

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUSENCIA CONGENITA DE VAGINA Y SU TRATAMIENTO CON
COLON SIGMOIDE"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de san Carlos de Guatemala

POR

EDMER OCTAVIO CHACON PERDOMO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1967

PLAN DE TESIS

"AUSENCIA CONGENITA DE VAGINA Y SU TRATAMIENTO CON COLON SIGMOIDE".

- I. A MANERA DE INTRODUCCION
- II. DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA VAGINA
 - a) Anomalías Congénitas de la vagina.
- III. ANATOMIA DE LA VAGINA
 - a) medios de fijación
 - b) Dirección
 - c) Forma
 - d) Dimensiones.
 - e) Conformaciones y Relaciones de la Vagina.
 - 1. Superficie externa.
 - 2. Superficie interna.
 - 3. Extremo superior
 - 4. Extremo inferior
 - f) Constitución Anatómica.
 - 1. Conjuntiva
 - 2. Muscular

3. Múcòsa.

g) Irrigación e Inervación.

IV. CONSTITUCION ANATOMICA DEL COLON SIGMOIDE

a) Dirección.

b) Límites

c) Aspecto

d) Dimensiones

e) Relaciones.

f) Constitución anatómica

1. Túnica Serosa

2. Túnica Muscular.

3. Túnica Mucosa.

g) Irrigación

h) Inervación.

V. FISIOLOGIA DE LA VAGINA Y DEL COLON SIGMOIDE.

a) Obstétricas.

b) Excretoras.

c) Sexuales.

VI. PRINCIPIOS FISIOLOGICOS DEL COLON SIGMOIDE

a) Secretoras.

b) Lubricantes

c) Relación entre la fisiología de la
vagina y del colon sigmoide.

VII. SINTOMAS CLINICOS Y METODOS DE ESTUDIO
DE PACIENTES CON AUSENCIA CONGENITA DE
LA VAGINA.

VIII. TRATAMIENTO.

a) Técnica usada

b) casos operados en Guatemala.

IX. RESUMEN

X. DISCUSION

XI. CONCLUSIONES

XII. BIBLIOGRAFIA.

I

A MANERA DE INTRODUCCION

Numerosos trabajos se han escrito, sobre las diferentes actividades que el ser humano desarrolla, como miembro de una sociedad sobrepasando aquellas de carácter social, intelectual, económico y cultural, teniendo como finalidad, la de contribuir al progreso y desarrollo de todos los miembros que la componen.

Uno de los campos en los cuales, se mueve el ser humano es en el ejercicio de las ciencias médicas; mediante el aporte de sus conocimientos y experiencia los médicos de todas las épocas han contribuido a mejorar las oportunidades que se le ofrecen a las personas que tienen algún padecimiento. La ausencia total de la vagina es una anomalía de carácter congénito que se presenta con una incidencia relativamente baja, desconociéndose en la actualidad su origen.

Las observaciones practicadas en grupos de pacientes con esta anomalía han mostrado que los problemas que presentan son más que todo de tipo psiquico-emocional, con repercusión en su personalidad.

Actualmente se dispone de varias técnicas por medio de las cuales se puede corregir, logrando la formación de un conducto que sustituya las funciones, que la vagina realiza en el organismo.

Los métodos utilizados han ido evolucionando mejorando cada vez más, gracias al perfeccionamiento de los ya existentes y empleo de otros nuevos.

Las técnicas de colpoplastía más utilizadas se enumeran a continuación: (6)

- 1) Formación de vagina por presión constante de un molde en la región perineal, sin practicar ninguna disección del espacio urorectal. Esta técnica fué utilizada por Franck.

- 2) Warthon empleó el método de hacer disección del espacio uro-rectal, en el cual colocó un molde plástico que retiraba hasta que la superficie formaba epitelio.
- 3) Counseller y Mc.Indoe lo hicieron utilizando el método anterior con la variante que además de la disección del espacio, recubrían el molde con injertos cutaneos,. De igual manera lo hacía Brindeau, pero recubriendo el molde con membranas amnióticas.
- 4) Otros autores como Grad, Franck y Geist, hacían la colpoplastía utilizando injertos de piel de regiones vecinas.
- 5) Se ha empleado el método de trasplante de visceras, como intestino delgado, Asa de Cólon Sigmoides y de recto. Al principio se pensó que estas operaciones eran muy difíciles de realizar, por la serie de dificultades

tades y peligros que implicaba su ejecución, sin embargo en la actualidad se ha cambiado el concepto, gracias a los progresos en la técnica de la anestesia y al descubrimiento de los antibioticos. Las experiencias se deben a los trabajos de Baldwin que empleó intestino delgado, Gates lo hizo utilizando colon sigmoide y Schubert usando un segmento de recto.

En Guatemala,,las experiencias que se tienen se deben al Dr. Francisco Bauer Paiz, quién ha trabajado en este campo, utilizando al principio disección del espacio uro-rectal, seguido de la colocación de un molde plástico; posteriormente empleó un segmento de colon sigmoide como sustituto de la vagina.(1) Tres han sido las pacientes operadas con este procedimiento, dos de ellas en el Hospital General San Juan de Dios, el 17 de Agosto de 1963 y el 12 de Junio de 1965, la otra en el Departamento de Gineco

gía del Hospital Roosevelt el 7 de Enero de
1967. Estos casos son los primeros que se tra
en en ésta forma. los pormenores de cada uno y
los resultados serán mencionados más adelante. -

I I

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA VAGINA

La finalidad del presente capítulo es la de conocer que elementos son los que dan origen a la vagina, órgano que forma parte del sistema reproductor femenino.

El mesonefros, que se encuentra en la parte posterior de la cavidad celómica, cuando se proyecta de atrás para adelante, forma los pliegues urogenitales, que tienen como vía excretora los conductos de Wolf ó Mesonéfricos, que dan origen a los conductos deferentes en el hombre y por la atrofia que experimentan a los conductos de Gartner en la mujer, al momento de involucionarse su porción cefálica da origen al epooforo ó paraovario (órgano de Rosenmuller). Los conductos de Müller, se originan de las pliegues urogenitales a partir de la invaginación que sufre el

epitelio que recubre la cavidad celómica, posteriormente los dos bordes formados se unen y constituyen un grueso cordón que camina en el mesénquima, que es por donde aparecen; estos conductos a lo largo de todo su trayecto dan origen a diferentes elementos que forman el aparato reproductor femenino de la manera siguiente: En la primera porción vertical, y situada por afuera de los conductos de Wolf, origina las trompas de Falopio, seguidamente toma una dirección oblicua, en el momento de cruzar, los de Wolf, para situarse por dentro de ellos, origina los cuernos uterinos, acto seguido, se hacen verticales y se fusionan, en esta forma van a terminar en el seno urogenital.

(4) En éste segmento da origen, de arriba-abajo, a la cavidad uterina y a la porción supe-

rior de la vagina, respectivamente.

El recto y los conductos excretores, van a desembocar a una cavidad que más tarde se divide por un tabique, que separa el recto de la cloaca, esta a su vez quedará dividida en dos partes, por un segundo tabique; la porción anterior de esta división corresponde a la vejiga y uretra, la porción posterior, al seno urogenital, que es quién forma el sexto inferior de la vagina (introito, vagina é himen).

Los conductos de Müller, y el seno urogenital se unen en un punto que recibe el nombre de tubérculo de Müller, que al principio es un punto ciego, con el desarrollo que sufre posteriormente, forma un conducto que más adelante es la vagina.

Resumiendo, los elementos que forman la vagina son dos:

1.- Los conductos de Müller que dan origen a la porción superior.

2.- El seno urogenital, da origen al sexto inferior (introito vaginal é himen).

III ANOMALIAS CONGENITAS DE LA VAGINA (4 y 7)

En la vagina se pueden presentar varias anomalías congénitas, siendo las que mencionamos a continuación, las que con más frecuencia se presentan.

1o.) DEFECTOS EN LA FUSION DE LOS CONDUCTOS DE MULLER.

a) Ausencia congénita de la vagina.

Las pacientes con ésta anomalía generalmente no tienen útero ni trompas de Falopio, sus ovarios, son anatómica y funcionalmente normales, lo cual les confiere una constitución física externa de aspecto normal, con

sus caracteres sexuales secundarios bien desarrollados. El defecto frecuentemente es en la vagina superior ó sea la porción que corresponde, a la que originan los conductos de Müller, pudiendo los pacientes tener la vagina inferior con muy buen desarrollo, pero de una longitud pequeña.

El descubrimiento de ésta anomalía generalmente se hace en la edad que corresponde a la pubertad, siendo el motivo de la consulta médica, el que la menstruación no se ha iniciado, lo cual les causa alarma.

Una revisión de casos de pacientes con anomalía congénita de la vagina, reportó que en 95%, se encontró a la vez anomalía en el árbol urinario, como ausencia ó atrofia de uno de los dos riñones en posiciones pélvicas del riñón, ptosis del riñón etc.(3)

b) Tabique Vaginal Transverso

Es una anomalía muy rara, su localización generalmente es en la unión del tercio superior, con el tercio medio. Los síntomas dependen si el tabique es perforado ó nó. En el primero de los casos puede que los síntomas se manifiestan hasta que la paciente está próxima al matrimonio o bién cuando acude a su primer control prenatal. En el caso de que no esté perforado el tabique, las manifestaciones clínicas son en la época que debe presentarse la menarquía, siendo las consecuencias, que haya retención del flujo menstrual que se va depositando progresivamente en la vagina útero, trompas de Falopio, pudiendo llegar hasta la cavidad peritoneal.

c) Vagina doble ó Tabicada

El tabique puede ser total ó parcial. Los casos que pueden presentarse son: Vagina doble con cue-

llo doble y útero único, útero doble y vagina doble, vagina doble con cuello y útero único. Su descubrimiento se hace a veces en forma accidental, durante un examen o en el matrimonio, siendo causa de dispareunia y durante el trabajo de parto, ocasionando distosia.

2o.) DEFECTOS EN LA EVOLUCION DE LA CLOACA.

Las anomalías de éste grupo se deben a que la vagina no se abre a la vulva como normalmente sucede, sino haciéndolo por delante en la vejiga o en la uretra, ésto trae como consecuencia la formación de fístulas, dependiendo el tipo según con el órgano que se comunica por atrás se abre hacia el recto, siendo la fístula recto-vaginal. En los casos que simultaneamente haya un ano imperforado el recto se abre hacia la vagina.

I V

ANATOMIA DE LA VAGINA

La vagina es el órgano genital femenino, el cual por su extremo superior se continúa con el cuello uterino y por su extremo inferior se abre al exterior por intermedio que se encuentra situado, una parte en la excavación pélvica y otra en el propio espesor del periné.

Medios de Fijación

El conducto vaginal se mantiene en su posición gracias a dos medios importantes de fijación que són:

- a) la continuidad que tienen con el cuello uterino.
- b) las conecciones más o menos intimas que tiene con las formaciones y órganos vecinos; Periné, vulva, vejiga y recto.

Dirección:

La vagina se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante formando cuando cruza la línea horizontal del cuerpo, un ángulo de 65 a 75; como puede verse no es exactamente rectilínea, sino que presenta una forma ligeramente curva de concavidad anterior.

Forma

La forma de la vagina es la de un cilindro aplanado de adelante a atrás. En condiciones fisiológicas ordinarias sus paredes anterior y posterior, se encuentran directamente aplicadas la una con la otra siendo por lo tanto una cavidad virtual.

Al practicar un corte transversal del conducto vaginal la cavidad de ésta se halla representada por una hendidura transversal algo cóncava por el lado que corresponde al recto, dicha hendidura termina en sus extremos en otra hendidura más pequeña de eje mayor ante-

roposterior, lo anterior hace que se le vea la forma de una "H". La vagina en todo su trayecto no se encuentra aplanada, pues en su extremo superior es cilíndrica, debido a que tienen que amoldarse al cuello uterino y por su extremo inferior por la relación con la vulva se aplana en sentido antero posterior.

Dimensiones

La longitud que normalmente tiene la vagina es de 6 a 7 cm. pero pueden haber vaginas largas, que lleguen a medir de 12 a 14 cms., y están también vaginas cortas de 4 a 5 cms. El ancho de éste órgano no es el mismo en toda su trayectoria, sino que aumenta de abajo arriba, así vemos que el nivel de su parte media alcanza de 24 a 25 mm; a lo anterior podemos agregar que las paredes vaginales son extensibles y elásticas.

Conformaciones y Relaciones de la Vagina

La vagina presenta para su estudio:

- a) Superficie exterior.
- b) Superficie interior.
- c) Extremo superior.
- d) Extremo inferior.

Para una mejor comprensión haremos una descripción de cada una de ellas,

Superficie Exterior

Presenta a su vez: a) una cara anterior, b) una cara posterior y c) dos bordes laterales.

a) Cara Anterior

Se encuentra inclinada hacia adelante y abajo, sus relaciones son:

- 1.- En su mitad superior con la base de la vejiga, - donde se forma el tabique vesicovaginal; entre la vejiga y la vagina, se encuentra una capa de tejido celular que las separa y por la cual pasan ablicuamente los segmentos terminales de los ureteres.

2.- En su mitad inferior su relación la hace con el conducto de la uretra entre las cuales se forma el tabique uretrovaginal.

b) Cara_Posterior

Sus relaciones las establece la vagina de arriba abajo así:

- 1.- Con el peritoneo en una longitud de más o menos 15-20 mm.
- 2.- Luego con el fondo de saco de Douglas.
- 3.- Con la pared anterior del recto, a la que se le une por un tejido denso que forma el tabique rectovaginal. La vagina y el recto por encima del suelo perineal, al apartarse uno del otro quedan separados por un triángulo de base inferior.

c) Bordes_

sus relaciones se hacen de arriba-abajo con el ligamento ancho, tejido celuloadiposo de la pelvis, músculo elevador del ano y músculo vulvovaginales. Estos bordes son recorridos por vasos del PLEXO VAGINAL.

Superficie Interna

Las dos paredes de la superficie interna, presentan una serie de pliegues que se disponen en forma transversal, para formar las llamadas arrugas de la vagina, dichas arrugas se presentan más o menos en la parte media, las cuales se escalonan de abajo-arriba y forman dos prominencias longitudinales redondeadas, romas que reciben el nombre de columnas de la vagina, de las dos, la de la pared anterior, termina en la vulva y forma el tubérculo vaginal en ambas columnas se puede apreciar que su máximo desarrollo se encuentra a nivel de la vulva, decreciendo de abajo-arriba.

Es de hacer notar que ambas columnas no están exactamente en la línea media pues al unir la pared anterior y posterior se yuntaponen.

Extremo Superior

La Vagina en su extremo superior presenta la forma circular y de esta forma rodea al cuello uterino y lo abraza para adherirse firmemente a él. De esta unión íntima entre el cuello y la vagina se forma un canal circular que recibe el nombre de fondo de saco de la vagina, el cual para mejor comprensión se divide topográficamente en cuatro partes que forman así los cuatro fondos a saber:

1.- Fondo de Saco Anterior

Corresponde al fondo de la vejiga y las arterias vesicovaginales.

2.- Fondo de Saco Posterior

Corresponde al fondo de saco de DOUGLAS y al recto, mide de 15 a 25 mm. de profundidad.

3.- Fondos de Saco Laterales.

Estas formaciones anatómicas de la vagina, son recorridas por el ureter, plexo vaginal, conductos linfáticos y a 10-15 cms. más arriba pasa la arteria uterina.

Extremo Inferior

A nivel de la vulva el extremo inferior presenta un diámetro antero-posterior mayor, tomando la forma elíptica.

Constitución Anatómica

La pared de la vagina está formada por tres capas o túnicas que están dispuestas en forma concéntrica de afuera a dentro de la manera siguiente:

1.- Capa Conjuntiva

Es una delgada capa color grisáceo o blanquecino que se confunde con el tejido celular laxo de las forma-

iones vecinas a la vagina.

Capa Muscular

La segunda capa se encuentra formada a su vez por dos planos de fibras de músculo liso que se disponen así: un primer plano superficial de fibras longitudinales y en segundo plano profundo de fibras circulares en su parte inferior forman el esfínter liso de la vagina.

3.- Capa Mucosa

Es una capa bastante delgada de una coloración grisacea o rosada, la cual es muy resistente y elástica, presente en su constitución un corión y un epitelio pavimentoso estratificado, esta capa mucosa no posee glándulas.

Irrigación é Inervación

Las arterias en gran parte se originan de la vaginal que es rama de la hipogástrica, el resto de

Las arterias se originan de la uterinovesical inferior hemorroidal media y pudendá interna, todas estas arterias van a terminar a la capa muscular y mucosa. Las venas se condensan en los bordes de la vagina para formar el plexo vaginal que ocupa toda la longitud de la vagina. Los conductos linfáticos se disponen en forma de redes en el corion y en la capa muscular se distingue principalmente tres grupos a saber.

- 1.- Superiores
- 2.- Medios
- 3.- Inferiores.

La inervación de la vagina se realiza por ramas que se originan del plexo hipogástrico y del nervio PUDENDO INTERNO. Estas ramas FORMAN UNA RED, que rodea el órgano para formar UN PLEXO PERIVAGINAL, que finalizan unos en la capa muscular que son los filetes motores y otros en la capa mucosa, que son los filetes sensitivos.

IV

CONSTITUCION ANATOMICA DEL COLON SIGMOIDE

El colon sigmoide, es un segmento del intesti-
no grueso situado parte en la fosa ilíaca iz-
quierda y parte en la cavidad pélvica; también
se le llama colon ileopélvico, está sujeto a la
pared abdominal posterior por un repliegue se-
roso, grueso y extenso llamado MESOCOLON ILEO-
PÉLVICO, posee buena movilidad.

dirección

Al descender y entrar a la cavidad pélvica des-
cribe el siguiente trayecto; primero baja verti-
calmente hasta el cuarto inferior de la fosa i-
líaca izquierda, luego cruza transversalmente al
músculo psoas, seguidamente atravieza la cavidad
pélvica, de izquierda a derecha, dirigiéndose fi-
nalmente al borde derecho de la pelvis hasta la

parte media de la tercera vertebra sacra.

límites

Para su estudio se consideran dos límites a saber:

1) Límite superior que corresponde al borde interno del músculo psoas izquierdo seguido por los vasos ilíacos externos.

2) Límite inferior: corresponde al cuerpo de la tercera vertebra sacra donde se continúa con el borde superior del recto. En algunos casos se presenta un surco a éste nivel.

Aspecto

El aspecto del sigmoide es el de un órgano de superficie lisa que no presenta surcos ni abolladuras. El intestino grueso presenta en su constitución unas cintillas dispuestas longitudinalmente, estas al llegar al asa sigmoide se tornan irregulares confundiéndose entre sí, para formar solo dos cintillas, una anterior y

otra posterior lo cual le da la forma de un cilindro.

Dimensiones

La longitud media del asa sigmoidea es de 30 a 50 cm, su diámetro no es constante dado que está sujeto a factores que pueden aumentarlo temporalmente o bien indefinidamente, como sucede en el caso patológico de megacolon.

Relaciones

El colon sigmoide descansa sobre los órganos que se encuentran en la cavidad pélvica, en algunas ocasiones se le encuentra colocado entre el útero y el recto.

Por su situación sus relaciones se consideran:

1.- PORCION ILIACA: En ésta zona se relaciona:

- a) por delante, con la pared anterior del abdomen.

- b) Por detrás con la fosa ilíaca, músculo psoas y vasos ilíacos externos.

2.- PORCION PELVICA:

- a) Abajo y delante se apoya en la vejiga y el útero y el ligamento ancho en la mujer, su porción media desciende hasta el fondo del saco de Douglas, de tal suerte que se interpone entre el útero y el sacro. La replección de que los órganos pélvicos puede hacer variar las relaciones con el asa sigmoide.
- b) Por atrás, sus relaciones las hace a través del peritoneo con la cara anterior del sacro y la porción más baja de la articulación sacro ilía ca. A la izquierda se relaciona con la parte posterior de la escotadura ciática mayor. Los órganos retroperitonealmente, su relación la hacen con el asa sigmoide por medio del meso-colon.

El resto de sus relaciones son con el intestino delgado, el ciego y el apéndice.

El colon sigmoide está sujeto a la pared posterior del abdomen por medio del MESOCOLON, que se forma cuando el peritonéo parietal lo contornea para luego juntarse las dos hojas peritoneales y constituir su medio de fijación que se realiza en toda su longitud.

A nivel de la articulación sacrococcigea y a la izquierda se encuentra la fosa inter-sigmoidea con la cual tambien se relaciona.

CONSTITUCION ANATOMICA

El colon sigmoide está formado por cuatro túnicas o capas que son:

a) Túnica Serosa

Esta capa se forma cuando el peritoneo rodea el asa sigmoide y es a través de la cual que impide

que en los casos cuando se distienda, se ponga en contacto directamente con la pared posterior del abdomen.

b) Túnica Muscular

Formada por dos planos de fibras musculares:

1.- Un plano superficial de fibras longitudinales condensado primero en tres y luego en dos cintas musculares.

2.- Un segmento plano profundo formado por fibras musculares, dispuestos en forma circular.

c) Túnica Submucosa

Esta contiene los vasos destinados a la mucosa.

d) Túnica Mucosa

Es la capa más interna, de color blanco rosado, con repliegues dispuestos transversalmente, cuya función es la de aumentar el poder de absorción, de vital importancia para el organismo. La capa mucosa contie-

ne las vellocidades intestinales que son eminencias laminiformes o cónicas diseminadas en toda la superficie, los orificios glandulares y las placas de PEYERS.

IRRIGACION

El colon sigmoide recibe su irrigación sanguínea de las arterias sigmoideas:

- a) superior izquierda
- b) media
- c) inferior derecha.

Estas arterias se originan, de la mesenterica inferior independientemente o de un tronco común, que luego da origen a las sigmoideas que se disponen en toda su longitud del sigmoide anastomasandose entre si para formar el arco sigmoide el cual a su vez se anastomosa con la colica inferior por arriba y con la hemorreoidal su-

perior por abajo.

INERVACION

El asa sigmoide recibe inervación de tipo mixto que se forma por la anastomosis entre el plexo mesentérico inferior, ramas del nervio - presacro y ramas del nervio hipogástrico.

VI

FISIOLOGIA DE LA VAGINA Y EL COLON SIGMOIDE

La vagina y el colon sigmoide son dos órganos que forman parte de dos sistemas diferentes, el aparato genital femenino y el aparato digestivo respectivamente, en cada uno de ellos desempeñan funciones diversas, que junto con las que llevan a cabo, el resto de elementos que los forman, contribuyen al funcionamiento de dicho sistema ó aparato.

Durante el desarrollo de éste capítulo, haremos un análisis de las distintas funciones que cada órgano, individualmente tiene, estableciendo al final puntos de comparación, tomando en cuenta el aspecto anatomofisiológico.

PRINCIPIOS FISIOLOGICOS DE LA VAGINA (4 y 2)

La vagina, órgano musculomembranoso, cilíndrico en su estado activo, aplanado de adelante atrás, cuando no hay ningún elemento dentro de su luz.

Entre las funciones más importantes que la vagina desempeña tenemos:

OBSTETRICAS

Durante el trabajo de parto, el feto por las diferentes fuerzas que participan, es expulsado de la cavidad uterina y llevado al exterior, para que ésto se realice, tiene que pasar forzosamente por el conducto vaginal, situado entre el cuello uterino y la vulva ésta es la vía que sigue un parto normal.

Generalmente no existe relación de tamaño, entre los diversos elementos que pasan por su interior y su diámetro en estado de reposo, por ejemplo: el tamaño del feto y el diámetro de la vagina; sin embargo por el grosor, elasticidad y resistencia de las paredes vaginales, estas alcanzan diámetros bastante grandes - que se adaptan para dar paso al feto durante el parto normal; ésta distensión que experimenta la vagina, por las mismas propiedades anteriores y con la ayuda de -

formaciones vecinas del periné, recobra su tamaño normal, en un tiempo al que se le ha dado el nombre de puerperio, por ella también pasan la placenta y restos que hayan quedado en la cavidad.

FUNCIONES EXCRETORES

La vagina es el órgano a través del cual el útero elimina todos aquellos productos que no le son de ninguna utilidad, como el flujo menstrual normal de cada ciclo ó hemorragias anormales, secreciones, productos de diversas infecciones de la cavidad uterina. Para que la función se realice en forma satisfactoria, en primer lugar debe existir la continuidad que normalmente se establece entre el útero y la vagina por su extremo superior y la de ésta con la vulva por su extremo inferior, en segundo lugar el interior de

la vagina debe de estar completamente libre de -
formaciones que puedan obstaculizar el libre trán
sito de los elementos ó secreciones, provenientes
de la cavidad uterina, como sucede en aquellos ca-
sos que presentan himen imperforado, vagina con ta
bicamiento parcial ó total en forma transversa.

FUNCIONES SEXUALES

La vagina como elemento constitutivo del aparato re
productor femenino, entre sus funciones está el pa-
pel activo que juega, cuando se realiza la cópula,
sirviendo de repectaculo, al recibir en su seno al
órgano viril y al fluido seminal.

La sustancia mucomucilaginoso, que lubrica el inte-
rior de la vagina, no se origina directamente de éste
órgano, por una razón: no posee glándulas que la ela-
boren, esta proviene por su extremo superior, de las
glándulas de Bartholin, las cuales por diversos estí-
mulos nerviosos, la producen y la vierten en el inte-
rior de la vagina.

VII:

PRINCIPIOS FISIOLÓGICOS DEL COLON SIGMOIDE

El colon sigmoide es un segmento que forma -
parte de los elementos que constituyen el sis
tema digestivo, en su parte final, fisiológica-
mente éste órgano posee funciones que tienen
mucho similitud con las funciones de la vagina.
Entre estas podemos citar las siguientes:

Función Secretora

El asa sigmoide que es de forma cilíndrica,
es una víscera hueca, cuya pared está formada
de tres capas, la más interna recibe el nom-
bre de mucosa, en el espesor de esta capa se
alojan infinidad de glándulas, cuya función
es la elaboración de una sustancia de consis-
tencia mucilagínosa, que la vierten en el inte-
rior del sigmoide, para facilitar el deslizamien-

to de los diferentes elementos que por el circulan.

Esta substancia tiene la particularidad de formar una delgada capa ó película que recubre a la mucosa, con el objeto de protegerla contra cualquier lesión. Esta capa se adhiere firmemente a la mucosa lo cual impide que se desprenda.

Entre las teorías que explican la forma comose elabora ésta sustancia mucilagínosa podemos citar las siguientes: (2)

a) Por presencia

Según ésta teoría la producción de ésta sustancia se debe a la presencia que frente a las glándulas de la mucosa realizan los diferentes elementos que se encuentran en su interior. El fundamento de ésta teoría, es el estímulo nervioso, que provoca a la glándula por la presencia de objeto alguno, dando como resultado la secreción de moco.

b) Sobredistensión

Todos aquellos elementos, fáctores o causas, que hagan que se aumenten el diámetro del órgano, son estímulos suficientes para que las glándulas de la mucosa elaboren moco, El principio es similar al anterior.

c) Cualquier estímulo que se provoque sobre el sistema parasimpático, da como resultado la producción de moco, por parte de las glándulas de la mucosa intestinal.

Estas tres teorías tienen un denominador común, que es el estímulo nervioso, que se produce en las glándulas.

Funciones Excretoras

El aparato intestinal alto una vez aprovechadas, las sustancias que empleará para la síntesis de energía para el organismo, elimina las que ya no

le son de utilidad y la forma como lo hace, es a través de los diferentes segmentos de que está - formado el sistema digestivo, entre los cuales se cuenta el colon sigmoide, motivo por el cual se le atribuye función excretora.

Un aspecto muy importante de mencionarse, es de que el moco que elaboran las glándulas de la mucosa intestinal, no es irritante.

Mencionadas algunas de las diferentes funciones, que tanto la vagina como el sigmoide desarrollan en el organismo, haremos un cuadro para establecer sus relaciones.

CUADRO COMPARATIVO

<u>CARACTERISTICAS</u>	<u>VAGINA</u>	<u>COLON SIGMOIDE</u>
a) Forma	cilíndrico	cilíndrico
b) Longitud	7 a 12 cm.	7 a 12 cm.
c) Paredes	Gruesas	Gruesas
d) Elasticidad	Elástica	Elástica
e) Glándulas	no tiene propias-si tiene propias	
f) Lubricación	no tiene propia -si tiene propia	
g) Irrigación	Buena	buena

VII

SINTOMAS CLINICOS Y METODOS DE ESTUDIO EN PACIENTES CON AUSENCIA CONGENITA DE LA VAGINA

La ausencia congénita de la vagina, es una malformación, que se origina, por una falta de fusión, en los conductos de Müller, durante el desarrollo embrionario, la cual puede presentarse a nivel de determinados segmentos, ó bien en todo el trayecto de los conductos, esto da como -resultado, la presencia de anomalías, en los diferentes órganos que forman. La frecuencia con que se presenta, afortunadamente es poca. Conseller, ha encontrado esta condición, 1 por cada -4,000 pacientes estudiados, y su existencia es compatible con la vida, su repercusión se ha observado que es sobre la personalidad creándoles un sentimiento de inferioridad.

Está anomalía, pasa inadvertida, en los primeros a-

ños de la vida, por la falta de manifestaciones clínicas, que hagan sospechar su existencia. Generalmente es entre los 13 a los 15 años de edad cuando se descubre, debido a la falta de menstruación que comienza a preocupar a la madre,. Aumentando cada vez más, a medida que pasan los días. Transcurrido algún tiempo y en vista de persistir la amenorrea, tanto la madre como la paciente optan por la consulta al ginecologo, para saber a que se debe la falta de regla, y que posibilidades de tratamiento existen.

La mayor parte de pacientes con éste defecto traen ausencia congénita de útero. En los casos en que el útero esté presente, generalmente son pocos desarrollados ó son uteros bicornes, siendo difícil su palpación.

La impresión que causan éstas pacientes, es la de una persona normal, con sus caracteres sexuales secundarios bien desarrollados, femenina como - cualquier otra de sus semejantes. Se hace muy di fícil establecer diferencia, con otra paciente que no presente ésta anomalía. Todo lo anterior, obedece a que casi la mayoría con esta malformación, tienen ovarios anatómica y funcionalmente normales. Los estudios realizados por Counseller, demostraron por laparatomía, que de 26 pacientes solo en 4 se encontró útero, trompas y ovarios, anatómicamente normales, en estos pacientes sucede que por la retención del flujo menstrual, pueden ir progresivamente desarrollando, hematometría, hematosapiñg, pudiendo llegar hasta la cavidad abdominal, y desencadenar un cuadro de abdomen agudo.

Un aspecto en que Warthon ha llamado la atención, es la asociación que con mucha frecuencia se observa, de

anomalías del árbol urinario, como ausencia ó atrofia de uno de los dos riñones, ectopia renal, riñón en herradura, ptosis renal etc(6)

En el examen físico de estos pacientes, generalmente se encuentra que son físicamente, de aspecto normal, el desarrollo de las mamas, es normal, el vello pubiano y axilar, de forma y distribución normal, la grasa corporal es más abundante a nivel de las regiones gluteas genitales externos, bien desarrollados. En los casos de ausencia total de vagina, en el vestibulo solo se encuentra el orificio de la uretra bien prominente, no existe orificio himeneal. El tacto rectal ayuda mucho en la exploración de si hay o no órganos genitales internos de la pelvis.

Si existe ausencia parcial de vagina, con la in-

roducción del dedo se pueden determinar ciertas características, como longitud, diámetro, estado de sus paredes. Los métodos que más adelante se describen contribuyen tanto para confirmar el diagnóstico, como para poner en evidencia, anomalías congénitas asociadas.

METODOS O TECNICAS PARA EL ESTUDIO DE LA AUSENCIA
CONGENITA DE LA VAGINA.

Para el estudio de las diferentes enfermedades que atacan al ser humano se dispone de diversos métodos ó técnicas, que junto con las manifestaciones clínicas, referidas por el paciente hacen posible formarse un juicio, para poder concluir en el diagnóstico final. La ausencia de la vagina es una anomalía que también aqueja a la humanidad, la cual se considera como una entidad clínica, y como tal para su estudio o diagnóstico, se dispone de diversas téc-

nicas, que el médico debe conocer, su forma de aplicarlas, así como su interpretación. A continuación se hace una descripción más detallada de varias de ellas.

Examen Ginecológico

Dentro del exámen físico que se le practica a la paciente, el examen ginecológico ha de hacerse, rutinariamente, con el objeto de conocer detalles desde el punto de vista patológico, que pueden que dar ocultos dentro de la cavidad pélvica. Para el examen se coloca a la paciente en una mesa adecuada en posición ginecológica, por la naturaleza del exz men es conveniente hablarle previamente de la impor tancia que reviste y lo que significa su colabora- ción, acto seguido se observan los genitales exter- nos, forma de distribución del vello pubiano, atre fia o crecimiento del clítoris, estado de las glán-

glandulas de Bartholin y Skene, en el introito se examinará estado del himen, si está o no perforado, - existencia de secreciones en la uretra, pólipos, glándulas parauretrales, luego con la introducción del dedo indice o bien con la ayuda de un espéculo se verá la longitud de la vagina, estado de mucosa, su diámetro, si hay continuidad con el cuello, se verán las características que esta presenta, para determinar el tamaño, forma superficie, consistencia, del útero, así como presencia de masas en la cavidad pélvica, tamaño de los anexos, la palpación se realiza, con forma bimanual. En esta forma podemos darnos cuenta de la existencia de anomalías o formaciones congénitas, o patológicas que pudieran encontrarse presentes.

Tacto Rectal

Como complemento del examen anterior se hace el examen

rectal, el cual se lleva a cabo en la misma posición que se le da a la paciente para el examen ginecológico. El examen consiste en introducir el dedo índice por el recto, en forma lenta, con lubricante, con el objeto de no provocar reflejo vagovagal, se trata de llegar hasta la ampolla rectal, buscando si existen formaciones ó masas anormales fístulas, con órganos vecinos, como vagina, intestino, vejiga,. Este examen resulta un auxiliar de mucho valor, cuando se trata de pacientes jóvenes, con himen íntegro, lo cual no permite examen por la vía vaginal. Por el recto se puede, con experiencia, identificar las esctructuras, como útero, anexos y parametrios, importantes para ver los diferentes grados de invasión en el Ca del cuello.

Los resultados que se obtengan del examen dependen

en gran parte de la experiencia y la práctica.

PIELOGRAMA ENDOVENOSO

Los diferentes hombres de ciencia, que han dedicado gran parte de su tiempo, al estudio de pacientes con ausencia de vagina, confirman que las anomalías del tracto urinario, son las que con mas frecuencia se han encontrado, coincidiendo con agenesia vaginal en los hallazgos de operación, por lo que resulta de gran valor, efectuar de rutina, su estudio, mediante la pielografía endovenosa, usando medio de contraste radiopaco, con radiografías tomadas cada 5 minutos, para ver la progresión del material inyectado. Es conveniente, dar al paciente la noche anterior una preparación con laxantes y enemas con el objeto de tener la vía intestinal baja, libre de heces, que pueden ser causa de error, a la hora de interpretación.

VAGINOGRAMA

Si se quiere tener una mayor evidencia de las características, que presentan los pacientes, con éste defecto, se indica un vaginograma que no es más que la inyección de un material radiopaco, luego tomar radiografías, en posiciones anteroposteriores y laterales. En nuestros hospitales son muy poco usados por su alto costo.

CISTOSCOPIA

Examen que se indica de rutina cuando se hace el estudio de estos pacientes, teniendo previamente pielograma, que puede servir de guía é indicar a que nivel se encuentra tal o cual defecto, además de que nos indica el estado de la vejiga.

IX

TRATAMIENTO DE AUSENCIA CONGENITA DE VAGINA

Desde mucho tiempo atrás, las ciencias médicas a través de sus elementos que la cultivan, ha venido realizando investigaciones con el objeto de encontrar la forma de como corregirla, así como también el perfeccionamiento de las diferentes técnicas utilizadas hasta la fecha.

En un principio se trató de formar una vagina ejerciendo presión constante en la región perineal, con un molde, sin practicar ninguna disección del espacio uro-rectal, esta experiencia se debe a los trabajos realizados por Franck. Posteriormente Warthon, fué quien empleó el método de disecar el espacio uro-rectal colocando seguidamente un molde, que dejaba hasta que la superficie del tunel formado, se recubriera de epitelio. Otros autores modificaron la técnica así tenemos que Brideau hacía la disección y recubría el -

molde con membrana amniótica. Counsellor y Mc Indoe cubrían el molde con injertos de piel, de regiones vecinas.

Actualmente se está empleando el método, de usar un segmento del colon sigmoide con su circulación conservada, trasplantandolo a un tunel, que previamente se ha disecado en la región perineal.

Inicialmente se pensó que su aplicación era muy difícil por los peligros que implicaba su ejecución, tales conceptos han cambiado con el uso de los antibióticos y con los adelantos, que en materia anestesia se tienen actualmente.

También se ha experimentado empleando otros órganos como intestino delgado usado por Baldwin. Schuber utilizó segmento de recto. Ultimamente el método que se utiliza en Guatemala es el de la substitución de vagina por un

segmento de colon sigmoide.

TECNICA (1)

Preparación:

En forma rutinaria se practica en el paciente, un examen físico completo, hematológico, VDRL, Química sanguínea, heces, Orina, Rayos X de tórax, como exámenes especiales se indica tomar una radiografía de colon con enema de bario, con el objeto de ver las condiciones en que se encuentra, para poder ser empleado, se considera necesario practicar un pielograma con el objeto de descartar anomalías que pudieran existir en el árbol urinario, ya que se han visto con mucha frecuencia que vienen asociadas, para complementar el pielograma se indica una cistoscopia, que puede confirmar los hallazgos anteriores. Si se dispone de medios se hace un estudio cromosómico, el estado general de salud del

paciente se debe poner en condiciones óptimas.

La preparación del colon en el preoperatorio, se indica debido a que se va hacer resección y anastomosis con éste órgano, prescribiendo sulfathalidina 1.5 cada 24 horas, por vía oral, tres o cuatro días antes de la operación, en igual forma irrigaciones colónicas con agua simple diariamente.

OPERACION

Se prefiere usar la anestesia general.

La Paciente se coloca en decubitodorsal, con los muslos en semiflexión abducción y las piernas en flexión. En esta posición se puede efectuar el tiempo perineal y abdominal, sin interferencia entre uno y otro. Practicandose lavado de la región con jabón detergente, se hace antisepsia, se colocan los campos operatorios. Se practica

insición en la región perineal, seguida de disección aguda y roma, separando progresivamente la vejiga y el recto, teniendo especial cuidado de no herir estas estructuras, la disección del túnel se lleva hasta encontrar el peritoneo del fondo de saco de Douglas., sin abrirlos; terminando el túnel se deja un empaque, que a la vez actúa como hemostático. Se mide la distancia del fondo del saco de Douglas al periné agregándole cinco centímetros que será la longitud del segmento que será utilizado.

El tiempo abdominal se principia practicando una insición transversal suprapúbica, ó paramediana izquierda, se debe tener una buena exposición del campo operatorio. Se explora la cavidad abdominal y pélvica con el objeto de percatarse de la existencia de alguna anomalía bien del árbol urinario, vesícula, útero, trompas, ovarios, acto seguido se ex-

pone el colon sigmoide, identificado, algo muy importante como lo es su irrigación, su longitud, aspecto, movilidad, su irrigación arterial, rama arterial y la arteria marginal. Se disecciona el Meso del segmento sigmoidal, siguiendo el curso de la arteria y la rama marginal, que corre a lo largo del segmento. Terminada la disección de la arteria marginal se secciona el sigmoide por ambos lados y se procede a la exclusión del segmento, que se deja cubierto con compresas imbibidas en solución salina.

El paso siguiente es restablecer la continuidad entre los dos extremos de donde se ha sacado el segmento que se usará para vagina, mediante una anastomosis terminoterminal con dos planos de sutura, el primero sutura continua con -

catgutcrómico "oo" y el segundo con algodón"oooooo"

El Mesocolon, se sutura con puntos interrumpidos, con el objeto de cerrar la brecha formada y evitar problemas de tipo mecánico del intestino.

El extremo superior del segmento sigmoidal rececado se cierra en dos planos, el primero con catgut, sutura continua y el segundo con puntos interrumpidos de algodón. La gasa que se colocó en el tunel perineal, facilita identificar en el peritoneo del fondo de saco posterior, el lugar donde abre estando a la vista la gasa previamente colocada a la cual se sutura el extremo distal del segmento sigmoidal, se tracciona la gasa hacia abajo desde la región perineal, en esta forma desciende el extremo distal hasta la piel del periné.

El peritoneo del fondo del saco posterior se cierra con un plano de sutura de puntos interrumpidos de algodón, alrededor del asa del colon, dejando un segmen-

to de 2 cm. dentro de la cavidad peritoneal.

La operación se continúa, en la región perineal para colocar dos tubos de drenaje entre la pared intestinal y la pared del tunel, con el objeto de facilitar la salida de sangre que pudiera coleccionarse en esta región. La abertura inferior del segmento se sutura al borde del estoma perineal usando puntos separados de catgut en todo el contorno.

Finalmente se coloca sonda de Foley en la vejiga.

POST OPERATORIO

En el post-operatorio, a estos pacientes se les deja una sonda naso gástrica con succión continúa por el tiempo necesario, hasta que la paciente ya esté pasados gases por el recto libremente. Se le administran antibióticos penicilina-Estreptomicina, por vía intramuscular y se cuida de mantenerlo den-

tro de los límites normales su equilibrio Hidro-electrolítico.

Progresivamente se le irá ordenando dieta, hasta llegar a la dieta libre en 2 ó 3 días. Dos semanas después de la operación se toma una radiografía del colon con enema de bario para saber el estado de la anastomosis intestinal colocolónica. El procedimiento quirúrgico en total toma alrededor de tres horas, hasta la fecha ha sido bien tolerado por las pacientes, de quienes hacemos un resumen a continuación:

PRIMER CASO

M.Q. de 18 años de edad, consultó por amenorrea primaria, al examen se encontró paciente en buenas condiciones físicas, caracteres secundarios bien desarrollados, vello axilar y pubiano normales. Genitales externos normales sin introito vaginal. Al examen rectal no se sintió útero; examen cromosómico de sexo; positivo, pielograma endovenoso y radiografía del colon después de enema de bario, negativos. Se hizo diagnóstico de ausencia congénita de vagina y útero, con presen

cia de ovarios.

La paciente fué operada el 17 de agosto de 1963, en el Hospital General, San Juan de Dios de Guatemala, habiéndosele practicado vaginoplastía empleando segmento de sigmoide, conforme a la técnica descrita. El postoperatorio fué sin incidentes y afebril. Dos semanas después de la operación se tomó radiografía del colon con enema de bario que fué informada normal. Posteriormente se practicaron dos perinoplastías para resecar colgajos cutaneos y ampliación del estoma.

SEGUNDO CASO

M.DEL C.R. de 17 años de edad, consultó por amenorrea primaria. Al exámen, la paciente en mal estado general, desnutrición y con parasitismo intestinal caracteres secundarios bien desarrollados, vello axilar y pubiano normales, genitales externos, ausencia del introito vaginal, examen rectal, no se sintió útero, y los anexos palpables. La paciente presentaba otras anomalías, atrofia del riñón derecho, anomalía palpebro y corneoxcleral del ojo izquierdo.

El estado general fué mejorando y reconstituido, habiendo sido operada el 12 de junio de 1965, empleando anestesia por inhalación Vaginoplastía con segmento de sigmoide fué practicada. En la exploración pélvica se encontraron nodulos vestigiales de útero do-

ble de un centímetro cada uno, trompas y ovarios de aspecto normal. Los nódulos y las trompas fueron extirpadas.

El pos-operatorio de la paciente transcurrió normalmente sin ninguna complicación y afebril. Las radiografías del colon indicadas como control dos semanas después de la operación fué negativa.

El 7 de Julio de 1965, se le practicó una perineoplastia para resecar redundancia de mucosa en introito vaginal y al mismo tiempo se regularizó el estoma perineal.

TERCER CASO

B.P.S. de 19 años de edad, consultó por amenorrea primaria. Al examen buenas condiciones físicas, bien nutrida. Caracteres sexuales secundarios bien desarrollados, vello axilar y pubiano normales. Genitales externos normales sin introito vaginal. Al examen rectal no se sintió el útero.

Anexos no palpables RX del colon con enema de bario informada como normal, pielograma endovenoso muestra anomalía del árbol urinario. Uretrocistoscopia: solo muestra orificio de ureter izquierdo, donde sale orina clara; introito vaginal solo muestra orificio de la uretra. Se hizo preparación del colon con neomicina, irrigaciones colónicas con agua, fué operada el 7 de Enero de 1967 en el Hospital Roosevelt, practicándose vaginoplastia usando segmento de sigmoide. Se practicó la paratomía encontrándose ausencia del útero y vagina, ausencia del riñón derecho, ovarios normales con signos de ovulación reciente, estaban presentes las dos trompas solo su mitad, unidas por bridas. En dos oportunidades se ha prac.....

ticado perineoplastia para resecar redundancia de mucosa, a nivel del introito vaginal. El post-operatorio, sin complicaciones, afebril.

RESUMEN

La ausencia congénita de la vagina, es una malformación, que se presenta, con muy poca frecuencia, en los datos estadísticos reportados hasta la fecha, han encontrado, 1 en 4,000 pacientes estudiados. Obedece a una falta de fusión en los conductos de Müller durante el desarrollo embrionario. Generalmente se descubre en pacientes jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años, ésta anomalía no interfiere el desenvolvimiento de la vida. En los primeros años de la vida pasa inadvertida debido que no se da manifestaciones clínicas. Su descubrimiento se hace algunas veces de manera casual; en la mayoría de los casos es en la época de la pubertad, cuando la primera menstruación no aparece, lo cual hace que se despierte la curiosidad de la paciente, por lo que acude al médico.

En la mayor parte de los casos se ha comprobado, como hallazgo constante la presencia de los dos ovarios, con sus características anatomofisiológicas normales, por lo que estas pacientes tienen sus características sexuales secundarias normales y con buen desarrollo. El vello pubiano axilar y los genitales externos son normales. No presentan introito vaginal solo se visualiza en el vestibulo el orificio que corresponde a la uretra..

Al practicarse el tacto rectal pueden o no palparse los genitales internos, con más frecuencia se ha encontrado los ovarios y anomalías asociadas en otros órganos, esto puede confirmar se mediante la practica de una laparatomia exploradora.

Se discuten los diferentes procedimientos o mé-

todos de laboratorio que se considera recomendable utilizar para el estudio de pacientes que presentan ausencia congénita de la vagina, como son cistoscopías, pielogramas endovenosos, laparatomía etc. con el objeto de descubrir otras anomalías congénitas concomitantes y así formarse un criterio más exacto del caso a tratar.

Diversas técnicas se han utilizado para la corrección de ésta anomalía: (6)

- a) Formación de vagina por presión sobre el periné con un molde plástico (Frank).
- b) Disección del espacio urorectal seguido de la introducción de un molde plástico hasta que formare epitelio superficial.
- c) Counseller, Mc Indoe y Brindeau, lo hicieron utilizando injertos los dos primeros y membrana amniótica el segundo.

d) Baldwin utilizó intestino delgado, Schubert lo hizo con segmento de recto.

e) Gates, empleó colon Sigmoides.

Los tres pacientes que presentamos en un capítulo anterior, la vagina artificial que se les formó, se hizo siguiendo los pasos como indica la técnica o sea usando un segmento de colon sigmoide.

DISCUSION

En este trabajo de tesis se han presentado tres casos de pacientes, a los cuales se les ha construido vagina artificial, utilizando un segmento de asa sigmoide, éste procedimiento en un principio, era considerado muy difícil de aplicarlo, por la serie de obstáculos y los peligros que se presentaban, sin embargo los adelantos en anestesia y el uso de antibióticos han cambiado tal concepto. Este método consta de dos operaciones que se realizan en un solo tiempo, es menos complicado, que el usar segmento de recto. Hasta la fecha, ha sido bien tolerado en los pacientes en que se ha usado. Se trata con esta técnica de resecar un segmento de asa sigmoide, para llevarlo a un tunel disecado en la región perineal. Las ventajas observadas, son numerosas, buena irrigación del segmento favorece la vida del trasplante, se dispone de suficiente cantidad, está situado muy próximo al

tunel lo cual favorece su trasplante sin necesidad de mucha manipulación; sus paredes son gruesas y elásticas, su diámetro es ideal la mucosa produce moco que no es irritante y los resultados se aprecian en muy poco tiempo, Todas estas ventajas hacen de el, el método más aconsejado hasta la fecha.

Los pacientes que se han operado con este método, unicamente se ha necesitado de intervenciones plásticas menores, para resecar redundancias de mucosa, lo cual resulta inocuo, en relación a las complicaciones presentadas por otros métodos.

Es posible que en un tiempo no muy lejano, y a medida que se vaya adquiriendo mayor experiencia constituya el método de elección.

CONCLUSIONES

- 1.- La ausencia congénita de la vagina es una condición relativamente rara, ya que su incidencia oscila alrededor de 1 por 4,000 pacientes; su diagnóstico no es difícil.
- 2.- A pesar de que esta anomalía congénita permite el desarrollo orgánico en condiciones normales origina problemas de carácter psíquico emocional de inmensa intensidad.
- 3.- El empleo de un segmento de colon sigmoide para la formación de vagina artificial es un procedimiento efectivo que produce condiciones de funcionalidad normal.
- 4.- Los autores que se muestran acordes en que el procedimiento utilizado de asa sigmoide es el que se acerca más a la condición normal de la vagina, desde el punto de vista anatómico-fisiológico y resuel-

ve de manera satisfactoria las condiciones psiquico emocionales de la paciente.

5.- Los casos analizados en el presente trabajo han evolucionado sin complicaciones, habiéndose necesitado unicamente intervenciones plásticas menores en el periné.

6.- La relativa benignidad de la colpoplastía con asa sigmoide justifica su empleo en mayor número de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

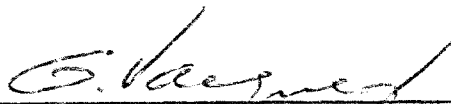
1. Bauer Paiz Francisco. Uso de colon Sigmoides en ausencia de Vagina. Trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Medicina celebrado en Guatemala del 29 de Noviembre al 3 de Diciembre de 1966. 2 Casos.
2. Guyton, Arthur C. Tratado de fisiologia medica 2a. ed. Mexico, Editorial Interamericana 1963, pp.789-995.
3. Mc Lean Morris Jhon an Virendra, Mahesh. Further observation on the syndrome testicular feminization. Am. J. Obstet. & Gynecol. 87(6): 731-743. November 15, 1963.
4. Novak, R Edmund and Jones, Seegar Georgeans. - Tratado de ginecologia. 6a ed. Mexico, - editorial Interamericana, 1962. pp.5-6, - 20-24.
5. Pratt, Joseph and Smith, George. Vaginal reconstruction with sigmoid loop. Am. J. Obstet. & Gynecol. 96(1): 731-743. Sept. 1, 1966.
6. Te Linde, Richard. Ginecologia Operatoria. 2a. ed. Buenos Aires, ediciones cientificas Jose Bernades, 1955. pp. 716-726.
7. Testut, L. y Latarjet, A. Tratado de anatomia Humana. 9a. ed. IV. Aparato digestivo-- Peritoneo-Aparato Urogenital, Barcelona, Salvat Editores, 1960. pp. 472-483, 1267-1283.



V. R. R. de Amaya



Br. Edmer Octavio Chacón P.



Dr. Guillermo Vasquez
ASESOR



Dr. Francisco Bauer Paíz
REVISOR