

Ginecología y Obstetricia

Vol. IV

JUNIO, 1958

Nº 2

Trabajos Originales

TRATAMIENTO DE LAS APLASIAS, ATRESIAS E HIPOPLASIAS VAGINALES CON FALOS ACRILICOS

DRES. EDUARDO BUNSTER, ENRIQUE LOPEZ Y JOSE CANO *

Clinica Ginecológica del Hospita del Salvador y Hospital San Luis. Santiago, Chile.

ANTE todo quiero excusarme por traer ante Uds. un tema sobre el cual nuestra experiencia personal es escasa. Sírvame de atenuante el señalar que son muy pocos los especialistas que tienen a su favor una gran experiencia ya que la aplasia vaginal en sí misma es una entidad rara, calculándose que se presenta una vez por cada 5,000 nacimientos.

Conviene, antes de entrar en materia el definir lo que entendemos por aplasia, atresia, hipoplasia, estenosis y atrofia vaginales. En efecto no es raro el encontrar mal usados estos términos. Así en el *Journal Amer. Med. Ass.* del año 1952 un autor habla de los resultados benéficos de la implantación de pellets de estrógenos en la aplasia vaginal. Ya que la aplasia involucra una mal formación congénita que se traduce por ausencia de la vagina mal puede el tratamiento hormonal dilatar una cavidad que no existe.

En la atresia vaginal la cavidad preexistente ha desaparecido total o parcialmente por procesos intrínsecos o extrínsecos que han suprimido su lumen. En la hipoplasia la vagina es congénitamente estrecha, corta y con fondos de saco mal definidos. En la estenosis la vagina es total o parcialmente estrecha. En la atrofia la vagina que antes era normal ha reducido todas sus dimensiones y generalmente ha adelgazado su epitelio por causas variadas siendo la principal la carencia hormonal de la senectud.

Ciertas aplasias vaginales no requieren intervención terapéutica. Tal es el caso de aquellas coexistentes con aplasia uterina o asociadas a úteros

* Los autores agradecen al distinguido dentista Dr. Leopoldo Panat su gentil y eficaz participación en la elaboración de los falos.

rudimentarios y en las cuales no hay perspectivas de relaciones sexuales. No existe aquí problema terapéutico alguno y si el ginecológico pretende remediar la malformación procede con mal criterio pues expone a su paciente a riesgos innecesarios. En tales casos la simple observación del caso y explicación juiciosa de lo que ocurre y de la no existencia de peligros a la paciente o a sus familiares es lo procedente. Muy diverso es el caso de la mujer que teniendo una aplasia vaginal parcial o total tienen un útero funcionante, vale decir, que menstrúa. En ella se producirá un hematometra o/y un hematosalpinx o —como nosotros lo hemos observado en uno de nuestros casos— una endometriosis pelviana. La repetición rítmica de las molestias catameniales y su progresiva intensidad obligará a la paciente a consultar opinión facultativa y del examen clínico resultará el descubrimiento de la anomalía que deberá ser remediada en la forma que luego señalaremos. En las mujeres con perspectiva de relaciones sexuales o sea novias o casadas el problema se hace más agudo. En todo caso el diagnóstico deberá ser explicado a la paciente quien deberá decidir si está o no dispuesta a experimentar los riesgos y molestias inherentes a una o más eventuales operaciones. Si la mujer carece de libido es preferible desaconsejar la intervención, pero según nuestra experiencia la libido es fuerte en esta clase de pacientes y algunas de ellas han expresado que preferirían morir si no pudieran conseguir satisfacer a su esposo presente o futuro. Dicho sea de paso es interesante el hacer notar que estas pacientes a pesar de carecer de vagina y no pocas, de útero funcionante, tienen ovarios normales que ovulan rítmicamente. Este ha sido un argumento muy poderoso con que hemos atacado a quienes han levantado la teoría de la sinergia útero-ovárica según la cual el ovario no funciona bien si no existe endometrio normal. Estas pacientes en que no sólo no tienen, sino que jamás han tenido endometrio constituyen una prueba irrefutable de la falsedad de tal teoría, afortunadamente en completa derrota. Una indicación muy especial de la formación de una neo-vagina la constituyen los casos de transvestismo o eonismo especialmente estudiados en Dinamarca, Holanda, Alemania y EE. UU. en que individuos de sexo masculino y aparentemente normales desde el punto de vista físicos exigen su transformación en mujeres, se visten y desean trabajar como tales, sin que sean por lo demás, homosexuales en el sentido estricto de la palabra (Hamburger C. H., Stürup G. K., Herstendnester & E. Dahl-Inersen 1953 y Worden y Marsh, 1955).

En algunos de estos casos sometidos a la consideración de los tribunales daneses se ha autorizado legalmente el cambio de sexo de tales individuos lo que involucra la extirpación del pene, la castración y la creación de una vagina.

¡Hacemos votos porque jamás tengamos que confrontarnos con semejantes pacientes!

Por último debemos decir que en toda paciente con defectos congénitos serios de su aparato genital deberá practicarse un estudio radiológico de su árbol urinario para despistar anomalías similares que no son raras en tales

casos. Cousellor, Phelan y Greene (1953) afirman que la tercera parte de las pacientes con aplasia vaginal presentan una anomalía concomitante del aparato urinario superior.

Los métodos operatorios.

Desde que Dupuytren en 1817 intentó la creación de una neo-vagina labrando una cavidad inter vésico-rectal, hasta la fecha, se han ideado numerosos procedimientos cuya enumeración detallada sería inoficiosa remitiendo el que sobre este tema se interese al excelente trabajo de Weber (1947) o al texto de Crossen y Crossen (19) o al trabajo de Couseller (1948).

Podemos sí decir que todos tropiezan con un gran inconveniente cual es la tendencia a la retracción, fibrosis y cicatrización de la cavidad así formada.

Aminora esta tendencia el revestimiento epitelial de las paredes de la neo-vagina. Para conseguir este se ha recurrido entre otros a los siguientes procedimientos.

1º. En las operaciones de Balwin (1904) o de Mori (1909) al uso del íleon o más raramente de la S. ilíaca.

2º. En el procedimiento de Schubert (1911-1912) a la ampolla rectal que se desplaza hacia adelante bajando la parte alta del recto para reemplazarla.

3º. En la plastía de Frank y Geist (1927) al uso de injertos pediculados tomados del muslo o/y del abdomen. En otras plásticas los colgajos se toman de los pequeños labios, etc.

4º. En el procedimiento de Kirschner-Wagner (1930) y en el de Mc Indos y Banister (1938) a los injertos de Thierch tomados de la cara interna del muslo.

Todos estos procedimientos ofrecen serias dificultades técnicas y las primeras exponen a peligros serios y aún a la muerte.

Habiendo observado a Wagner la realización de la operación que lleva su nombre en Berlín y considerando su inocuidad decidimos ensayarla en los casos en que ella estaba claramente indicada con algunas modificaciones que consideramos interesantes y que son la única justificación de esta presentación.

En el procedimiento original de Kirschner-Wagner publicado en 1930 estos autores extraen uno o más injertos de Thiersh mediante el dermatomo de Schepelmann y con ellos recubren un falo de esponja elástica que lleva en su centro un tallo de goma endurecido o de madera. La o las láminas de Thiersh se suturan sobre el falo con puntos de catgut o simple y hecho esto se introduce el falo en la cavidad labrada en el espacio inter vésico-rectal y se fija ahí por algunos puntos de sutura a los tegumentos vulvares. Al cabo de aproximadamente 8 días se retira el falo y en los casos favorables el injerto de piel queda adherido a las paredes de la neo-cavidad vaginal donde experimenta ulteriormente su transformación en mucosa vaginal.

Nosotros hemos realizado la operación en dos tiempos. En el primero nos limitamos a labrar la cavidad inter vésico-rectal hasta contactar con el fondo de saco peritoneal de Douglas y en el segundo tomamos el injerto y colocamos el falo. Este proceder tiene por objetivo el conseguir una perfecta hemostasis en la neocavidad para asegurarnos así una mejor adherencia y nutrición del injerto.

La segunda modificación consiste en reemplazar el falo de goma esponjosa por un falo acrílico, mejor tolerado por los tejidos y que por lo tanto favorece menos la infección. Además, y con el objeto de disminuir las tendencias naturales a la retracción. Además, y con objeto de disminuir las tendencias de cortisona.

Por último dejamos a las pacientes en posición de Trendelenburg con el objeto de producir un vacío en la cavidad pelviana que aspire, por decir así al suelo pelviano y a su contenido.

Los detalles son los siguientes:

Preparación operatoria es la habitual para una operación perineal. Insistimos en que la paciente se bañe en ducha usando jabón de hexaclorofeno en los tres días precedentes a la operación. Además en la víspera de la operación la cara interna de los muslos de donde se van a tomar los injertos deben aseptisarse con alcohol y éter dejando apósito estéril y vendaje sobre ella.

I Tiempo: Anestesia con pentothal. Colocada la paciente en posición de litotomía se incide en forma de cruz sobre la zona perineal y se profundiza la incisión haciendo debridamiento trasversal más que ántero-posterior. El índice izq. introducido en el recto nos resguarda de perforar el recto y un dilatador o sonda metálica que se introduce en la vejiga nos informa sobre la situación de la uretra y fondo vesical. El debridamiento se prosigue en una profundidad razonable de 6 a 8 cms. y luego se procede a la hemostasis cuidadosa. Se termina por taponar las cavidades con gasa estéril y sulfadrogas. Se administra penicilina y estreptomocina por vía parenteral.

II Tiempo: Al día siguiente se procede a tallar el injerto. Para esto la piel de la cara interna de un muslo es la más apropiada por ser más elástica, más delgada y desprovista de pelos. Se procede una vez más a pincelarla con merthiolate o alcohol y éter y luego a encuadrarla en un campo aséptico. Para tomar el injerto se puede usar un dermatomo o los cuchillos de Schepelman o Blair Brown. Nosotros hemos usado este último (Fig. 1) que posee una hoja intercambiable. El espesor del injerto dermo-epidérmico se regula mediante tornillos que separan o aproximan el filo cortante a un rodillo o barra trasversal fija. La superficie de la piel se lubrica con jalea de petróleo o tulle-gras estériles y enseguida la piel es estirada y aplanada mediante 2 tablillas de madera esterilizada que traccionan en forma divergente. El ayudante se hace cargo de una tablilla y el operador sujeta la otra con la mano izq. mientras que con la mano derecha hace ejecutar al cuchillo movimientos de vaiven con lo que va tallando el injerto. Tomado el injerto

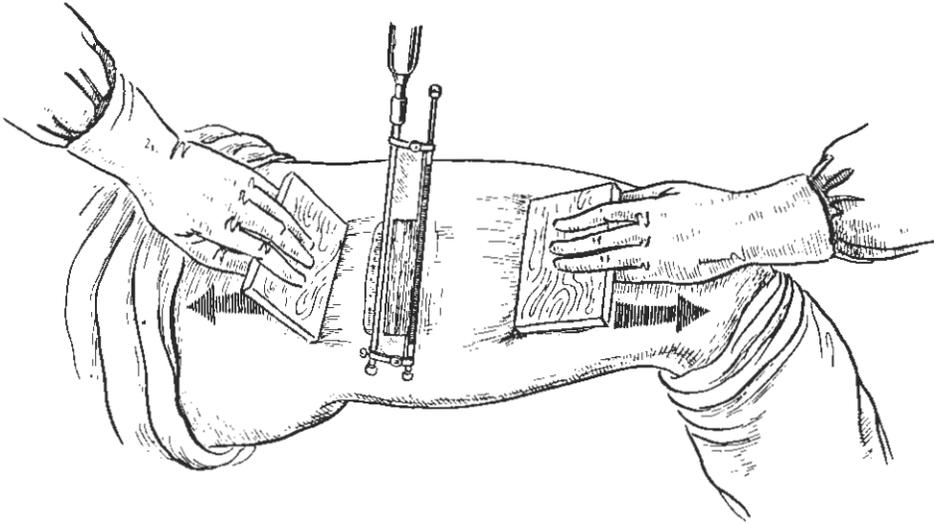


Fig. 1.—Mientras el cirujano y su ayudante haciendo uso de sendas tablillas de madera esterilizadas estiran y aplanan la piel de la cara interna del muslo, el cirujano con su mano der. hace ejecutar movimientos de vaivén al dermatomo de Blair Brown obteniendo así una lámina dermo epidérmica para revestir el falo.

principal y trozos adicionales sin son necesarios se recubre la herida del muslo con tulle-gras y apósito esterilizado curación que sólo se retira a los 15 días, o sea cuando las pequeñas heridas del dermis ya se han cicatrizado a expensas del epitelio que circunda los folículos pilosos y glándulas anexas de la piel. Algunos aconsejan el depositar a manera de profiláctico de la infección, una capa de sulfadrogas esterilizada sobre la zona cruenta.

Tallado el colgajo se recubre con él el falo acrílico previamente esterilizado por la ebullición cuidando de que la epidermis quede en contacto con el falo y la dermis hacia afuera. Para esto se sutura el colgajo con catgut simple eliminando lo que sea supérfluo. (Fig. 2).

Hecho esto se retira la gasa dejada desde el día anterior en la cavidad de la neo-vagina y se revisa la hemostasis y luego se introduce el falo. Este se sutura con 3 ó 4 puntos de supramid grueso a los pequeños labios y horquilla o se fija mediante un vendaje en T bien aplicado. En este último caso debe introducirse en la cavidad del falo un tubo grueso de goma el que debe sobresalir unos 4 ó 5 cms. del borde del falo. Este tubo actúa como resorte cargando el falo al interior de la cavidad.

La paciente queda en posición de Trendelenburg con sonda vesical a permanencia y se le administra cortisona (50 mgrs. por vía parenteral) antibióticos y sedantes evitando aquellos que pudieran provocar vómitos.

La alimentación se reinicia al día siguiente con proteína e hidratos de carbono, evitándose la celulosa, frutas, etc., con el objeto de impedir evacuaciones intestinales inoportunas.

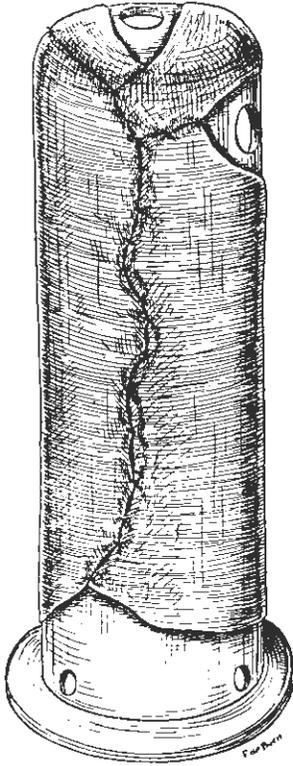


Fig. 2.—El falo acrílico ha sido revestido casi en su totalidad por uno o más amplios injertos de Thiersch. Los orificios de desagüe del falo deben quedar libres o solo parcialmente revestidos. Los orificios inferiores permitirán fijar el falo a los tegumentos vulvares

Al 8º día se retira el falo se lava bien, se le esteriliza y se le vuelve a colocar.

Apenas se reconozca una buena epitelialización se deben permitir las relaciones sexuales. En el intertanto la paciente debe continuar usando el falo en forma ambulatoria. La cortisona se sigue administrando ahora por vía bucal a razón de 50 mgrs. al día dosis que al cabo de un mes se rebajará a 25 mgrs. al día. Esta droga evita la retracción fibrosa de la neo-vagina persistiendo una mejor epitelialización. Simultáneamente debe aconsejarse la administración de estrógenos para estimular la circulación del aparato genital y la multiplicación celular y mejor trofismo del injerto el cual lentamente se va transformando en mucosa. La vitamina A a razón de 200.000 U. al día es también recomendable por su acción benéfica sobre los epitelios malpighianos.

En los procedimientos en que el revestimiento mucoso se hace a base del recto, o intestino el epitelio cilíndrico no cambia y persiste al estado de tal produciendo a veces, según relatan los autores, flujo leucorreico irritante (Weber 1947).

Las pacientes deben seguir bajo vigilancia durante muchos meses en el curso de los cuales habrá que realizar raspado de fungosidades en

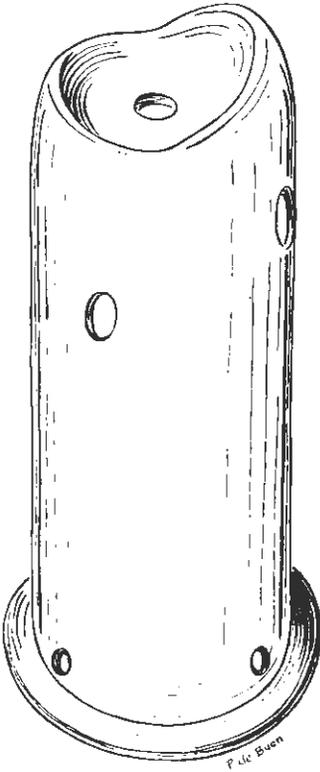


Fig. 3.—Modelo de fallo acrílico con extremidad superior cóncava (en copa) destinada a contener al cuello uterino. Este tipo de fallo ha sido ideado por nosotros para aquellos casos de aplasia en que existe cuello uterino.— Su uso está también indicado en los casos de atresia o estenosis vaginales. El borde posterior de la concavidad del fallo es más pronunciado que el anterior y debe alojarse en el fornix vaginal posterior. El orificio central de la concavidad permite la salida de linfa, sangre o serosidad. Este y demás fallos han sido elaborados gentilmente, para nuestro Servicio por el Dr. Leopoldo Panatt.

puntos aún no recubiertos de piel o mucosa o su eliminación mediante un biótomo.

Las perforaciones de que están dotados los fallos tienen un doble propósito, a saber:

a) facilitar el escurrimiento de sangre, linfa, serosidad o de exudados del interior de la cavidad e ilustramos sobre lo que está pasando en su interior; y, b) al permitir la penetración del tejido granulatorio por los orificios fijan el fallo o sea, impiden su rotación lo cual se traduce en una conveniente inmovilidad del injerto.

En otros modelos de fallos (Fig. 3) el extremo profundo lo hemos hecho cóncavo en vez de convexo y su objetivo es albergar en su concavidad al cuello del útero en aquellos casos en que este órgano existe.

Hasta este momento sólo nos hemos referido al uso de los fallos en las aplasias genitales pero su uso es muy vasto y pueden ser de gran utilidad en las *atresias vaginales* en las cuales haya que hacer plastía. En las estenosis vaginales en las cuales la plastía no es necesaria basta hacer 3 ó 4 incisiones longitudinales de la vagina y debridar prudentemente la cavidad resultante. La administración de cortisona y de estrógenos en el post-operatorio impedirá la retracción de la cavidad vaginal ampliada y estimula a la multipli-

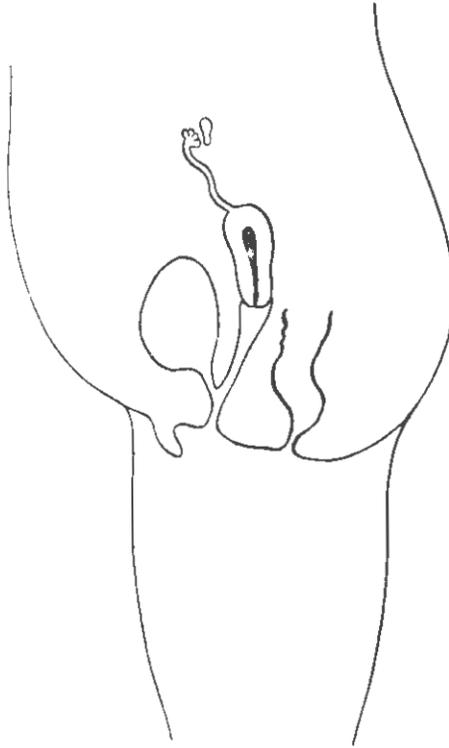


Fig. 4.—Caso de pseudo hermafroditismo femenino externo tratado con el uso del falo acrílico.— Es el caso de una paciente de 38 años psíquicamente femenina, dotada de fuerte libido en la cual la cohabitación era imposible por persistencia del seno urogenital e hipoplasia acentuada de la vagina. La inspección de la vulva permite reconocer sólo la desembocadura del seno urogenital.— Radiografía y examen con pentothal revelan la situación que se esquematiza en la figura. Gran hirsutismo que la obliga a afeitarse todos los días. Eliminación de 105 mgrs. diarios de 17 cetosteroides. La laparotomía revela salpingitis inespecífica y ovarios pequeños. En la operación se incide el perineo en la línea media y luego se practican 3 incisiones longitudinales de la minúscula vagina procediéndose luego a debridar la cavidad resultante y a colocar el falo. Posteriormente y a requerimiento de la paciente se extirpó el clítoris.— Revisada un año después. Acusa relaciones sexuales normales con orgasmos y amplia cavidad vaginal. Las cápsulas supra-renales se revelaron sanas al tacto hecho en la laparotomía.

cación del epitelio malpighiano vaginal el cual avanzando en forma convergente provocará la total epitelialización de la cavidad vaginal ensanchada.

En las estenosis circunscritas diafragmática o segmentarias valen las mismas consideraciones que para las estrecheces totales, pero el uso del falo puede limitarse a 20 días. En las hipoplasias vaginales se tratará primero de emplear la terapia hormonal con estrógenos por vía local (óvulos o supositorios vaginales con 0.4 mgrs. de etinil estradiol) o/y per os y sólo en caso de fracaso de esta terapia debe recurrirse a la prótesis con falos.

Si la hipoplasia es muy acentuada como en el caso de pseudo hermafroditismo de la obs. N^o 54/4029 (Fig. 4) hay que combinar la hormoterapia a

la cirugía y recurrir desde luego al falo para eliminarlo tan luego la vagina haya cicatrizado totalmente. En una ocasión debimos asociar el uso del falo por aplasia de los tercios superiores de la vagina al uso del tallo de plata intrauterino por existir atresia congénita del conducto cervical. Ambas prótesis se superpusieron y permitieron la aparición de la menstruación ausente hasta entonces.

En todos estos casos la prótesis debe ser usada por lapsos prolongados.

RESULTADOS

Hemos usado los falos acrílicos en 9 casos que se reparten así:

Aplasia total de la vagina con útero aplásico no funcionante	2 casos
Aplasia parcial (dos tercios superiores) con útero funcionante	1 „
Estenosis e hipoplasia vaginal con seudo hermafroditismo . . .	1 „
Estenosis diafragmática vaginal	4 „
Brida y atresia del tercio superior de la vagina	1 „
TOTAL	9 casos

En un caso de aplasia total de la vagina sin útero funcionante se ha conseguido la formación de una vagina de 7 cms. de profundidad y amplitud normal sin tendencia alguna a la retracción. Ha empañado este brillante resultado una pequeña fístula recto-vaginal de no más de un milímetro de diámetro que no molesta a la paciente por lo que ella ha rehusado la operación tendiente a cerrar el trayecto fistuloso *.

En la otra paciente en las mismas condiciones la vagina es más profunda e igualmente amplia pero la epitelialización es incompleta faltando un 10 % más o menos por lo cual hay todavía tendencia a la retracción. Esta paciente que ha sido operada 3 veces debe todavía usar su falo.

En ambas las relaciones son indoloras y acompañadas de orgasmos.

En la hipoplasia y estenosis vaginal asociada a pseudohermafroditismo femenino externo e hiperfunción córtico suprarenal las relaciones son normales y muy frecuentes pues esta paciente padece de libido exagerado tal vez condicionado por una alta secreción de andrógenos, como lo revela la alta tasa de 17 cetosteroides ascendente a 105 mgrs. en 24 hrs. Los orgasmos son también normales.

En la paciente N° 4 con aplasia de los dos tercios superiores de la vagina y útero funcionante que le produjo una endometriosis externa la vagina se alargó de 2,5 a 6 cms. y permite relaciones normales con orgasmos. Sin embargo, la aplasia del tercio vaginal superior se ha reproducido parcialmente persistiendo solamente un conducto residual que permite el escurrimiento de la sangre menstrual.

De las 4 pacientes con estrecheces parciales de la vagina hemos podido revisar sólo a tres. En una de ellas la vagina es tan amplia que permite la introducción simultánea de tres dedos. En otra la amplitud es normal

* Posteriormente a la lectura de este trabajo hemos operado a esta paciente logrando cerrar el trayecto fistuloso.

y los coitos son indoloros y con orgasmos. En una tercera la vagina es funcionalmente normal, los coitos son de todo punto de vista satisfactorios pero la longitud de la vagina es algo menor de lo normal. La cuarta de estas pacientes, por vivir en el campo, no ha podido ser revisada.

Como complicaciones podemos anotar la pequeña fistula recto-vaginal residual en una de las pacientes afectas de aplasia. En otra afecta de estrechez vaginal se produjo una hemorragia secundaria que exigió el retiro del falo y taponamiento con gasa. Al día siguiente, ya cohibida la hemorragia, se repuso el Falo. El resultado fué excelente.

En ninguna de nuestras operadas ha ocurrido embarazo. No hemos tenido mortalidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1º Consideramos brevemente nueve casos de pacientes operadas por defectos congénitos o adquiridos de la vagina en que se usaron falos acrílicos para mantener el lumen vaginal. En tres casos se usó el procedimiento de Kirschner-Wagner para crear neo-vaginas.

2º En algunas pacientes se asoció a la intervención quirúrgica la administración de cortisona para disminuir la tendencia natural a la retracción de las paredes vaginales, de estrógenos y de vitaminas A para activar la nutrición y cicatrización de la mucosa vaginal o de los injertos de Thiersh colocados en la neo-vagina.

4º La mortalidad ha sido nula y la morbilidad escasa y de poca importancia.

5º Los resultados funcionales han sido buenos o excelentes en 8 de las pacientes revisadas. Se desconoce el estado actual de una paciente.

6º Se insiste en las limitaciones que debe tener la plastía vaginal, operación que no debe hacerse si no es una necesidad en la paciente.

7º La frecuente ocurrencia de anomalías congénitas del aparato urinario en las aplasias vaginales y otras anomalías del desarrollo del aparato genital hacen recomendable el estudio radiológico del árbol urinario antes de proceder a la intervención quirúrgica.

8º El uso de falos acrílicos de fácil esterilización y que son bien tolerados soluciona satisfactoriamente diversos problemas en las plastías vaginales por aplasia y estenosis congénitas o adquiridas y por lo tanto su uso debe ser más difundido.

BIBLIOGRAFIA

- Hamburger C.; Sturup G. K. E. Dahl-Inersem. Transvestism. J.A.M.A. 152: 391; 1953.
 Worden F. G. & J. T. Marsh. Psychological factors in men seeking sex transformation. J.A.M.A. 157: 1292; 1955.
 Weber E. Historia y técnica de las operaciones vagino-plásticas. Toko-ginecología práctica. 6 Octubre. 1947.
 Crossen H. S. & R. J. Crossen. Operative Gynecology. The C. V. Mosby Co. St. Louis. 1938.
 Couseller V. S. Congenital absence of the vagina. J.A.M.A. 136: 861; 1948.

- Couseller V. S. Phelan J. I. & L. F. Greene. Deformities of the urinary tract with congenital absence of vagina. *Surg. Gyn. & Obst.* 97: 1; 1953.
- Baldwin S. F. The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. *Ann. Surg.* 40: 398; 1904.
- Mori M. 1909. Scheidenbildung unter Benutzung einer verlagerten Dünndarmschlinge bei Uterus rudimentarius cum Vagina rudimentaria. *Zbl Gyn.* 33: 172; 1909.
- , Scheidenbildung unter Benutzung einer verlagerten Dünndarmschlinge bei Uterus rudimentarius cum Vagina rudimentaria. *Zbl f Gyn* 34: 11; 1910.
- Schubert G. 1911. Über Scheidenbildung bei angeborenem Vaginakdefect. *Zbl f Gyn.* 27: 1017.
- , 1912.—Vaginal defect. und Scheidenbildung. aus dem Mastdarm. *Zbl f Gyn.* 36: 1109.
- Kirschner M. & G. A. Wagner 1930. Ein neues verfahren der künstlichen Scheidenbildung. *Zbl f Gyn.* 54: 2690.
- Frank R. T. & S. H. Geist 1927. The formation of an artificial vagina by a new plastic technic. *Am. Journ. Obst. & Gynec.* 14:712.
- Mc Indoe A. H. & J. B. Banister 1938. Operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 45: 490.