derivan de las glándulas sexuales, indiferenciadas en los primeros estados de la vida embrionaria, e independientes de los demás órganos genitales; y esto explica en este caso el que la función ovárica se encontrara más o menos satisfactoria.

De los conductos de Müller provienen las trompas, y una vez fusionados el cuerpo y cuello uterinos, y la vagina. Hoy se acepta el que en la vagina intervienen dos orígenes embriológicos; los conductos de Müller para la porción superior y el seno uro-genital para la inferior; de esta última formación se derivan también los genitales externos.

El caso motivo de esta comunicación, a más de ser extraordinario, constituye una antítesis embriológica; no es posible explicar el que a trompas y cuerpo uterino normales correspondan aplasia del cuello y vagina; y ésta en su totalidad, concomitante con genitales externos hipoplásicos, pero de aspecto normal. Parece como si los conductos de Muller se hubieran "acortado", y esta hipótesis no resulta descrita por los embriólogos. Por otra parte, el caso de A. G. C., sería una contradicción evidente a la teoría del origen dual de la vagina.

En cuanto al tratamiento, no hubo otra alternativa que la cirugía radical ante la imposibilidad de una reconstrucción anatómica y funcional; la misma índole del caso no permitía otra solución.

SUMARIO

1. Se describe un caso de una muchacha de 22 años, en donde coexistían aplasia total de la vagina y del cuello uterino.
2. El caso constituye una antítesis embriológica, de acuerdo con las teorías aceptadas.
3. La histerosalpingectomía constituyó la conducta terapéutica, única que solucionaba una mal formación congénita tan extraordinariamente rara.