

Hipoplasia Vaginal

Introducción (Embriología)

Durante el desarrollo fetal del embrión femenino, los conductos Mullerianos se convierten en las trompas de Falopio, útero, cérvix y el tercio superior de la vagina (los también llamados "órganos Mullerianos". La parte inferior de la vagina se desarrolla a partir de una estructura primitiva llamada sinus urogenital, que se origina en el perineum. En los embriones masculinos, los conductos mullerianos retroceden bajo la acción de una hormona, Factor Inhibidor Mulleriano o FIM, segregada por los testículos en vías de desarrollo.

En los casos SIA, aunque los testículos no llegan a masculinizar los genitales externos, producen el suficiente FIM como para anular el desarrollo de las trompas de Falopio, útero y parte superior de la vagina. El tercio superior de la vagina se pierde sin excepción, pero los dos tercios inferiores pueden estar lo suficientemente desarrollados como para permitir relaciones sexuales. Pero hay otros casos, sin que se sepa muy bien por qué, en los que la vagina es más pequeña de lo normal. A veces se trata sólo de unos pocos centímetros y en ocasiones es simplemente un "hoyo". No se conoce la incidencia de una hipoplasia significativa entre los afectados SIA.

Una de las teorías aportadas al Grupo por un pediatra sugiere que el acortamiento vaginal en casos SIA indica algún grado de sensibilidad parcial a los andrógenos (PAIS) y que aquellos afectados con la forma completa del síndrome (CAIS) no deberían presentar mayor problema. No parece que sea ese el caso desde el momento en que se conocen casos de hermanas, diagnosticadas como CAIS (sin presencia de vello púbico ni axilar dependiente de andrógenos), que pueden tener una longitud vaginal cada una en el extremo opuesto del espectro. También se conocen casos de mujeres con SIA Parcial de grado 4 y 5 que nacieron con vaginas parcialmente desarrolladas pero a las que les fue posible alargar lo suficiente la longitud de la vagina como para poder mantener relaciones sexuales sin necesidad de acudir a la cirugía.

¿Qué es "Normal"?

Hay que decir que dada la elasticidad natural de la vagina y su tendencia a expandirse con estímulo, la extensión de la vagina sin dilatar es normalmente menor que la longitud que se alcanza con la penetración. Un repaso a los libros y artículos médicos revela una longitud media que va de los 9 a los 11 cm en la mayoría de mujeres XX. Shah y Woolley dan como medida normal aquella superior o igual a 6 cm y apuntan que en un estudio a 21 pacientes SIA, 11 tenían una vagina de 5 cm o menos.

En su estudio sobre SIA, los pediatras Charmian Quigley y Frank French (Laboratorios para la Biología Reproductiva, Universidad de Carolina del Norte Chapel Hill, Carolina del Norte 27599-7500, USA) revelan que en SIA "...está claro que la vagina es a menudo pequeña (menos de 5 cm)". Un estudio post-operatorio (Mobus et al.) hecho a 24 pacientes sometidas a vaginoplastia (diferentes métodos), con resultados que variaban de los 3,5cm a los 12, reveló que 6 cm era el punto crítico por debajo del cual las pacientes

acusaban problemas para mantener relaciones sexuales.

Consejo y orientación

A las adolescentes con SIA no se les debería ocultar el tema de la hipoplasia vaginal ni postergarlo hasta que la joven sea lo suficientemente adulta como para mantener relaciones sexuales. Algunas adolescentes descubren autoexplorándose que tienen una vagina pequeña, y pueden vivir angustiadas y estigmatizadas por ese secreto durante muchos años. Otras viven el trauma de un intento fallido de mantener relaciones sexuales. Si la joven percibe que no le va a ser posible intentar la penetración debido a que su vagina es muy pequeña o inexistente, llegará a la conclusión que nunca podrá ser la compañera sexual de nadie. Esto puede llevar a la depresión y a frenar el normal desarrollo social.

Para evitar que esto ocurra, se les debería proporcionar ayuda psicológica y la suficiente información antes de la pubertad. A las niñas se les debería dar cumplida información sobre su situación anatómica así como sobre el tratamiento más adecuado a cada caso. Antes de decidirse por una solución, se debería hacer una exploración para evaluar la longitud de la vagina. En nuestro Grupo de Apoyo, conocemos casos de chicas que padecieron una angustia innecesaria al alarmarlas falsa e innecesariamente aconsejándoles someterse a una intervención quirúrgica si querían mantener relaciones sexuales cuando en realidad no requerían ningún tratamiento en absoluto.

Tratamiento – Introducción

Hay básicamente dos enfoques a la hora de tratar la hipoplasia vaginal. Uno consiste en la utilización de técnicas quirúrgicas para reconstruir la vagina a partir de la extracción de tejido de diferentes partes del donante. El otro consiste en ensanchar y alargar el tejido ya disponible en la entrada de la vagina, mediante la aplicación de presión (dilatación por presión) durante un determinado período de tiempo.

Los resultados que se obtienen con la dilatación por presión son superiores a los obtenidos mediante la técnica de reconstrucción quirúrgica. Después de la dilatación, la vagina se expande con un tejido mucoso muy similar al de una vagina normal. Dicho tejido tiene sensación táctil y se lubrica con el estímulo sexual. La dilatación debería ser siempre la primera opción a intentar, dejando las técnicas quirúrgicas sólo para aquellos casos en los que la dilatación ha fracasado. La mayoría de métodos quirúrgicos requieren intentar la dilatación por presión. Esta dilatación postoperatoria puede ser más dolorosa que aquella sin operación. Intentar la dilatación no cruenta de la vagina no afecta negativamente al éxito potencial de una vaginoplastia posterior. Mientras que la creación de una vagina por dilatación tendrá éxito sólo si *no* se ha intentado previamente la vaginoplastia.

Como ya se ha mencionado más arriba, el grado de desarrollo de la vagina no está directamente relacionado con el grado de masculinización en SIA Parcial. Es posible encontrar vaginas parciales bien formadas que coexisten con labios vaginales fusionados (creando así la apariencia de que no hay entrada vaginal en absoluto). Cuando se da esta situación, se precisa una separación quirúrgica de los labios fusionados para facilitar la penetración. Dicha separación deberá hacerse teniendo como objetivo no interferir en el éxito potencial de la dilatación vaginal. En algunos casos, la dilatación vaginal se lleva a cabo empujando manualmente la red de tejido que forman los labios fusionados.

Técnicas de Cirugía Plástica

Es conveniente postergar este procedimiento hasta después de la pubertad tanto porque la dilatación por presión debe ser el primer método a intentar como porque la vaginoplastia practicada en la infancia generalmente tiene poco éxito.

El Método Abbe-McIndoe

Es esta la técnica quirúrgica más usada. La nueva cavidad (neovagina) se recubre con injertos de piel de grosor reducido que se adhieren a las paredes de la vagina con hongos. El problema es que la fuerte tendencia del injerto a contraerse puede incluso cerrar la cavidad. De ahí que sea necesario el uso de dilatadores durante el postoperatorio como medida de prevención.

Variantes del Método McIndoe

La nueva vagina se recubre con injertos de piel de grosor medio (menos propensos a la contracción que los de pequeño grosor), o con amnion u otros materiales no biológicos, que gradualmente son reemplazados por epitelio vaginal (células que forman las paredes de la vagina) durante el largo periodo de convalecencia.

Técnica de Davidov

Esta técnica usa el peritoneo (la membrana de la cavidad abdominal) para trazar la nueva vagina. Las ginecólogas Sarah Creighton y Cathy Minto del Hospital Middlesex de Londres en una visita a Dr. L'Argent en Francia a principios de 2000 presenciaron una operación con una técnica similar a esta pero que utilizaba la pared de la vejiga. Ambas doctoras quedaron impresionadas por este método, por los exitosos resultados que prometía. Sin embargo el cirujano francés nunca ha publicado los detalles del procedimiento.

Técnica Baldwin de Transposición Intestinal y Variantes

Con este método la nueva vagina se contruye a partir del trasplante de una porción del intestino de la paciente. La porción que se trasplanta se cierra por un extremo y se traslada a la nueva posición con aporte de riego sanguíneo intacto. Es esta la más agresiva de las técnicas a utilizar. Después de la operación, pueden presentarse problemas a causa de una prolongada descarga de mucosa. Como ventaja, este método implica un menor riesgo de contracción de la nueva longitud conseguida que con el procedimiento McIndoe.

Técnica de Williams o Vulvo-Vaginoplastia

Se cosen los bordes externos de los labios menores (si tienen la longitud suficiente) para formar una extensión de la vagina hacia fuera en vez de hacia adentro. El eje de esta extensión tiene un ángulo ligeramente diferente al de la vagina normal (cada vez menos en las variantes modernas de esta técnica). Muram et al. aportan datos sobre un caso en el que fue posible deshacer los resultados de la operación después de un tiempo, una vez que el procedimiento había posibilitado el alargamiento de la primitiva vagina

a través del coito.

Técnicas de Dilatación por Presión

A una joven que no haya pasado nunca por el quirófano, el esfuerzo de crear una cavidad vaginal mediante presión puede parecerle una tarea difícil de conseguir. Pero debería concienciarse de que los inconvenientes e incomodidades que impone la dilatación son por lo normal mucho menores que los que se experimentan después de una intervención quirúrgica. Algunas de las que se inclinaban hacia una técnica quirúrgica cambiaron de idea después de hablar con otras pacientes SIA que habían pasado por la vaginoplastia quirúrgica.

Presión Intermitente

Este procedimiento lo puede seguir la paciente en casa. Se introduce un aplicador redondo y alargado en el introito vaginal y se presiona con suavidad (hasta sentir un pequeño dolor). Esta operación se hace una o dos veces al día durante 20 ó 30 minutos. El tiempo para dar por terminado el tratamiento varía desde un mes hasta un año. La administración de dosis adecuadas de estrógenos orales junto a la aplicación de cremas vaginales de estrógeno pueden ayudar al éxito del tratamiento.

La dilatación por presión requiere que la paciente esté motivada y siga el tratamiento con constancia y que pueda superar cualquier inhibición a la hora de explorar sus genitales. En muchos casos esto puede ser un problema que puede hacer peligrar el éxito del tratamiento. El contacto con otras pacientes que han logrado el objetivo sirve de estímulo. Para Ingram este es el “componente primordial” de esta técnica, cuando dice que *“Las confidencias de paciente a paciente y la motivación que así se establece son de un grado sustancialmente superior que la que pueda provocar el ginecólogo por sí solo”*.

Un gran número de mujeres SIA de nuestro grupo confiesan que el uso de cremas vaginales de estrógeno han sido de gran ayuda para la utilización de los dilatadores. Favorecen el fortalecimiento y la lubricación de los tejidos de la vagina y facilitan el uso de los dilatadores. Los Tratamientos Hormonales Sustitutorios THS (pastillas, parches, et.) no siempre provocan una mejora en los síntomas vaginales (sequedad y atrofia o encogimiento del tejido) por lo que la aplicación de estrógeno vaginal puede ser necesaria para mejorar la condición del epitelium vaginal (lining). El estrógeno vaginal está disponible en forma de cremas (Ortho-Dienoestrol, Ovestin y Premarin por ejemplo), supositorios vaginales (Ortho-gynest y Tampovagan), tabletas (Vagifem) o en forma de anillo vaginal (Estring) que libera estradiol desde el punto de aplicación durante tres meses. Para algunos especialistas no es necesaria la aplicación de estrógeno vaginal si se toma de forma correcta y sistemática la THS. Sin embargo, para muchas mujeres SIA éste puede no ser el caso. Algunos miembros del grupo comentan que el uso de cremas vaginales de estrógeno han sido de ayuda para combatir una cistitis recurrente.

Originalmente los instrumentos de dilatación eran simples tubos de ensayo de cristal o de plástico (por razones de seguridad no recomendamos el uso de los tubos de ensayo de cristal con tales fines). Desde entonces, una serie de instrumentos de plástico han sido diseñados para este propósito específico. Uno de ellos es “Amielle Vaginal Trainers” disponible en Owen Mumford.

Ingram no sólo desarrolló una serie de instrumentos de Lucite, sino que diseñó un asiento especial que permite llevar a cabo la dilatación mientras el paciente está sentado y vestido. La presión se aplica sobre la base del dilatador desde el asiento del taburete. Esto deja libre al paciente para desarrollar actividades tales como la lectura mientras realiza sus ejercicios de dilatación. Veronikis, mejoró el sistema y desarrolló una serie de instrumentos que evitaban la utilización del poco manejable asiento. Diseñados también para utilizarse en posición sedente pero pueden adaptarse a cualquier tipo de asiento. El diseño de estos instrumentos permite ajustar la longitud poco a poco, lo que hace el proceso mucho menos incómodo. Están disponibles en US en Marina Medical Systems y en el Reino Unido en Cory Brothers.

Presión Continua (Procedimiento de Vecchietti)

La presión se aplica en el área vaginal por un instrumento de dilatación en forma de “oliva”; una especie de cuenta de plástico a través de la cual se pasan los hilos de sutura. Estos hilos pasan por la cavidad abdominal y se conectan a un instrumento de tracción colocado en el extremo del abdomen. La vagina no se construye durante la operación (bajo anestesia) en la que se colocan los hilos de tracción sino que se va ampliando gradualmente por ejercicios de estiramiento realizados por la paciente una vez recuperada de la operación. En aproximadamente unos 7 ó 10 días la vagina alcanza de 8-12 cm por el aumento gradual de la presión en los hilos de tracción. En la mayoría de los casos las relaciones sexuales son posibles después de un período de 3 –5 semanas. El procedimiento Vecchietti es eficaz en aquellos casos en los que la dilatación manual es excesivamente dolorosa o en los que el progreso en la dilatación es bajo. Las ventajas frente a la dilatación manual son muchas en aquellos casos en los que la vagina inicial es una pequeña hendidura.

El Dr. J.F.H. Gauwerky (Zentrum für Frauenheilkunde, Theodor Stearn Kai 7, 60590, Frankfurt am Main, Alemania) ha editado un video para especialistas que describe el procedimiento Vecchietti. La ginecóloga Dra. G. Buck (Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Ulm, Ulm, Alemania) ha formado un equipo con experiencia en la aplicación de este método. Dr. Keckstein (Dpto. De Obstetricia y Ginecología, Hospital Provincial de Carinthia, Nikolaigasse 43, A-9500, Villnach, Austria) está dispuesto a tratar a pacientes de otros países. Las ginecólogas Sarah Creighton y Cathy Minto del Middlesex Hospital de Londres comentaron (primavera de 1999) su intención de visitar Villnach para observar el método Vecchietti. En palabras de Sarah (agosto 2001):

“Estamos encantadas de poder ofrecer el método Vecchietti. Desgraciadamente tenemos dificultades en el Reino Unido. Nos es imposible encargar el equipo necesario ya que no tiene licencia para ser usado en el Reino Unido. Todo equipo que se use con pacientes aquí (Reino Unido) ha de ser previamente aprobado por el ministerio correspondiente. Puede llevar años conseguir ese permiso. Estamos en conversaciones con la compañía que fabrica el equipo para encontrar la forma más eficaz de proceder. Esperamos poder tener pronto noticias sobre de qué plazo estamos hablando. Actualmente tenemos la habilidad y la experiencia necesaria para hacer la operación, simplemente se trata de esperar a recibir la licencia del equipo. Tenemos una lista de pacientes interesadas (y a las que les conviene) en el método Vecchietti. El urólogo Pat Malone de Southampton también tiene algunas pacientes en lista de espera por lo que estamos colaborando en la obtención de los permisos”

El Dr. D. Veronikis, Director del departamento de Ginecología, del Centro Médico St. Johns Mercy (615 South New Ballas Rd., St. Louis, MO 63141-8277, USA) utiliza normalmente este método. El Dr. Veronikis asistió al tercer encuentro del grupo en EE.UU celebrado en Chicago en septiembre de 1998.

La Opción Sin-Tratamiento

Naturalmente existe la opción de no pasar por ningún tratamiento físico para la hipoplasia vaginal y buscar apoyo y consejo psicológico específico para explorar los múltiples aspectos de la sexualidad y adoptar la actitud de que la intimidad humana no se manifiesta única y exclusivamente a través de la penetración sexual.

Una mujer CAIS de mediana edad escribió:

“Si no me hubiera obsesionado con la penetración como si esa fuera la única opción y no me hubiera sentido tan asustada, avergonzada y estigmatizada por la forma como me orientaron en mi condición de afectada SIA y me empujaron al tratamiento, entonces quizá hubiera tenido una mejor oportunidad de conseguir un cierto grado de intimidad humana, dadas mis circunstancias particulares (prácticamente sin vagina). Me siento muy decepcionada de que nadie me animara a pensar de esa forma cuando era más joven. [...] Ojalá hubiera tenido antes en mi vida la oportunidad de comentar este estado mental con un consejero psicólogo-sexólogo, ya que nuestro sistema médico altamente tecnificado no parecía capaz de proporcionarme una vagina en el momento en que podría haberme sido de utilidad para desarrollar la percepción de mi misma como persona sexual, en el sentido que nuestra sociedad da a esa expresión.”

Aunque el tratamiento para posibilitar la penetración se debería seguir en aquellos casos en los que la mujer SIA (de acuerdo con sus parejas o familiares) sienten que eso debería ser una parte integral de sus vidas, las chicas y mujeres SIA deberían tener la posibilidad de explorar otras formas de satisfacción sexual que en muchas relaciones -especialmente en aquellas relaciones entre personas del mismo sexo- suponen lo esencial de la intimidad física. Si se acepta el cambio de paradigma desde la “morfología” a la “sensación”, se puede alcanzar formas más óptimas de relación entre una mujer SIA y su imagen sexual. La sexualidad humana se expresa de múltiples formas, y la sociedad ofrece muchas muestras de gente con diferentes orientaciones e inclinaciones que no requieren una vagina (de dimensiones normales) para satisfacer su potencial erótico.

En cuanto a las niñas con AIS, es recomendable que los padres aplacen la intervención quirúrgica para la hipoplasia vaginal hasta que la afectada pueda decidir sobre el asunto. Lo ideal sería hablar con el sexólogo y adoptar un papel activo y positivo a la hora de descubrir sus naturales inclinaciones y sus características físicas. Según nuestra experiencia, lo que parece más importante que la “corrección” temprana de la hipoplasia vaginal es tener la oportunidad de hablar sobre los aspectos que ello implica, tanto psicológicos como físicos, cuando la niña tiene la edad suficiente para entender y comprender su condición.

Actitudes de los Médicos

Históricamente, los escritos pediátricos sobre AIS no han prestado atención a la hipoplasia vaginal. Cuando se reconoce la necesidad de un tratamiento en la literatura médica, la vaginoplastia quirúrgica por el procedimiento McIndoe es el método más citado, normalmente acompañado de la recomendación de postergarlo hasta el momento que surja la posibilidad de mantener relaciones sexuales. La idea era evitar la

necesidad de realizar dilataciones postoperatorias, pero en la práctica suponía un impedimento para establecer y mantener relaciones. Recientemente la vaginoplastia por técnicas tan invasivas como el de la transposición intestinal, ha sido el método más recomendado ya que el implante parece ofrecer una menor tendencia a encoger.

La dilatación por presión ha recibido menos atención de lo que sería justificable a la vista de los buenos resultados, del menor riesgo e incomodidad que esta técnica implica. Incluso en aquellos casos en que se menciona en la literatura médica, se hace con la intención de desprestigiarla a favor de las alternativas quirúrgicas. La tendencia general, sin embargo, es optar cada vez más por procedimientos menos agresivos.

Condiciones de las “Mujeres XX”

Para más información sobre casos XX tales como MRKH (síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser) que comparten algunos rasgos, como la hipoplasia vaginal, en común con los casos AIS pueden acudir a nuestra página informativa en <http://www.medhelp.org/www/ais/PDFs/mrkh.pdf>

Traducción del artículo original en http://www.aissg.org/31_HPLASIA.HTM

Copyright AIS Support Group (UK) 1997 - 2007. All rights reserved. Contents may not be reproduced in whole or in part without the written permission of AIS Support Group.