

PSEUDOHERMAFRODITISMO E INTERSEXO

Por los Dres. JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE, F. M. ALVARINHAS
JORGE GONZALEZ DIEZ

Hay malformaciones sexuales que son calcos de estados embrionarios, en los cuales aun con sexo perfectamente definido, no es posible la distinción por solo el examen externo. De donde muchas anomalías sólo serían la expresión de la detención evolutiva en un momento embrionario, teoría del estado de atraso de Harvey, también admitida por Haller y Wolf, Meckel y Saint Hilaire.

Pueden en cambio presentarse por exceso de desarrollo, teoría que completa a aquélla.

Dice M. Duval con respecto al hermafrodita: "Si sobre el mismo individuo, persisten los canales de Wolf y Meckel, resultará un aparato genital masculino y femenino, expresión del desarrollo de ambos, que coexisten en el embrión".

Pero no todas las deformaciones reproducen estados embrionarios, sino filogenéticos, estados anormales en el hombre, pero habituales en otros seres de la escala del reino animal.

El sexto existe mucho antes que anatómicamente sea definido; no sería posible por factores externos u hormonales modificar aquél, pero sí al desarrollo de los caracteres anatómico sexuales; sólo hay transformación sexual en especies animales, monoicas o hermafroditas.

De lo dicho se comprende que las malformaciones por detención o exceso de desarrollo son en sus diversos grados frecuentes, no así el hermafroditismo. Nombre que deriva de un personaje de la mitología helénica representado con órganos genitales de ambos sexos.

El pseudohermafroditismo, que consiste en la existencia de órganos genitales de caracteres opuestos a las gonadas existentes, dista de ser frecuente, más aún el completo por lo que creemos de interés y pasamos a relatar un caso tratado en la Sala 6 del Hospital Fernández.

Historia Nº 11.805: Paciente D. T. L. de 18 años. Sexo femenino. Visto en Salta por el Dr. J. G. D. a quien consulta por falta de desarrollo sexual y amenorrea primaria, y quien nos envía la siguiente historia:

Sin trastornos subjetivos, no hizo tratamientos. Trabaja como trapezista en un circo. Padres normales. Embarazo sin particularidades. 4 hermanos. 3 son mujeres, una de ellas de 15 años amenorreica, somáticamente similar a la paciente.

Peso 59 kilos. Estatura 1.62 cms. PS.: 0.81 cms. PV.: 0.81. Envergadura 1.67 cms. Hábito androide. Exagerado desarrollo muscular. Infantilismo sexual, sin desarrollo mamario, escaso pelo axilar y pubiano (mechón triangular pequeño). Vello en piernas. Aumento de tamaño de las extremidades acrales. Voz de tono grave.

Examen genital: Monte Venus poblado por mechón triangular. Clítoris de aspecto peneano con capuchón cutáneo. Deja ver glande de 12 x 8 mm. En total mide 40 mm. de longitud por 25 de ancho. Labios mayores con aspecto escrotal.

De cara inferior de glande, parten 2 pliegues cutáneos mucosas que se dirigen hacia abajo y limitan la región donde aparece el meato uretral. Por debajo de este hay una cavidad circunscripta por pliegues de aspecto caruncular, rosados, húmedos, en donde se puede introducir una falange distal, cavidad: lisa, elástica de superficie regular y que termina en fondo de saco a los 35 mm.

Examen colposcópico: Confirma lo actuado.

Gonadas: Se palpan en región inguinal, son desplazables a los labios mayores, tienen caracteres de testis y cordón que parte de polo superior. Miden: 40 por 25 por 36 mm.

Sexo cromatínico (mucosa bucal (—) sangre periférica (—).

Informe de Psicosexualidad: Actitud ambivalente, no es mujer pero no se anima a adoptar el papel masculino.

Inaerición y neutralidad: Forzada sexual.

Diagnóstico: Caso de intersexo; represiones hysteroides con fecha 6-2-1961 el Dr. Jorge González Díez.

Se efectúa una laparotomía exploratoria. Agenesia de trompas, útero y ovarios.

Se efectúa biopsia gonadal bilateral de tipo testicular.

Histología: Discreta esclerosis, buen desarrollo células Leydig, tubos con células de Sertoli e indiferentes, algunos espermatogonias. No hay desarrollo de la serie espermática. Testis izq.: ídem.

Urocitograma: (Atrófico).

17 Cetosteroides 8,50 mlgs. por mil en 24 horas.

Sexo cromosómico (Barr). No se observan formación cromatínicas en yuxtaposición con la membrana basal.

D. Gonadotropinas: 6 U.R. +; 48 U.R. +; 96 U.R. + débil.

Hasta aquí el resumen de la completa historia clínica, remitida desde Salta.

Repetimos en esta algunos exámenes y se confirmó todo lo actuado hasta ese momento.

Se decide la reparación quirúrgica, en el día 24-8-1961 se procede al alargamiento y liberación peneana.

Cirujano Dr. J. A. Mocellini Iturralde. Con fecha 31-10-61 se efectúa la excresis de la vagina, Cirujano Dr. J. A. Mocellini Iturralde, al resecar su fondo aparece una formación del tamaño de un grano de arroz que se prolonga hacia arriba por 2 conductos de 1 mm de espesor, que se liberan en unos 2 cm. y se extirpan.

Se los interpretó como restos del conducto de Müller, resultaron ser útero y trompas.

Con fecha 20-1-62 se procede a la plástica uretral a lo Denis Browne, previa talla vesical. Cirujano Dr. J. A. Mocellini Iturralde, Ayudantes: Dr. Alvarinhas. Se consiguió llevar la uretra hasta el extremo del glande, con micción satisfactoria a los 15 días. Existe una pequeña fistula por deshicencia de un punto medio peneano que cierra espontáneamente.

Es dado de alta y deberá regresar para la orquidopexia.

Informe histopatológico Dr. Kapaport: 1) Malformación quística glandular con epitelio de tipo papilífero. 2) Formación de tipo tubárico.

2º *Caso:* Paciente de 26 años (J. O.) con aspecto masculino. Pertenece al sexo femenino.

Es visto en el Servicio del Prof. Quirino en donde ingresa ya mastectomizado y castrado, con laparotomía exploradora (órganos genitales femeninos internos).

A los 14 años menarca (como hematuria) tensión premenstrual, obesidad femenina, pelo: disposición feminoide. Voz grave. Se lo había sometido a psicoterapia para llevarlo a su verdadero sexo (femenino) pero se fracasó.

Test cromatínico ++++. 17 Testosteroides 17,70 mlgs. por mil en 24 horas. Pregnanadiol 15 mlgs. en 24 horas. Gonadotropina 6 U I + 48 U I negativa.

Test Davidson: Femenino.

Urocitograma: Escasas células cariopictóticas.

Psico-sexualidad: No posee tendencias sexuales activas. Lo examinamos y se comprueba.

Desarrollo somático femenino, con distribución adiposa de dicho sexo. Muslos cortos y gruesos, cicatrices de mastectomía. Pelo de distribución femenina, lampiño. Monte de Venus poblado, labios mayores de aspecto escrotal. Clítoris peniforme, de 5 cm. Pliegues mucosos que se dirigen hacia abajo, en donde aparece un meato uretral femenino.

Es común a la desembocadura vagino-uretral, por lo que el paciente interpretaba sus menstruaciones como hematurias. Cesaron con la castración.

Fue tratado para reintegrarlo a su verdadero sexo, pero no se tuvo éxito.

Se decidió la mastectomía y castración. En esas condiciones se nos consulta para solucionar su problema miccional con caracteres femeninos.

Hechas las consultas pertinentes desde el punto de vista religioso al ético y moral, y autorizados a actuar procedimos a la liberación penéana (Cirujano Dr. J. A. Mocellini Iturralde).

Lo dimos de alta para hacer la plástica uretral meses más tarde. El paciente no regresó por lo que ignoramos su situación actual.

Creemos de valor ambos casos de patología tan poco frecuente por lo que consideramos de interés traerlos a esta Sociedad, aun con el 2º de ellos no solucionado por razones que nos son ajenas.

En el caso 1º se respetó el sexo Gonadal, las condiciones psíquicas y anatómicas así lo indicaban.

En el 2º se respetó el sexo, desde el punto de vista psíquico y social, sin tener en cuenta el aspecto Gonadal.

Fotografía Caso I. — Preoperatoria.

