

Malformaciones del Aparato Genital Femenino en la Adolescencia

Elba Vázquez-Pizaña*
Adalberto Rafael Rojo-Quinónez**
Ossiel Eric Vargas-Salazar***
Norberto Gómez-Rivera****
Guillermo López-Cervantes*****

RESUMEN

Introducción. Las malformaciones del aparato genital femenino se producen por una alteración en la vida intrauterina o por detención o retardo en la vida extrauterina, donde la magnitud y tipo de lesión esta dada por el momento en el que se irrumpe el desarrollo sexual normal.

Objetivo. Conocer el tipo y características de las malformaciones del aparato genital femenino presentes en las adolescentes. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, en el periodo del primero de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2005, en las adolescentes en las que se estableció el diagnóstico de malformación del aparato genital femenino. Las variables analizadas fueron antecedentes personales, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y evolución.

Resultados. Fueron 23 casos con una edad promedio de 15 años, motivo de consulta dolor abdominal en 20 casos, método de diagnóstico predominante ultrasonido pélvico en 17 casos. El tipo de malformación predominante fue himen imperforado en 8 casos, seguidas de alteraciones de los conductos de Müller localizadas a útero en 10 casos, tabique vaginal 4 casos y agenesia de cervix y tercio superior de vagina un caso. Cursaban con embarazo 5 casos, encontrándose tabique vaginal en dos casos, útero bicornue en dos casos y útero didelfo un caso. Tratamiento quirúrgico en 20 casos y colección hemática como hallazgo quirúrgico 8 casos.

Conclusion. Es importante efectuar un correcto y oportuno diagnóstico, donde se toma en cuenta la salud mental y reproductiva, así como contar con un equipo multidisciplinario para un tratamiento integral.

Palabras Clave: malformaciones del aparato genital en adolescentes.

SUMMARY

Introduction. Malformations of the female genital system caused by and alteration in-uterus, or by the retention or delay in neonatal period, where the magnitude and type of lesion is given by the moment in witch the normal period development is interrupted.

Objective. To know the type and characteristics of female genital system malformation in adolescents.

Material and Methods. Retrospective study made form January 1995 thirty one December 2005 in adolescents who were diagnosed with a female genital malformation. The analyzed variables were personal background, medical profile diagnostic method, treatment, complications and outcome.

Results. There were 23 cases, with an average age of 15 years old, in 20 cases the cause for consultation was abdominal pain, in 17 cases the diagnoses was made by pelvic ultrasound. The predominant type of malformation was imperforated hymen followed by

* Servicio de Medicina del Adolescente. Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. AMSA. A.C.

** Departamento de Ginecología Obstetricia HIMES.

*** Médico Pediatra.

**** Médico Pediatra. Jefe del Servicio de Urgencias Hospitalización HIES.

***** Jefe del Servicio de Patología HIES.

E-mail: evazquez@hmo.megared.net.mx

alterations in the Muller cOnducts that lead to the uterus in 10 cases, vaginal septum was found in 4 cases, 1 case of cervix agenesis and upper third of vagina in 1 case. In 5 cases the patient was pregnant, that were diagnosed with vaginal septum, in two cases, and bicornus uterus in two cases, and didelphic uterus in one case. Surgical treatment was required in 20 cases, and a pelvic haematuria was a surgical discovery in 8 cases.

Conclusion. It's important to make a correct and timely diagnosis where take in account the mental and reproductive health and have a multidisciplinary team for an integral treatment.

Key Words: Malformation of the genital system in adolescent.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías estructurales del aparato reproductor femenino se manifiestan en diferentes momentos cronológicos de la vida, la mayor parte las anomalías de los genitales externos se manifiestan desde el nacimiento, en tanto que las anomalías obstructivas y no obstructivas del aparato reproductor se manifiestan no solo al nacimiento, sino durante la niñez, la pubertad, durante la menarca, en la adolescencia o en etapas posteriores de la vida¹.

El aparato reproductor deriva embriológicamente del seno urogenital y los conductos de Müller. El seno urogenital da lugar a la formación del vestíbulo, himen y tercio inferior de vagina; mientras que de los conductos de Müller derivan los dos tercios superiores de vagina, cervix, útero y trompas. Para el desarrollo de los conductos de Müller es necesaria la ausencia del factor inhibidor de las estructuras Müllerianas que produce el testículo del embrión masculino².

En general las anomalías del aparato reproductor femenino son resultado de agenesia, hipoplasia, fusión vertical (anormalidades de la canalización como consecuencia del contacto anormal con el seno urogenital), fusión lateral (duplicación), o reabsorción (tabiques).

Cada una de estas anormalidades da origen a una serie de síntomas y signos que merecen valoración y tratamiento individualizado.

En ocasiones el médico descubre algunas malformaciones uterinas y vaginales de manera accidental durante una exploración física o cuando la enferma experimenta amenorrea primaria, dolor pélvico agudo o crónico, hemorragia vaginal anormal, secreción vaginal fétida (que muchas veces empeora durante la menstruación).

A veces es difícil diagnosticar y tratar las obstrucciones uterinas y vaginales combinadas. Aunque son raras, estas enfermedades constituyen un reto y muchas veces pasan por alto durante los primeros años de la adolescencia porque el dolor pélvico, las hemorragias irregulares y la secreción vaginal se atribuyen a alteraciones funcionales^{1,3}.

Las malformaciones tanto de los genitales externos, pasan inadvertidas en el momento del nacimiento en la gran mayoría de los casos, y sólo pueden detectarse si se practica un acucioso y detallado examen físico del neonato. Se recomienda sospecharla siempre que se diagnostica malformación con-

génita urológica o anorrectal, dada la cercanía durante el desarrollo embriogénico de estas estructuras con el aparato genital y porque estas malformaciones generalmente aparecen en varios órganos y en muy raras ocasiones son únicas o aisladas⁴.

El abordaje de este grupo de malformaciones no es del campo exclusivo de una especialidad, deben participar el pediatra, ginecólogo infantojuvenil, urólogo, cirujano pediatra, endocrinólogo pediatra y otros especialistas, es ideal que este grupo de profesionales trabaje interdisciplinariamente.

Es importante considerar el apoyo psicológico para el médico y la paciente, tanto en la etapa diagnóstica como terapéutica. En este sentido, se debe adecuar los tiempos y el lenguaje en la explicación de las malformaciones. El médico debe reforzar la identidad femenina, manejar adecuadamente las culpas de los padres y de la paciente⁵.

En base a todo lo anterior el objetivo de este trabajo es conocer el tipo y características de las malformaciones del aparato genital femenino presentes en las adolescentes que asisten para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo en el periodo de 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2005, en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en las adolescentes en las que se estableció el diagnóstico de malformación del aparato genital femenino.

Se analizaron las siguientes variables edad, antecedentes personales, cuadro clínico, hallazgos físicos, de laboratorio, de gabinete, quirúrgicos, complicaciones y evolución.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 264 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico, se diagnosticó malformación del aparato genital femenino en 23 casos 8.7%

La edad correspondía a 11 años en un caso 4.3%, 12 en dos casos 8%, 13 en 3 casos 1.0%, 14 en un caso 4.3%, 15 en 8 casos 34.8%, 16 en dos casos 8.7%, 17 en dos casos 8.7%, 18 en dos casos 8.7% y 19 en dos casos 8.7%. El rango de edad fue de 11 a 19 años con un promedio de 15 años.

Las 23 adolescentes eran residentes y originarias del

Estado de Sonora en el 100%, su distribución por municipios era la siguiente Hermosillo 17 casos 73.9%, Nogales 2 casos 8.7%, en Guaymas, Caborca, Benjamín Hill y Agua Prieta un caso respectivamente.

Correspondían a medio socioeconómico alto un caso 4.3%, medio en 12 casos 52.2% y bajo en 10 casos 43.5%.

Fueron atendidas en hospitalización 18 casos 78.3% y consulta externa 5 casos 21.7%, la estancia hospitalaria fue de uno a 40 días con un promedio de 6 días. El tiempo de evolución presento un rango de un día a tres años. El motivo de consulta fue por dolor abdominal 20 casos 87%, esterilidad 2 casos 8.7%, sangrado transvaginal un caso 4.3%.

Otra sintomatología fue urinaria cinco casos, náusea y vómito tres casos, hipertermia dos casos Leucorrea un caso y síntomas generales dos casos.

El tipo de malformación presente fue himen imperforado en 8 casos 34.8%, útero bicorne en 6 casos 26.1%, tabique vaginal en 4 casos 17.4%, tabique uterino un caso 4.3%, útero didelfo bicolis con tabique vaginal completo en dos casos 8.7%, útero unicornio con cuerno uterino no comunicado un caso 4.3% y ageneia de cervix y tercio superior de vagina en un caso 4.3%, (Cuadro 1).

Cuadro 1

**TIPO DE MALFORMACIÓN ENCONTRADA
EN 23 ADOLESCENTES ESTUDIADAS**

Malformación	n	%
Himen imperforado	8	34.8
Útero bicorne*	6	26.1
Tabique vaginal	4	17.4
Útero didelfo bicolis con tabique vaginal completo	2	8.7
Tabique uterino	1	4.3
Útero unicornio con cuerno uterino no comunicado	1	4.3
Ageneia de cervix y tercio superior de vagina	1	4.3
Total	23	100.0

*Uno con ageneia renal, uno con hipoplasia renal y alteraciones óseas en columna.

De los antecedentes gineco-obstétricos se refería menarca en 12 casos con rango de 11 a 14 años y promedio 12.3 años. En estos casos el tipo de malformación presente fue útero bicorne en 7 casos, tabique vaginal 3 casos y tabique uterino un caso.

Existía antecedente de vida sexual activa en siete casos, con un rango de 13 a 19 años con un promedio 16.3 años. El tipo de malformación presente fue útero bicorne en 3 casos, tabique vaginal parcial en 3 casos y tabique uterino en un caso. De estas adolescentes cinco cursaban con embarazo, se realizó

cesárea en tres casos que presentaban trabajo de parto, diagnosticando tabique vaginal parcial en dos casos y una adolescente con embarazo gemelar complicado con eclampsia presentaba útero bicorne. En una adolescente el diagnóstico de embarazo se realizó por laparoscopia diagnóstica y terapéutica encontrando útero bicorne y huevo muerto retenido.

Existía antecedente de violación en un caso, se presentó por sangrado transvaginal realizando legrado uterino instrumental por presencia de restos ovulares, la malformación presente fue útero didelfo y tabique vaginal parcial.

Existía el antecedente de dos abortos en una adolescente, en los cuales se realizó laparoscopia diagnóstica y terapéutica, la malformación presente fue tabique uterino.

A la exploración física el abdomen era doloroso a la palpación en 17 casos, masa pélvica en 14 casos, útero gestacional en 3 casos, tabique vaginal completo en 2 casos y parcial en 4 casos, membrana himenal abombada 8 casos.

En una adolescente con tabique vaginal parcial se presentó sangrado transvaginal abundante poscoital con desgarramiento vaginal.

La madurez sexual de las pacientes correspondió a etapa 1V de Tanner en 7 casos y Tanner V en 16 casos.

En las adolescentes con masa pélvica la malformación asociada era himen imperforado 8 casos, útero bicorne 3 casos, útero didelfo con tabique vaginal dos casos, tabique vaginal dos casos y ageneia de cervix y tercio superior de vagina un caso, en esta última el cariotipo correspondió a 46XX.

Los estudios de gabinete realizados fueron los siguientes: Ultrasonido pélvico 18 casos 78.3%, ultrasonido renal en tres casos, urografía excretora en dos casos, cistograma miccional un caso y radiografía de abdomen en un caso, (Cuadro 2).

El tratamiento quirúrgico se realizó en 20 casos, en tres adolescentes con útero bicorne no se realizó ningún procedimiento, (Cuadro 3).

Se realizó estudio histopatológico en cuatro adolescentes, los hallazgos encontrados fueron endometrio premenstrual en un útero bicorne, útero izquierdo con endometriosis focal en un útero bicorne, inflamación aguda en un himen imperforado y endometrio decidual en un útero didelfo con tabique vaginal.

Las adolescentes hospitalizadas egresaron por mejoría en todos los casos, acudieron a revisión en 13 casos 56.5%.

CONCLUSIONES

El himen imperforado tiene una frecuencia de 0.1 de todos los recién nacidos vivos, y se traduce como un hidrocolpos en niñas pequeñas y criptomenorrea en niñas púberes, el modo de aparición es variable y la asociación de otras malformaciones es rara.

El diagnóstico del himen imperforado debe ser al nacimiento, las recién nacidas deben vigilarse durante los prime-

Cuadro 2
**HALLAZGOS EN LOS ESTUDIOS DE GABINETE EN 23 MUJERES ADOLESCENTES
CON MAFORMACION DEL APARATO GENITAL**

N	Tipo de Malformación	Edad	Estudio	Hallazgos
1	Himen imperforado	11	Ultrasonido pélvico Ultrasonido Renal	Útero vacío Normal
2	Himen imperforado	12	Ultrasonido pélvico	Hematocolpo
3	Útero bicorne	12	Ultrasonido pélvico	Útero bicorne subseptado, ovarios aumentados volumen y multiquisticos
4	Himen impeforado	13	Ultrasonido pélvico	Hematometra, piosalpinx derecho
5	Himen imperforado	13	Radiografía abdomen Ultrasonido pélvico	Normal Hematocolpo, dilatación endometrio
6	Útero bicorne, Embarazo gemelar	13	Ultrasonido pélvico	Útero bicorne, Embarazo gemelar
7	Tabique vaginal	14	Ultrasonido pélvico Ultrasonido Renal Cistograma miccional Urografía excretora	Tabique vaginal, hematocolpo Reflujo vesicoureteral derecho Obstrucción inferior Normal
8	Himen imperforado	15	No realizados	
9	Agnesia de cervix y tercio superior de vagina	15	Ultrasonido pélvico	Hematometra
10	Himen impeforado	15	No realizados	
11	Útero didelfo, tabique vaginal	15	Ultrasonido pélvico	Útero bicorne, tabique vaginal restos ovuloplacentarios
12	Útero bicorne,	15	Ultrasonido pélvico Ultrasonido Renal	Cuerpo uterino bicorne Ectasia renal derecha
13	Himen imperforado	15	Ultrasonido pélvico	Útero AV, Hematometra, quiste folicular ovario izquierdo
14	Útero bicorne	15	Ultrasonido pélvico Urografía excretora	Útero bicorne, hematometra, agenesia renal derecha, mioma intramural de grandes elementos Hipoplasia renal derecha, espina Bífida L5, sacralización L5
15	Útero didelfo, Tabique vaginal	15	Ultrasonido pélvico	Útero didelfo con colección en fondo posterior
16	Tabique vaginal Embarazo	16	No realizados	
17	Himen imperforado	16	Ultrasonido pélvico	Útero AV aumentado tamaño
18	Útero bicorne bicolis	18	Ultrasonido pélvico	Útero bicorne, oclusión tubaria bilateral
19	Tabique vaginal Embarazo 38.2	17	Ultrasonido pélvico	Producto único vivo 32 SEG
20	Útero bicorne	17	Ultrasonido pélvico	Útero bicorne, saco 5.6 SEG
21	Útero bicorne	18	Ultrasonido pélvico Urografía excretora	Útero bicorne, hematocolpo Agnesia renal izquierda
22	Tabique vaginal	19	No realizados	
23	Tabique uterino	19	No realizados	

Cuadro 3

**HALLAZGOS QUIRURGICOS EN 23 MUJERES ADOLESCENTES
CON MALFORMACION GENITAL**

N	Tipo de Malformación	Edad	Procedimiento y hallazgo quirúrgico
1	Himen imperforado	11	Himenoplastia sangre rojo carmín 500 cc
2	Himen imperforado	12	Himenoplastia, material achocolatado 500cc
3	Útero bicorne	12	No realizado
4	Himen impeforado	13	Himenoplastia y laparotomia exploradora drenaje de piosalpinx derecho
5	Himen imperforado	13	Himenoplastia, material achocolatado, cantidad no especifica
6	Útero bicorne, Embarazo gemelar	13	Cesárea Kerr, productos gemelares
7	Tabique vaginal	14	Plastia vaginal, material achocolatado 500 cc
8	Himen imperforado	15	Himenoplastia, material rojo oscuro 750cc
9	Agnesia de cervix y tercio superior de vagina	15	Histerectomía en otra unidad hospitalaria
10	Himen impeforado	15	Himenoplastia material hemático 100-150cc
11	Útero didelfo, tabique vaginal	15	Legrado uterino instrumental, plastia vaginal
12	Útero bicorne,	15	No realizado
13	Himen imperforado	15	Himenoplastia, plastia vaginal
14	Útero bicorne	15	No realizado
15	Útero didelfo, Tabique vaginal	15	Plastia vaginal
16	Tabique vaginal Embarazo	16	Cesarea Kerr producto único vivo
17	Himen imperforado	16	Himenoplastia, material sanguíneo 600cc
18	Útero bicorne bicolis	18	Resección de pólipos endometriales 50%
19	Tabique vaginal Embarazo 38.2	17	Cesárea Kerr producto único vivo
20	Útero bicorne	17	Laparoscopia, histerectomía y huevo muerto retenido
21	Útero bicorne	18	Histerectomía izquierda
22	Tabique vaginal	19	Plastia vaginal y reparación desgarró vaginal de 4cm posterior
23	Tabique uterino	19	Histeroscopia, resección de tabique

ros 15 días, si se presenta una crisis genital, puede producirse un hematocolpos que de no evacuarse puede tener consecuencias desfavorables⁴.

Esta malformación no suele ser identificada durante los primeros años de vida, ya que por lo general, no se realiza una exploración cuidadosa de los genitales externos en la recién nacida o en la infancia. El diagnóstico temprano se realiza sólo cuando hay producción excesiva del moco cervical que al acumularse, se comporta como un hidrocolpos⁶.

Cuando la malformación no es diagnosticada y no hay crisis genital de la recién nacida, por lo general sigue un periodo asintomático hasta la pubertad, cuando se produce menarquia

y las sucesivas menstruaciones, esta sangre se comienza acumular en la cavidad vaginal, ya que existe un impedimento mecánico a su salida al exterior, a esto se le conoce con el nombre de criptomenorrea⁴.

En el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Central de la Universidad Tampere, Finlandia, en el periodo de enero de 1966 a 1982, se detectaron 10 pacientes con hematocolpos, la edad media fue de 14 años, con un rango de 11 a 17 años, ocho pacientes tuvieron el diagnóstico de himen imperforado y dos tabique vaginal completo. La historia de dolor y tumor pélvico fueron los síntomas y signos que más comúnmente presentaron las pacientes⁷.

La malformación del aparato genital mas frecuente encontrada fue el himen imperforado en ocho casos, el rango de edad de 11 a 16 años, con un promedio de 13.5 años, la principal molestia fue el dolor abdominal, en todas se palpo tumoración, prominencia de himen, se realizo sonograma pélvico en seis casos y el tratamiento fue himenoplastia. En un estudio de cinco años en siete pacientes púberes entre 12 y 14 años de edad con criptomenorrea en quienes se encontró himen imperforado, las principales molestias fueron dolor abdominal, vómito y fiebre, en una menor se le palpo tumoración de abdomen, el hallazgo clínico mas relevante fue la prominencia del himen, a todas se les realizo himenoplastia⁶.

La retención sanguínea en el interior de los genitales de las niñas se observa con relativa frecuencia y depende del defecto estructural que la condiciona y de la cantidad de sangre colectada. Se puede localizar en la vagina (hematocolpos), en el útero (hematometra). Cuando este cuadro se demora en ser diagnosticado puede producirse una menstruación retrógrada a través de la trompa de Falopio (salpingohematometra), en todo el sistema (hematocolpouterosalpingooforectasia) o inclusive puede derramarse a cavidad peritoneal si la tensión intraluminal rebasa determinados límites, a lo cual se ha dado un importante papel en la génesis de la endometriosis^{4,6,8}.

Por sus características peculiares esta patología⁹ también puede causar torción de los anexos e hidronefrosis.

El cuadro clínico presente en el hematocolpos esta dado fundamentalmente por amenorrea primaria (criptomenorrea), dolor abdominal periódico, distensión abdominal y tumor en hipogastrio, prominencia del himen y aumento de la red capilar, separación de los labios menores y al tacto rectal se comprueba la vagina ocupada, características presentes en nuestra población⁴.

El sonograma pélvico se realizo en seis casos, este estudio es de gran utilidad en el diagnostico, en un reporte de dos niñas prepúberes con diagnostico de himen imperforado, se estableció un diagnostico correcto y tratamiento temprano, al identificar la presencia de útero y vagina al lado de la membrana lo cual permite que este desorden sea distinguido de la ausencia congénita de vagina¹⁰.

El tratamiento fue quirúrgico, es recomendable realizar el mismo en fecha anterior a la menarquia⁴, con la finalidad de evitar el hematocolpos y posibles secuelas.

El tabique vaginal se presento en cuatro adolescentes, estos son variantes de la agenecia o hipoplasias parciales transversas del tercio medio y superior de vagina. Se presento en forma completa que es la obstructiva en dos adolescentes, y parcial que permite la permeabilidad del conducto vaginal en cuatro adolescentes. En las adolescentes con tabique vaginal completo el cuadro clínico fue similar al del himen imperforado, características descritas por otros autores⁴.

El tabique parcial dará en la adolescente un cuadro clínico caracterizada por prolongación del periodo menstrual acompañado de dismenorrea, hallazgos encontrados en nues-

tras adolescentes. El diagnostico se confirma mediante una sencilla exploración vaginal o vaginoscopia en el caso de adolescente núbil⁴.

Se realizo sonograma pélvico en las adolescentes con tabique vaginal con o sin asociación de otra malformación. El diagnostico del tabique se realiza mediante ecosonograma con traductor rectal y abdominal, lo cual mostrara la ubicación anatómica de la obstrucción. En todos los casos el tratamiento fue quirúrgico y consistió en la resección del tabique o membrana⁴.

La segunda malformación encontrada en nuestro estudio fue el útero bicornes presente en 6 casos, en dos casos se asocio a tabique vaginal. Otras malformaciones en útero fueron útero didelfo bicolis con tabique vaginal completo, tabique uterino y útero unicornes con cuerno uterino no comunicado.

El útero puede ser asiento de varios tipos de malformaciones, las cuales se pueden asociar con otras, por lo que hay diversas clasificaciones, entre las que se encuentran hipoplasia y agenecia uterinas, útero didelfo, útero didelfo mas septum vaginal parcial, útero unicornes, útero bicornes bicolis, útero bicornes unicolés, útero septo, útero subsepto y útero arcuato⁴.

Los síntomas pueden ser dismenorrea, dolor abdominal recurrente, tumor pelviano, flujo purulento con menstruaciones presentes. Es frecuente que existan antecedentes de intervenciones quirúrgicas sin diagnostico de certeza (apendicetomía, salpingectomías, ooforectomía etc.). El retardo en el diagnóstico pueden dar lugar a endometriosis por menstruación retrógrada; en ocasiones se extirpan endometriomas ováricos sin hacer el diagnostico de la anomalía vaginal primaria¹¹.

Una ecografía renal y ginecológica nos aportaría datos fundamentales como agenecia renal, útero didelfo o bicornes y en ocasiones la formación correspondiente al hematocolpos o piocolpos.

El futuro reproductivo está relacionado con el tipo de duplicación uterina, excepto que el retardo diagnóstico haya provocado endometriosis o obstrucción tubárica¹¹.

En una adolescente de 16 años se presento agenecia de cervix y tercio superior de vagina, cursaba con dolor abdominal cíclico, a la exploración tanner V mamario y de vello pubico, masa abdominal. El sonograma pélvico oriento al diagnostico, se dio alternativa de histerectomía, la cual realizo en otra unidad hospitalaria.

La agenecia de cervix es una anomalía poco frecuente que suele asociarse con la ausencia parcial o total de vagina, los síntomas son los propios de la acumulación de sangre menstrual y el diagnostico se realiza por ecografía y la resonancia magnética¹².

El tratamiento es discutido, algunos autores proponen la creación de un trayecto entre la cavidad uterina y vagina¹³.

Pero dada la frecuencia del cierre del trayecto labrado, la casi nula posibilidad embarazo, la potencial endometriosis del neocanal y las repetidas infecciones pelvianas posibles, al-

gunos autores sostienen como tratamiento la histerectomía con preservación de ambos ovarios¹⁴.

La histerectomía precoz ayudaría a preservar la función ovárica, previniendo la endometriosis e infecciones pelvianas, existen casos de éxito (menstruación-embarazo), luego de tratamientos quirúrgicos conservando el útero¹¹.

En nuestro estudio cinco adolescentes cursaban con embarazo, a tres se les realizó cesárea, a una legrado uterino instrumental y otra un manejo laparoscópico.

Es de importancia un seguimiento de estas anomalías estructurales en relación con la imagen corporal, la satisfacción de la paciente, función sexual y reproductiva. En general aumenta la frecuencia de infertilidad inexplicable, endometriosis, aborto espontáneo, presentación pélvica y parto prematuro.

Se han realizado varios estudios sobre resultados de los embarazos^{15,16} en mujeres con anomalías de los conductos de Müller.

El diagnóstico, el manejo y los tratamientos quirúrgicos de todas las anomalías del aparato reproductor femenino

han cambiado gracias a los avances de las técnicas imagenológicas, las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, los instrumentos y el campo floreciente de la medicina de la reproducción, así como las técnicas de reproducción asistida¹.

Se ha descrito la utilidad diagnóstica y terapéutica de la cirugía laparoscopia en el abdomen agudo de origen ginecológico, especialmente en embarazo ectópico, como en nuestro estudio en una adolescente con útero bicornio y huevo muerto retenido¹⁷.

Es fundamental conocer y reconocer los signos y síntomas que provocan las malformaciones genitales. El diagnóstico precoz se basa en el correcto examen físico y su adecuada anamnesis en búsqueda de síntomas, como dismenorrea, dolor abdominal cíclico, tumor abdominal, amenorrea. En pacientes sintomáticas, debe plantearse la sospecha diagnóstica ante malformaciones urinarias, digestivas o esqueléticas.

La derivación precoz de paciente a un equipo multidisciplinario permite el tratamiento oportuno con repercusión favorable en la fertilidad¹².

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Emans SJ, Laufer M, Goldstein DP. Anomalías estructurales del aparato reproductor femenino. En: Emans JH, Laufer M, Goldstein DP. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. McGraw-Hill Interamericana. 2000: 233-76.
- 2.- Trejo EC, Carranza LS y cols. Malformaciones congénitas del aparato reproductor. En: Trejo EC, Carranza LS y cols. Manual de normas y procedimientos en ginecología "Luis Castelazo Ayala". 2005: 110-3.
- 3.- Pinsonneault O, Goldstein DP. Obstructing malformations of the uterus and vagina. Fertil Steril. 1985; 44: 241.
- 4.- Peláez MJ. Alteraciones anatómicas de los genitales. En: Peláez MJ. Ginecología infanto/juvenil. Salud Reproductiva del Adolescente. 1999: 39-51.
- 5.- Méndez RJ, Pereyra PB, Siemaszko K. Anomalías del desarrollo genital. En: Méndez RJ y cols. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Ascune Hnos. Buenos Aires Argentina. 2005: 190-107.
- 6.- Baeza HC, González ZE, Ramírez GG, García CL. Himen imperforado. Una causa poco común de criptomenorrea. Acta Pediatr Méx. 1999; 20(4): 176-80.
- 7.- Pentti K, Heinonen PK. Clinical implications and treatment of hematocolpos caused by imperforate hymen or complete transverse vaginal septum. Pediatric and Adolescent Gynecology. 1985; 3(1): 77-82.
- 8.- Rock AJ, Zaver H, Dlugi MA, Jones WH, TeLinde WR. Pregnancy success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse vaginal septum. Obstet Gynecol. 1982; 44: 448-51.
- 9.- Rodríguez GR, Lugo RJ, Rodríguez CR, Silva ML. Himen Imperforado como causa de hematocolpos. Bol Med Hosp. Infant Mex. 1994; 51: 678-81.
- 10.- Lilford R, Morton K, Dewhurst J. The diagnosis and management of the imperforate vaginal membrane in the pre-puberal child. 1983; 1(2): 115-23.
- 11.- Bailez M, Bagnati E, Katabian L, Pereyra PB, Tropp A. Malformaciones de los conductos de Müller y de la placa del seno urogenital. En: Sociedad Argentina de Ginecología infanto juvenil. Manual de ginecología infanto juvenil. Editorial Ascune Hnos. 2003: 131-49.
- 12.- Bou-Khair R, Zuccardi LA. Malformaciones de los conductos de Müller y del seno urogenital. Rev Hosp. Niños BAires. 2003; 45(202): 90-6.
- 13.- Farber M, Marchat DJ. Reconstructive surgery for congenital atresia of the uterine cervix. Fertil Steril. 1976; 27: 1277.
- 14.- Geary WL, Weed JC. Congenital atresia of the uterine cervix. Obstet Gynecol. 1973; 42: 213.
- 15.- Stein AL, March CM. Pregnancy outcome in women with Müllerian duct anomalies. J Reprod Med. 1990; 35: 411.
- 16.- Kirk EP, Chuong CJ, et al. Pregnancy after metroplasty for uterine anomalies. Fertil Steril. 1993; 59: 1169.
- 17.- López RE, Gutiérrez GV, Barrón VJ, Von Der Menden AW, Matute LA. "Utilidad diagnóstica y terapéutica de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo de origen ginecológico" Ginecología y obstetricia de México. 1998, 66: 377-80.