



Hace 55 años

Procesos Ginecológicos Congénitos que pueden producir Esterilidad o Infertilidad y qué acción tiene la Cirugía sobre ellos

*Por el Dr. Carlos D. GUERRERO, F.A.C.S.
Profesor de Patología Quirúrgica Abdominal.
Universidad Nacional de México.*

EL ORIGEN EMBRIOLÓGICO DE LOS GENITALES FEMENINOS

Los órganos genitales femeninos tienen un doble origen embriológico, puesto que unos se forman a expensas de los conductos de WOLF y otros a expensas de los de MULLER.

Ambos conductos se encuentran situados a cada lado del embrión, y al fusionarse en la línea media, en su parte inferior, los de MULLER originarán las trompas, el útero y la vagina.

En cambio, los ovarios son formados a expensas de los conductos de WOLF.

Debe pues tenerse presente que los ovarios tienen diferente origen del de las trompas, el útero y la vagina.

El himen a su vez está parcialmente formado a expensas del ectodermo (piel).

Nada tendrá de raro, que haya a veces unos órganos y falten otros, o que los unos sean normales y otros atípicos, puesto que su diferente origen embriológico explicará estas diferencias.

LA ESTERILIDAD FEMENINA DE ORIGEN CONGÉNITO

Puesto que para alcanzar una fecundación se requiere, en cuanto a la mujer se refiere, que sus órganos genitales estén totalmente, o al menos suficientemente desarrollados, podrá haber esterilidad causada por

malformaciones o ausencias congénitas de los órganos genitales.

Pero existen órganos indispensables para conseguir un embarazo y otros simplemente adicionales. Es indispensable que haya ovario para que forme óvulo, y útero para que anide normalmente al huevo y se desarrolle también normalmente el embrión. En cambio es adicional la existencia de trompas y aún de vagina; aunque nadie niega la gran importancia y casi indispensable que tiene la existencia de ambos órganos, recordemos que se han descrito embarazos consecutivos al implante intrauterino de ovario y que la vagina actúa solamente como receptáculo seminal.

Por otro lado no son necesarios ni los dos ovarios, ni las dos trompas para conseguir un embarazo y asimismo, el útero puede alcanzar un buen desarrollo, compatible con el embarazo, a expensas de un solo canal de MULLER.

Resumiendo: que en principio se requiere un total desarrollo de cuando menos un lado de los órganos de origen mulleriano (trompa-útero) así como del ovario (wolfiano) para que las funciones de reproducción se cumplan.

Una vez obtenida la fecundación, en un caso de mala conformación genital congénita, puede el embarazo interrumpirse como consecuencia de dicha malformación. Tal sucede por ejemplo en los úteros poco desarrollados, tabicados, angulados, etc.

Hay algunas afecciones congénitas que pueden corregirse quirúrgicamente, en cambio otras, particularmente las ausencias, no podrán ser tratadas con procedimientos cruentos.

Es precisamente para analizar el alcance terapéutico de la cirugía en estos casos, que se ha creído conveniente incluir el tema dentro de un Simposium

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:367-370.

dedicado a revisar las relaciones mutuas de la cirugía con el estado grávido-puerperal.

ACCIÓN DE LA CIRUGÍA EN LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA

Resultaría muy largo hacer el análisis de todas las malformaciones congénitas genitales femeninas; voy solamente a hacer una exposición basada en un orden de tipo anatómico, y conjuntamente un análisis de acción favorable que la cirugía puede tener sobre algunas de tales malformaciones.

A. En el himen

Existe la imperforación de dicha membrana. Esta enfermedad podría dar lugar a esterilidad, porque impide el coito; pero casi siempre se diagnostica desde antes del matrimonio, ya que al iniciarse las reglas, la sangre menstrual se acumula primero en vagina y después en el útero y trompas, formando sucesivamente el hemato-colpos, hemato-metra y hemato-salpinx.

El tratamiento quirúrgico es muy simple, puesto que basta con hacer la incisión en forma de cruz para dejar el himen perforado.

Los grandes hemato-metras y hemato-salpinx llegan a ser monstruosos y confundirse con embarazos y tumoraciones uterinas que han obligado a que los cirujanos hagan histerectomías en dichos casos.

La conducta recomendable será: himenotomía, con aspiración de la sangre retenida; y si hay además hemoperitoneo, laparotomía para hacer limpieza peritoneal. Puede hacerse una histerotomía por vía abdominal para aspirar todo el contenido intrauterino y sutura consecutiva de la matriz.

Si consideramos que el tejido uterino es distensible se justifica la conducta conservadora para intentar salvar una matriz.

En algunas ocasiones la distensión tan grande puede producir isquemia y necrosis, en cuyo caso la histerectomía sería de necesidad.

B. Atresia o ausencia de vagina

Puede haber ausencia total de vagina, sobre todo del tercio inferior de origen wolffiano; o existir la vagina en forma rudimentaria.

Estas malformaciones pueden coincidir muy raramente con presencia normal del útero, trompas y ovario.

El tratamiento consistirá en la formación de una neo-vagina; por alguno de los múltiples métodos que se han descrito.

El resultado puede ser bueno desde el punto de vista coito, pero nulo desde el punto de vista del embarazo.

Un caso de esta naturaleza fue descrito por el doctor Díaz Infante, de San Luis Potosí.

C. Tabiques de la vagina

Longitudinal

Puede haberlos longitudinales, situados en la línea media, dando lugar a la formación de dos vaginas laterales.

Por lo general una de las dos vaginas está más amplia que la otra. La mujer no conoce su anomalía durante su vida de soltera; generalmente es hasta el matrimonio, en virtud de la dificultad que la malformación ocasiona a la función sexual. Sin embargo hay casos conocidos de mujeres que pueden indistintamente y de manera selectiva verificar coito en uno u otro lado vaginal.

Esta malformación coincide siempre con anormalidad uterina (cuello y útero dobles).

La esterilidad se explica por la dificultad que el tabique significa para el coito y también porque a veces la vagina útil corresponde a un útero atrófico.

Transversal

Que producirá la estenosis de la vagina; pudiendo estar colocado en alturas variables.

Es frecuente observar un tipo de tabique transversal alto, que deja apenas un pequeño orificio a través del cual no es fácil identificar el cuello uterino.

Todos los tabiques, sean longitudinales o transversales deben operarse.

El longitudinal se reseca.

El transversal será incindido y resuturado en sentido contrario.

Es común observar este tipo de malformaciones y los resultados funcionales de las operaciones son muy satisfactorios.

D. Malformaciones uterinas

1.- Del cérvix

No existe ninguna monografía que yo conozca en la cual se encuentre una descripción o clasificación de todas las múltiples malformaciones uterinas. Las hay por ausencia del cérvix, coincidiendo con el tabique transversal alto de la vagina.

Otras veces hay un cuello rudimentario.

La forma general del cuello uterino puede modificarse y en vez de ser la clásica semiesferoidal estar como de aspecto de quilla, o hundido en la línea media, o con un rodete a manera de glande.

Otras ocasiones la mala forma consiste en una elongación, que coincide con anteflexión marcada y cuerpo uterino chico.

Los aspectos de cuello antes señalados es frecuente descubrirse en mujeres que consultan por esterilidad y en las cuales no se encuentra causa que la justifique.

El único procedimiento quirúrgico para estos casos será la dilatación endocervical mensual pre-ovulatoria; con el propósito de canalizar un endocérvix casi siempre atrésico en el cual se estancan secreciones cervicales no penetrables por el espermatozoide.

No es aconsejable el tratamiento quirúrgico en las elongaciones (amputación de cérvix) porque el defecto coincide con un útero hipoplásico; en las mujeres jóvenes es preferible el tratamiento hormonal para estos casos. Finalmente puede haber cuello doble; defecto que por su mecanismo de formación coincide con útero doble; a estos cuellos la única indicación a seguir es la dilatación periódica porque generalmente son atrésicos.

2.- Del útero

Por ausencia, es decir las malformaciones que se deben a falta de desarrollo de un canal de MULLER; lógicamente no tendrá tratamiento quirúrgico. Afortunadamente, cuando es unilateral, casi siempre hay un útero desarrollado a partir de un solo canal de Muller y casi siempre suficientemente desarrollado para permitir gestaciones.

Por defecto de fusión: dará lugar a los úteros tabicados, bicornes, didelfos, o dobles totales.

En estos casos podrá haber concomitancia con defecto tubario, sin que sea forzoso: entonces la fecundación puede o no ser posible.

Pero en cambio se presentan con frecuencia accidentes de infertilidad consistentes en abortos o partos prematuros de repetición.

La cirugía tiene en estos casos algunas indicaciones consistiendo en las operaciones que resecan los tabiques uterinos o la formación de un útero único a expensas de dos medio-úteros (operación de STRASMANN). El embarazo y parto consecutivo en condiciones normales es cosa frecuentemente reportada en la literatura médica.

En casos de úteros dobles o bicornes, suele estar atrofiado uno de ellos y formar una hematometra y en tales casos hemos amputado el útero atrófico; tal parece que después desaparece cierta acción trófica inhibidora que antes había y que el útero restante crece y alcanza una forma y tamaño normal.

Ninguna de estas malformaciones significan forzosamente que haya esterilidad, la prueba es que se describen casos de embarazo simultáneo en cada uno de los dos úteros.

Por hipoplasia: O falta de desarrollo del útero, en sus dos grados principales o sea el útero infantil con índice de Maecker, menor que la unidad o el útero hipoplásico (índice de Maecker igual que la unidad).

El útero arcuato es una modalidad de hipoplasia.

En el infantilismo uterino hay esterilidad; en la hipoplasia y útero arcuato puede haber infertilidad.

El único tratamiento será el médico y como medio quirúrgico la aplicación intrauterina y endocervical de tallos que estimulan el crecimiento (Uterector).

F. Malformaciones tubarias

Las hay múltiples, consistentes en ausencias, hipoplasias o duplicidad.

Hemos tenido oportunidad de encontrar algunas enfermas con estas anomalías; durante un acto quirúrgico hecho con diagnóstico de obstrucción tubaria.

Hasta ahora ningún tratamiento quirúrgico de estos casos ha sido seguido de éxito, me refiero a los casos personales.

G. Defectos ováricos

Interesa muy especialmente conocer la ausencia de ovarios, o la presencia del órgano con ausencia de su epitelio germinal.

Son entidades que no se tratan por ningún medio.

RESUMEN

Se analizan y explican brevemente las diferencias de origen embriológico entre: *a)* el ovario, *b)* las trompas, el útero y la vagina y *c)* el himen; debiéndose a dicha diferencia que cualquiera de estas diversas partes pueda tener alteración o ausencia, con normalidad o presencia de otra.

La cirugía da muy buen resultado en las siguientes afecciones: 1) Imperforación himeneal, 2) Resecando

tabiques (longitudinales) o diafragmas (transversales) de la vagina y 3) Extirpando útero complementario atrófico con un segundo útero normal y 4) Fusionando dos úteros incompletamente desarrollados (úteros dobles o didelfos o tabicados).

En cambio la cirugía no mejora, de acuerdo con nuestra experiencia, las elongaciones de cuello con atresia del canal porque coinciden con un útero hipoplásico.

Ninguna acción quirúrgica terapéutica posible en las ausencias de trompa o en las agenesias de ovario.

A menos de tratarse de algún estado anormal, hemorragia, *placenta previa* o procidencia de cordón, se dejará a la enferma en libertad de levantarse, acostarse, sentarse, etc., según su deseo. Cuando el parto se prolonga, sobre todo en las primíparas, la estación en pie tiene la ventaja de facilitar la dilatación del orificio uterino y de fijar la cabeza fetal.

Desde que el cuello se halla cerca de su completa dilatación, la enferma debe ser acostada hasta la rotura de las membranas. Si esta rotura se produce estando la enferma de pie, existiría peligro de procidencia del cordón o de una parte fetal.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:186.

medigraphic.com