

# Tres casos de anomalías vagino-uternas

Doctor Hernando Echeverri V.

Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Atlántico

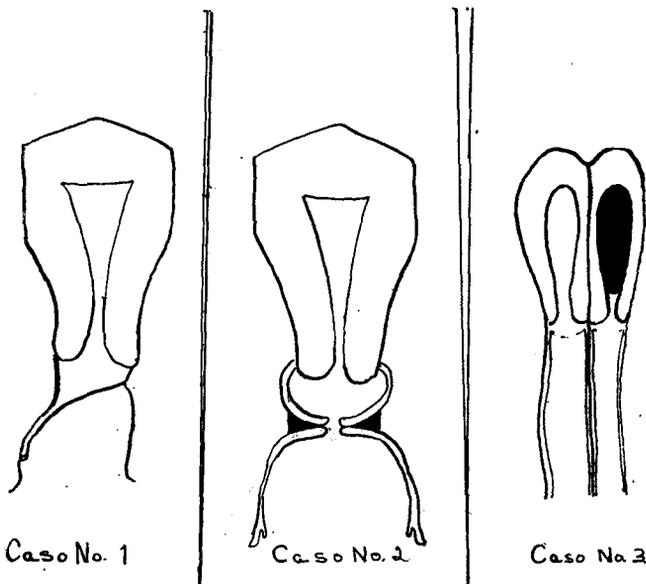
Trabajo leído en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Atlántico.  
Marzo de 1954.

De los tres casos de deformidad vagino uterinas aquí tratados, los dos primeros presentaban un tabique transversal que cerraba el tercio posterior de la vagina y no se halló ninguna otra deformidad aparente, aunque no se investigó el aparato urinario.

La formación de un tabique transversal en la vagina constituye una entidad relativamente rara, pues en la literatura estadounidense sólo hemos podido hallar los dos casos relatados por Dannreuther (1), el de Rubin, que aparece en los comentarios al artículo de Dannreuther; el caso de Mc. Sweeney (2) y el de Whitelaw (3), quien al hacer la revisión de la literatura habla únicamente de los casos anteriores, y el de Bayse y Col. publicado en el Bull. Permanent Foundation, Vol. 7: 45, 1949.

El origen de este tabique transversal está muy discutido. Mc. Sweeney dice a este respecto que su caso demuestra la teoría embrionaria según la cual los  $\frac{2}{3}$  superiores de la vagina están formados por la fusión de los canales de Muller y el  $\frac{1}{3}$  inferior por el seno urogenital. Dannreuther y Whitelaw, en cambio, afirman que la presencia de un tabique transversal no puede explicarse por la falta de fusión de los canales antes mencionados.

En el tercer caso se trata de un útero donde se esbozan dos cuernos. Por la radiografía pudo comprobarse que el cuerno derecho era completo, mientras que en el izquierdo no pudo demostrarse la existencia de una cavidad por este medio. Presentaba, además, un cuello doble y una vagina partida en dos por un tabique sagital. Siguiendo a Monie y col. (4) se puede clasificar este último caso como úterus duplex, sinistrum immaturum (rudimentario), cervix duplex, vagina duplex septum sagitale (Véase las figuras).



En el caso número 3 sí está muy claro que la fusión incompleta de los canales de Muller ha sido la causa de la duplicación del cuerpo, cuello y vagina. Esta clase de deformaciones varia mucho, según se trate ya sea de aplasia de ambos canales, ausencia de útero, trompas, cuello y parte posterior de la vagina; o aplasia de un solo canal; úterus unicorne; o falta de fusión o fusión incompleta; úterus duplex, bicorne, septum, arcuatum, acompañados o no de cuello y vagina dobles. Tan grande es la variedad de estas anomalías que todas las clasificaciones que se han hecho de ellas han resultado incompletas poco tiempo después. Monie y col. (4), quienes publicaron en 1950 la clasificación más completa que conocemos, mencionan las publicadas por Von Winkel (1909), Taylor (1943) y Jarcho (1946). Esta última gozó de gran popularidad, pero ha resultado insuficiente a medida que se publican nuevos casos.

Como el canal de Muller toma origen en el repliegue urogenital del mismo lado, y como este repliegue da nacimiento, igualmente, al ovario, riñón y uréter, es muy frecuente que las deformaciones útero vaginales coincidan con ausencia de un ovario, riñón y uréter, o con desplazamientos renales: riñón pélvico. Sobre la frecuencia de la agenesia renal en esta clase de deformaciones insiste mucho Undergerleider (5), Grant y col. (6), Jones y col. (7) y Strassmann (8). Este último aconseja tomar una pie-

lografía sistemática en tales casos. Woolf y col. (9) llegan hasta censurar los libros de texto, ya que la mayoría de ellos no hablan de tal coincidencia, y los otros apenas si la mencionan.

Undergerleiter (5), Woolf y col. (9) anotan además la coexistencia de anomalías esqueléticas, sobre todo deformaciones de la columna lombo-sacra; articulación de la V lumbar con el ileon, espina bifida. Y de deformaciones de la parte terminal del intestino que pueden llegar hasta la formación de cloaca. Pero en embriología no es de extrañarse la coexistencia de anomalías en aparatos diferentes, ya que la misma causa que provocó las unas, puede dar origen a las otras.

Al hablar de la frecuencia de las anomalías debidas a la falta de fusión, o fusión incompleta de los canales de Muller, Eiseman (10) dice que se presenta un caso por cada 1.500 obstétricos y uno por cada 2.000 ginecológicos. Woolf y col. (9) afirman que este número debe ser mayor, ya que muchos casos no se descubren por ausencia de síntomas y otros no se reportan.

#### CASUISTICA

**Historia número 1.**—M. de P., veintiséis años; vino a la consulta el 13 de diciembre de 1948 por esterilidad primaria de dos años de duración. Presentaba un hirsutismo bastante marcado de ambas piernas, cara interna de los muslos y abdomen hasta el ombligo. Ligeros bigotes. Menarquia a los 15 años. Ciclo de 28 X 4, bastante regular, pero con tensión premenstrual 5 días antes, y fuertes cólicos durante todo el período. No había dispareunia.

Al examen ginecológico se observó una vulva introitus normales. Al tacto, lo primero que llamó la atención fue la ausencia del cuello. La vagina tenía unos 6 centímetros de longitud, era de una amplitud suficiente y presentaba una exageración de rugosidades. Precisando mejor, parecía tocarse a través de una membrana resistente, el cuello y el cuerpo de la matriz en buena posición. Los anexos no eran palpables. Por el tacto rectal se obtuvieron resultados semejantes. Al mirarla con el espéculum se comprobó la ausencia del cuello, la vagina terminaba en un fondo de saco ciego. En la pared anterior, a unos 3 centímetros del meato, se notó un pequeño orificio que sólo se pudo cateterizar con un explorador delgado, el cual se logró introducir unos 8 centímetros y parecía llegar hasta el cuello.

El 18 de enero de 1949 fue sometida a una plastia vaginal. Esta consistió en agrandar primero el orificio para poder introducir por él la sonda canalada y cortar sobre ella. El canal era muy estrecho en los primeros 4 centímetros para ir ensanchándose luego poco a poco hasta llegar al cuello, donde presentaba un diámetro de 2,5 centímetros. Con la ayuda de un especulum virginal se pudo ver el cuello, que era pequeño pero presentaba un orificio de tamaño normal. Se notó todavía sangre detenida, no obstante haberse intervenido ocho días después de la menstruación. Como no se pudieron hacer suturas por la estrechez del campo operatorio, y para evitar que se unieran de nuevo las superficies cruentas, se dejó un tapón con gasa vaselinada. Diez días después de la operación se comenzaron las dilataciones, primero con el dedo índice y después con bujías de Hegar. Al cabo de un mes la vagina presentaba una longitud de unos seis centímetros en su parte normal, por unos cuatro centímetros en su parte más estrecha, en la que sólo se podía entrar con el dedo índice.

El 30 de agosto del mismo año la enferma se presentó de nuevo por una amenorrea que databa desde el 22 de junio, es decir, cinco meses después de la intervención. Al examen ginecológico se observó que el dedo índice podía entrar con más facilidad hasta el cuello; éste estaba blando, seguido de un útero globuloso y blando cuyo volumen estaba de acuerdo con un embarazo de dos meses.

El embarazo siguió su curso sin contratiempos dignos de mención. Faltándole un mes para su fecha probable del parto se hizo de nuevo un tacto vaginal para verificar el estado de las paredes vaginales. La parte estrecha de la vagina parecía haberse alargado y ensanchado un poco, pues podían pasarse con alguna dificultad dos dedos.

En vista de la falta de elasticidad de la parte estrecha de la vagina, y por temor a que durante un parto laborioso, como era de esperarse, sobrevinieran desgarraduras que pudieran afectar el recto o la vejiga, me resolví por la cesárea. Esta se llevó a cabo el 25 de marzo de 1950, sin ningún contratiempo.

**Historia número 2.**—I. de S., treinta y ocho años; menarquia a los trece, ciclo regular de 30 X 4, sin dolores. Se casó en agosto de 1951 y se presentó al consultorio el 27 de diciembre del mismo año por una amenorrea de tres meses de duración. Sin antecedentes de dispareunia.

Al examen ginecológico lo primero que llamaba la atención era la presencia de un diafragma situado en el 1/3 posterior de la vagina, y que presentaba un orificio central por el cual podía introducirse con alguna dificultad, la extremidad distal del dedo índice. Este diafragma era de paredes resistentes y por detrás de él se llegaba a una cavidad de unos cuatro centímetros de profundidad por dos de diámetro. A través de su orificio se podía visualizar el cuello. El útero presentaba un embarazo de tres meses y estaba situado en posición normal.

Por motivos de viaje, esta enferma pasó después a otro colega, quien resolvió someterla a una prueba de trabajo. Después de un trabajo irregular de unas 15 horas, fue sometida a una cesárea, por distocia del cuello.

Seis meses más tarde volví a verla en mi consultorio y noté, con sorpresa, que el diafragma había desaparecido casi por completo; probablemente se había incorporado a la vagina con el trabajo del parto. En su lugar se notaba un canal un poco más estrecho que el resto de la vagina.

**Historia número 3.**—O. de Z., de veintiún años vino a consulta el 17 de junio de 1953 por esterilidad primaria de 3 años de duración. Menarquia a los trece años, ciclos de 28 a 31 por 4 a 6 días, con cólicos fuertes que a veces duraban los tres primeros días y que se habían acentuado después de casada. No daba antecedentes de dispareunia.

Al examen ginecológico se notó que la vulva y el introitus eran normales. La vagina estaba dividida en dos partes por un tabique sagital que ocupaba las 4/5 partes superiores. La vagina derecha era amplia y en el fondo se tocaba un cuello de tamaño un poco infantil. La vagina izquierda, más estrecha, podía explorarse con un solo dedo, y en su fondo se tocaba, igualmente, un cuello de tamaño semejante al derecho. Se veía claramente que la única que la enferma tenía en uso era la derecha. El útero estaba de tamaño más o menos normal, en ligera anteflexión. No se palpaban dos cuernos, pero parecía esbozarse un surco en su borde superior.

La insuflación fue francamente positiva para la porción derecha del útero y negativa para la izquierda. La histerosalpingografía muestra el cuerno derecho bien desarrollado, con su respectiva trompa (véase radiografía). Del lado izquierdo no entró el líquido. El cuadro de temperatura basal muestra un ciclo de 32 días con ovulación franca el 17° día. La Prueba de Huhner fue

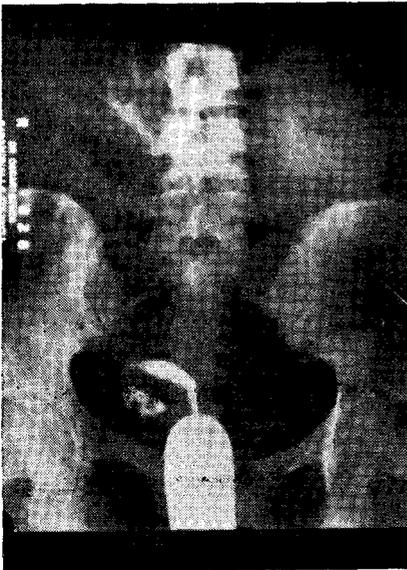
positiva para el cuello derecho. Metabolismo basal de  $-1$ . Se propuso la exploración radiológica de los riñones, la cual no fue aceptada.

En la actualidad (marzo de 1954), tres meses después de la histerosalpingografía, la enferma presenta una amenorrea de 50 días, y una reacción de Galli-Mainini positiva.

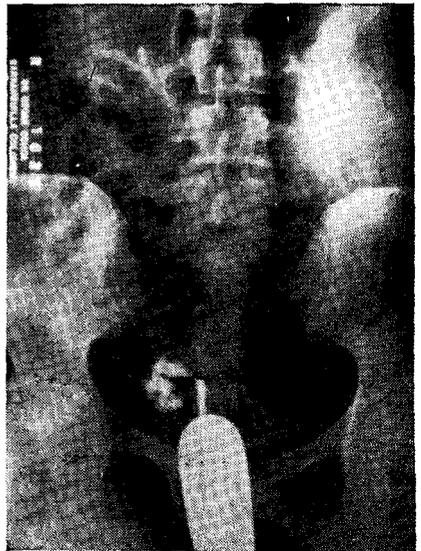
Laboratorio de Rayos X.—Señor doctor H. Echeverri.—Informe radiológico número 1626.—Nombre: O. de Z., edad, veintiún años.—Sexo: femenino.—Fecha: septiembre 19 de 1953.

#### Histero-salpingografía:

La vagina está tabicada hasta unos dos centímetros por encima del orificio externo: se colocó el espéculo por el conducto derecho, el más amplio, y se hizo la inyección a través de un cuello uterino aparentemente normal. Con los primeros 4 c. c. se llenó la parte existente de cavidad uterina que es sólo el cuerno, y pasó el contraste por una trompa permeable al peritoneo: no hay cavidad del cuerpo uterino ni cuerpo izquierdo en comunicación con este lado (Radiografías números 1 y 2).



Radiografía número 1



Radiografía número 2



Radiografía número 3



Radiografía número 4

Después se colocó un espéculo pequeño por la cavidad vaginal izquierda hasta apreciar un cuello uterino pequeño con orificio muy estrecho; se intentó pasar una pequeña cánula de polietileno y después una metálica, y no fue posible por lo estrecho; por eso no se pudo inyectar a través del cuello izquierdo de una matriz aparentemente bicorne (Radiografías 3 y 4).

**Fdo. Dr. Oscar Ochoa Cuartas.**

Contraste utilizado, Iodurón S. (hidrosoluble).

#### **Comentarios**

En general se puede decir que las deformaciones, ya sean vaginales o vagino uterinas pueden pasar desapercibidas durante gran parte de la vida de la mujer, y sólo vienen a manifestarse con ocasión de la menarca, el matrimonio, el embarazo o el parto. Y aun así, puede que no se descubran, pues sus síntomas varían mucho, según el grado de deformación y la localización de éstas.

Hablando del primer caso, por ejemplo, la dismenorrea se presentó desde la aparición de las reglas y duraba todo el periodo, lo cual se explica por la estrechez tan grande que tenía entre la comunicación de las dos porciones vaginales. El segundo caso no

presentó este síntoma, ya que la comunicación era más amplia. Lo mismo puede decirse de la esterilidad y hematocolpos que presentó el primero. Dismenorrea, esterilidad, dispareunia, hematocolpos, fertilidad después de la operación, terminación del embarazo por cesárea, se encuentran en los casos relacionados por Dannerreuther y Rubin (1) y en el Whitelow (3). Ninguna de nuestras tres enfermas se quejó de dispareunia, pues la parte vaginal de las dos primeras y la vagina derecha de la tercera tenían amplitud suficiente para permitir el coito sin dolor.

La esterilidad en los casos de duplicación de órganos, (Historia número 3), no es un síntoma tan frecuente como parece a primera vista. Según Jarcho, citado por Steimber (11), la anomalía per se no da origen a esterilidad, siempre que el endometrio tenga su respuesta progesterónica. Watson (12) relata un caso de úterus unicorne con 11 hijos. Anderson (13) el caso de Robertson con úterus duplex y 13 hijos. Woolf (9) describe el de Calaco, en el cual se observó una especie de superfetación, pues la paciente dio a luz dos niños con tres semanas de diferencia. Schaufler, citado por Fenton y col. (14), sostiene que la duplicidad de órganos no sólo duplica la fertilidad, sino también la libido.

El problema en estos casos es más bien el de infertilidad, o sea, la inhabilidad para llevar a término el producto de la concepción, impotencia gestandi, ya que la esterilidad propiamente dicha es la incapacidad para concebir, impotencia concipiendi. Definición ésta de Paul Bernjard, citado por Steimber (11). De ahí que la propensión a los abortos y partos prematuros aumente considerablemente: Jones y col. (7) dan una frecuencia de 27% y citan a Schaufler con 53%. Selbretcht (15) dice que en 95 casos de infertilidad estudiados con histerografía, 40 presentaron deformidades uterinas y agrega que la posibilidad de llevar a término el producto de la concepción es sólo de 10% en tales casos.

Durante el parto el trabajo es generalmente prolongado, ya por deficiencia muscular, por distocia del cuello o por obstrucción del canal pélvico por el cuerno vecino. Por deficiencia en la musculatura es de temerse también la ruptura uterina. Las presentaciones de pelvis y las trasversas aumentan su incidencia en tales casos.

En el puerperio son de temer las hemorragias, retenciones placentarias y retención de loquios, ya que el cuerno vecino puede impedir un buen drenaje.

### Resumen

Se presentan tres casos de anomalías vagino uterinas. En los dos primeros se trata de la formación de un tabique trasversal de la vagina, sin ninguna otra deformación aparente. El tercero es un caso de duplicación de órganos.

Se habla sobre el origen, frecuencia, sintomatología y complicaciones que puede presentar la formación de un tabique trasversal en la vagina.

Sobre el origen, frecuencia, sintomatología y complicaciones en caso de duplicación de órganos.

### REFERENCIAS

- (1) Dannreuter, Walter T.—Congenital Vaginal Occlusion of the Cervix. *Am. J. Obst. and Gynec.* 47: 326. June. 1944.
- (2) Mc Sweeney, Daniel J.—Congenital Anomaly of the Vagina With Pyocolpos. *Am. J. Obst. and Gynec.* 51: 726. May. 1946.
- (3) Whitelaw, James M.—Uterus Duplex With Transverse Septum of the Vagina. *Am. J. Obst. and Gynec.* 63: 203. July. 1951.
- (4) Monie, I. W., Ch. B. and L. A. Sigurdson.—A Proposed Classification for Uterine and Vaginal Anomalies. *Am. J. of Obst. and Gynec.* 59: 696. March. 1950.
- (5) Ungerleider, Jerome L.—Uterus Unicornis Unicollis Associated With Renal Agenesis and Malformation of the Bony Pelvis. *Am. J. Obst. and Gynec.* 63: 200. January. 1952.
- (6) Grant, Roald N., Pierce, Virginia K.—Adenocarcinoma Occurring in One Cervix of a Uterus Didephys Associated With Solitary Kidney. *Am. J. Obst. and Gynec.* 63: 42. January. 1952.
- (7) Jones, Howard W., Jones Seegar.—Doble Uterus as an Etiological Factor in repeated Abortion. *Am. J. Obst. and Gynec.* 65: 325. February. 1953.
- (8) Strassman, Erwin O.—Platic Unification of Double Uterus. *Am. J. Obst. and Gynec.* 64: 25. July, 1952.
- (9) Wolf, Ralph B., Allen Willard M. Concomitant Malformations: The frequent simultaneous occurrence of congenital malformations of the reproductive and urinary tracts. *Obst. and Gynec.* 2: 236. September. 1953.
- (10) Eisaman, J. R.—Uterus Bicornis Unicollis With Associated Sterility Corrected By Surgery. *Am. J. Obst. and Gynec.* 47: 559. April. 1944.

- (11) Steimber Werner.—Uterine Malformations in the Management of Sterility and Infertility. *Am. J. Obst. and Gynec.* 63: 827. April. 1952.
- (12) Wharton Gynecology.—W. B. Saunders Co. 1943.
- (13) Anderson, Harley E.—Uterus Didelphys. *Am. J. Obst. and Gynec.* 51: 699. May. 1946.
- (14) Fenton, Arnold N., Singh, Bawa P.—Pregnancy Associated With Congenital Abnormalities of the Female Reproductive Tract. *Am. J. Obst. and Gynec.* 63: 744. April. 1952.
- (15) Halbrecht, I.—Infertility (Habitual Abortion) and Pseudosterility. *Fertility and Sterility.* 4: 272. Juli-August. 1953.