

ANOMALIAS VULVO-VAGINALES, VAGINA TABICADA

"Investigación retrospectiva del primero de Enero de mil novecientos sesenta y siete al treinta y uno de Diciembre de mil novecientos setenta y siete, de los casos reportados en los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social."

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. RAZONAMIENTO	3
III. REVISION DE LITERATURA	4
IV. MATERIALES Y METODOS	9
V. REVISION DE CASOS	10
VI. CONCLUSIONES	17
VII. RECOMENDACIONES	18
VIII. BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUCCION

El presente estudio surgió en mi motivación de estudiante de Medicina, ante los escasos conocimientos que de las Anomalías Congénitas Vulvo-Vaginales tenemos en Guatemala. En mi preparación médica me sorprendió el hecho de que anomalías como las del caso de estudio no fuesen tratadas con profundidad ni hubiesen mecanismos de control, pues como lo demostraré, su tratamiento resulta ser mucho más positivo y efectivo, cuando se tienen éstos elementos indispensables para el Médico investigador.

De esta manera el presente trabajo pretende ser, no sólo un instrumento para aquellos médicos que se enfrentan a éstos casos, tampoco un estudio escrito como análisis de sucesos anteriores, sino sobre todo un verdadero aporte que basado en trabajos comparativos, en investigaciones de nuestro propio campo y recomendaciones de nuestra experiencia, gracias a nuestros mentores, pueden brindar de manera sucinta un apoyo a quien se enfrenta a casos desconocidos, pero que de no tratarse en la forma debida, generan problemas de índole familiar y socio-cultural

El presente estudio conlleva no sólo la comparación y la investigación de los casos de más incidencia, sino de todos en general porque ellos están comprendidos dentro de una causa: anomalías congénitas. Determinaré de manera clara y precisa los materiales y métodos que utilizaré para la investigación: el origen, tratamiento, y el éxito de éste, en la corrección de la anomalía.

Considero como la parte principal de éste trabajo, todo lo que

se refiere respecto a la prevalencia de los casos presentados en Guatemala, específicamente en Vagina Tabicada; sobre todo de las formas sistemáticas y metódicos en que los casos deben ser estudiados para que con su conocimiento anterior y su estudio presente, el Médico pueda remontarse a la corrección más adecuada de la anomalía.

Finalmente concluyo el presente trabajo de investigación, haciendo énfasis en la necesidad de su estudio retrospectivo, investigaciones comparativas, alternativas de corrección y como primordial la sistemática de registro de casos, para que en el futuro, contemos todos los médicos de Guatemala, del mejor cumplimiento de nuestra misión hipocrática.

RAZONAMIENTO

Personalmente el presente estudio surgió como inquietud de estudiante de conocer la causa e incidencia de la anomalía tan rara que ahora presento, y como lo demostraré mas adelante aún es pobre en investigación y denota poca certeza en sus conclusiones.

Consideré que las técnicas que se utilizan para el diagnóstico de la presente entidad, pueden estar sujetas a muchos errores diagnóstico así como estadísticos. Es más, hay que hacer énfasis en que los recursos humanos y estadísticos con que se cuenta en los centros hospitalarios son escasos.

Esta situación tan especial, me impulsó a creer más en la necesidad de investigar las enfermedades que aquejan al género humano, que aunque raras pueden parecer al principio, al final de nuestra jornada podrían tener consecuencias más serias que de no conocer su etiología e incidencia nos veríamos en problemas difíciles de resolver por ignorancia del mismo.

La falta de recursos bibliográficos, la deficiencia en el seguimiento de registros médicos, pese a mi interes por la investigación, limitó la objetividad de mi trabajo.

REVISION DE LITERATURA

Hasta los primeros años del quinto decenio del siglo veinte, se aceptaba que los defectos congénitos eran causados, principalmente, por factores hereditarios. Sin embargo Gregg al descubrir que la Rubeola sufrida por la madre en etapa inicial de la gestación causaba anomalías en el embrión, indujo a pensar que las malformaciones congénitas en el ser humano podían también ser causadas por factores ambientales.

Los importantes estudios de WarKany y Lolter, demostraron en la rata que era teratogena una deficiencia alimenticia específicamente durante la gestación, ésto motivó muchas investigaciones que condujeron a descubrir gran número de factores ambientales teratógenos para el embrión de mamíferos.

En la sexta semana de vida intrauterina, los embriones tanto masculinos como femeninos tienen dos pares de Conductos Genitales:

- A) Conductos Mesonefricos o de Wolff, que van desde el mesonefros hasta la Cloaca.
- B) Conductos Paramesonefricos o de Muller, neoformados que siguen curso paralelo al de los Conductos de Wolff.

Dependiendo del sexo del embrión, alcanzan desarrollo completo los conductos de Wolff, o los de Muller.

Sí es femenino, el Conducto de Muller desarrolla completamente formando oviducto, utero y mayor parte de vagina, desapareciendo de ésta manera el Conducto de Wolff, a excepción de unos pequeños vestigios.

En la etapa inicial del desarrollo del Conducto de Muller, pueden identificarse tres porciones:

- A) Porción Cronal vertical que desemboca en el celona.
- B) Porción Horizontal que cruza el Conducto de Wolff.
- C) Porción Caudal vertical que se fusiona con la del lado opuesto.

El origen de la vagina humana aún no esta claro. Inicialmente se creía que el Conducto Ureterovaginal (que se forma por la fusión de los conductos de Muller), daba origen al útero y toda la vagina. Esta teoría se descartó al observar que las invaginaciones macizas de la pared posterior del Seno Urogenital experimentaban canalización, y de ésta manera, también tenían, las cuatro quintas partes superiores de la vagina derivan del Conducto Ureterovaginal, y la quinta parte inferior proviene del Seno Urogenital. Sin embargo una tercera teoría (la más reciente), postula que la vagina proviene por completo del Seno Urogenital.

A la novena semana de vida intrauterina la punta caudal maciza de los conductos de Muller alcanza la pared posterior del Seno Urogenital en la región de los conductos de Muller, estas invaginaciones son llamadas Bulbos Senovaginales, los cuales proliferan intensamente y forman la lámina vaginal; dicha lámina, engloba el extremo macizo del conducto Uterovaginal aproximadamente a la onceava semana.

Para el quinto mes, la invaginación vaginal ha presentado canalización completa y las prolongaciones en forma de alas de la laminilla alrededor del extremo del útero, formando de esta manera los fondos de saco vaginales. El interior de la vagina permanece separada internamente del seno Urogenital por virtud de una laminilla delgada, llamada Himen.

A medida que continúa el desarrollo, los conductos de Muller que tienen una luz, terminan contra el cordón salido de células que constituyen la placa vaginal, que a su vez termina contra el seno urogenital que se hace progresivamente más pequeño conforme continúa el desarrollo. Esta placa adquiere una luz, al principio en el extremo cercano al seno urogenital en la etapa como 150 mm. Casi en la etapa de 200 mm aparecen los fondos de saco y una luz continúa a lo largo de todo el conducto. De los hechos anteriores se saca en claro que tiene que haber unión entre el epitelio del seno urogenital y el de los conductos de Muller, del cual el sitio exacto no está aun claro pues Vilas y Meyer sostienen que la unión en el adulto está señalada por la fusión plano-cilindrica en el cuello. Sin embargo Koff opina que la unión es en el tercio superior de la vagina. El estudio más reciente presentado por Fluhman, demostró que la unión era en el orificio interno, donde se unían la mucosa endocervical y la endometrial.

La duplicación de la vagina o atresia es dada cuando los bulbos senovaginales no se fusionan o no se desarrollan respectivamente.

El tabique vaginal transverso es una entidad patológica que con facilidad puede ser diagnosticado erróneamente por ausencia congénita de vagina y útero si no es interpretado debidamente dicho tabique. Esta es una anomalía bastante rara, de la cual hay muy pocos informes en la literatura. En 1954 Bowman y Scott registraron cuatro pacientes con esta anomalía. El tabique vaginal transverso se observa sobre todo en la unión del...

medio de la vagina, aunque también puede presentarse en otros puntos a lo largo del conducto vaginal.

AcKusick y Colaboradores (1964) descubrieron dos primos Amish con ésta malformación. Investigaron el transtorno hasta un antecesor común y consideraron que la herencia autosómica recesiva era una explicación muy probable, por lo menos en algunas anomalías.

La sintomatología del tabique vaginal transversal depende básicamente en que si éste presenta una pequeña perforación o si es imperforado. Si se trata de un tabique perforado, la menstruación parecerá normal y no se sospechará de anomalía hasta que la paciente logra llevar a cabo relaciones genitales en donde se descubre la obstrucción vaginal o bien hasta en el momento de aparecer un embarazo; como en un caso publicado por Bowman y Scott.

Ahora bien si el tabique no está perforado, la hemorragia menstrual externa es imposible y la aparición de los síntomas será tan pronto como venga la menarquia, pues es en este momento donde hay retención de sangre. De esta manera se podrá acumular un mucocolpometra así como hematocolpometra por detrás del tabique imperforado. El Doctor Rager Scott (1958) se le presentó el caso de una niña recién nacida con mucocolpos gigantes por tabique vaginal transversal. En toda paciente (niña o adolescente), que consulta por amenorrea y masa abdominal baja, hay que sospechar de la presencia de tabique vaginal transversal. El tratamiento está dado por dilatación manual o extirpación quirúrgica del tabique, el cual no suele presentar problemas. Procedimiento que debe efectuarse al hacerse el diagnóstico.

El tabique longitudinal anteroposterior, puede ser parcial o extenderse casi hasta la salida de la vagina. Ambos lados pueden estar abiertos, pero en raros casos el tabique puede estar fundido con la

pared vaginal lateral, de manera que un lado de la vagina y del útero son obstruidos y distendidos por la retención de sangre menstrual.

Puede observarse la presencia de vagina doble con útero y trompas completamente normales; así como útero doble completo con vagina doble completa, también no es raro, la vagina doble con cuello doble y cuerpo único.

El tabique vaginal longitudinal suele ser asintomático y no descubrirse hasta en el momento de que las pacientes llegan a tener relaciones genitales, cuando puede llegar a ser causa de dispareunia. Es más en otros casos no se descubre hasta en el momento del parto. Si se hallara obstruido algún lado de la vagina, sí aparecieran síntomas de retención de sangre menstrual; la extirpación de un tabique vaginal es lo indicado. Esta intervención puede resultar sencilla pero a veces causa hemorragia intensa. Si el tabique vaginal produce obstrucción, distasia dispareunia debe extirparse.

MATERIALES Y METODOS

Para el estudio del presente trabajo, utilicé como métodos y práctica la investigación retrospectiva de 33,342 registros clínicos, los cuales fueron ingresos que correspondieron a los departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General "San Juan de Dios, Roosevelt e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, investigación que comprendió del primero de Enero 1967 a treinta y uno de Diciembre de 1977.

Se elaboro un formato a manera de recabar los datos necesarios para el presente trabajo.

De los registros clínicos revisados, presté mayor importancia aquellos que a su ingresos presentaban impresión clínica de Anomalía Vaginal en general.

Los parámetros fueron: Edad, estado civil, momento que se detectó la anomalía, tipo de anomalía, tratamiento recibido y el éxito de éste. Estos datos fueron tabulados.

REVISION DE LOS CASOS

Para el desarrollo de una investigación referente a problemas congénitos se requiere que el investigador tenga a su disposición los elementos teóricos que lo vinculan a la anomalía, y sobre todo referencias y análisis que le puedan dar visión más amplia de los casos en estudio relacionados con su propia naturaleza, y con aquellos factores que influyan con la entidad patológica.

Dentro de mi experiencia en esta investigación, las fuentes a las que recurrí, las referencias de casos reportados por la literatura eran escasas, así como los reportados en los registros clínicos revisados en los tres centros hospitalarios investigados (General "San Juan de Dios", Roosevelt, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social); reconociendo que durante la evaluación física de las pacientes no se tomó la atención debida a la posible existencia de estos problemas.

A continuación se exponen los resultados de la investigación más detalladamente en base a cuadros estadísticos.

Gráfica No. 1

TOTAL DE CASOS REVISADOS DEL 1 DE ENERO DE 1967 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1977.

CASOS REVISADOS*	No.	o/o
Sin Anormalidad	33,332	99.98
Con Vagina Tabicada	10	0.02
TOTAL	33,342	100.00

*

*Fuente: Registros clínicos de los departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S.

Gráfica No. 2

EDADES DE LOS PACIENTES CON ANOMALIAS VULVO-VAGINALES.

GRUPO DE EDADES*	No.	o/o
De 7 a 12 años	1	10.00
De 13 a 20 años	9	90.00
TOTAL	10	100.00

*Fuente: Registros clínicos de los departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S.

La anomalía se detectó con más frecuencia entre los 13 y 20 años de edad (90o/o), lo que demuestra que no se le pone la debida

Gráfica No. 3

DISTRIBUCION SEGUN EL ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL*	No.	
Solteras	6	60
Casadas	4	40
TOTAL	10	100

Fuente: Registros clínicos de los departamentos Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S

Se consideraron como solteras a las pacientes que no habiendo tenido relaciones genitales antes del exámen.

Gráfica No. 4

LUGAR DONDE SE DETECTO EL PROBLEMA.

LUGAR DE HALLAZGO*	No.	
Sala de Labor y Partos	3	30
Consulta Externa	4	40
No Descrito	3	30
TOTAL	10	100

*Fuente: Registros clínicos de los departamentos Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S

Gráfica No. 4a

MOTIVO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES.

MOTIVO DE CONSULTA*	No.	o/o
Masa en Hipogastro	3	30.00
Trabajo en Parto Activo	3	30.00
Amenorrea Primaria	1	10.00
No Descrito	3	30.00
TOTAL	10	100.00

* Fuente: Registros clínicos de los departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S

En los cuadros 4 y 4a, se hace la relación del motivo de consulta y el lugar donde se detectó la anormalidad, encontrando que en el 30o/o el motivo de la consulta fué trabajo de parto activo, no pudiéndose establecer bien el lugar donde se detectó la anormalidad por falta de datos de los registros clínicos; igualmente en otro 30o/o de la muestra no se pudo detectar ninguno de los datos.

Los demás casos aunque tarde, considero que fueron detectados en un lugar y momento adecuado.

Gráfica No. 5

TIPO DE ANORMALIDAD DETECTADO.

No. DE PACIENTES*	No.	o/o
Labique Longitudinal	5	50.00
Labique Transversal	5	50.00
TOTAL	10	100.00

Fuente: Registros clínicos de los departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S

Gráfica No. 6

DISTRIBUCION SEGUN INCIDENCIA POR CENTRO ASISTENCIAL.

CENTRO ASISTENCIAL*	No.	o/o
General San Juan de Dios	5	50.00
General Roosevelt	3	30.00
I.G.S.S	2	20.00
TOTAL	10	100.00

Fuente: Registros clínicos de los departamentos de Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S

Gráfica No. 7

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA POR PACIENTES ESTUDIADAS.

SINTOMAS	No.	
Creptomenorrea	4	4
Dispareunia	1	1
No Descritos	5	5
TOTAL	10	10

Fuente: Registros clínicos de los departamentos Gineco-Obstetricia y Pediatría de los hospitales General San Juan de Dios, General Roosevelt e I.G.S.S

La razón de no haber un dato fidedigno en el cuadro anterior es porque no se investiga adecuadamente.

DISCUSION

Con la presente investigación se confirma la rareza de la anomalía de vagina tabicada siendo esta el 0.02o/o de pacientes estudiadas de un total de 33,342. Es notable observar que el diagnóstico fue hecho en el 90o/o entre 13 - 20 años de edad, lo que puede ser secundario a que es la etapa en que empiezan a manifestarse los síntomas ya sea que se trate de tabique vaginal transversal imperforado, como se dió en el presente estudio, en el cual cuatro pacientes consultaron por criptomenorrea secundaria a la entidad anterior.

Respecto al tabique longitudinal de las cinco pacientes investigadas con éste tipo de tabique una fue detectada manifestando dispareunia, y no fueron descritas en cinco de los registros clínicos investigados.

Los datos anteriores coinciden con los reportados en la literatura mundial.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia con que se presenta la anomalía de Vagina Tabicada es de 0.020/o.
2. Las edades que con mayor frecuencia se dió la anomalía Vulvo-Vaginal de vagina tabicada fueron de 13-20 años.
3. De las pacientes estudiadas únicamente el 50o/o presentaron sintomatología.
4. La incidencia de Tabicada Transversalmente así como Longitudinalmente fue del 50o/o para cada una en el estudio efectuado.
5. El éxito del tratamiento de la corrección del Tabique Vaginal está dado en 100o/o, el cual es quirúrgico.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar los Registros Clínicos.
2. Investigar de manera más profunda las anomalías Congénitas en General.
3. Mejorar los Medios de Comunicación científicos para de esta manera obtener referencias, Bibliográficas de mucho valor para todo investigador.
4. Que se sea meticuloso en la evaluación física de cada paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldsmon. Tobias; Diagnóstico de Malformaciones Cordova, Argentina 1972.
2. Novak Edmund, Jones, Geordonna S, Jons, How Anomalia Congénitas. Tratado de Ginecología 8a Interamericana, México 1971.
3. Stowens Daniel: Congenital Anomalies o Pediatric P The Williams T Wilkens Company Baltimore 1969.
4. Herskowitz, Irwin T: Genetees Litle, Brown Company 1962.
5. Lagmon Jon: Embriología Humana Interamerican 1969.
6. Kissone, Jobn; Smith, Margaret 6: Pathology of In Child Bood The C.V. Mosby Company St. Lonis. 19
7. Dun, L.C: A Short History of Geneties. Mc. Bravo Company 1965.
8. Federmon, Doniel. Abnormal sexual Developm Sounders Company 1967.
9. Caspersson, T; Zech, L; Lidsten, J; Dutrillaux B; Schmid W. Nicols, W W, Mattbey, R; A

Cromaconicas, Triangulo Revista Sandoz de Cien
Médicas 11: 3: 73-114. 1972.

10. Beazley, John M: Malformaciones Congenitas del Apa
Genital. Ginecología. Obstetricia. Diciembre 1974.

Br. Nancy Pezzarossi

Dr. Rodolfo Robles H
Asesor

Dr. Federico Castro
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Dr. Raúl Castillo A.
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano