



CASO CLÍNICO CASE REPORT

NEOVAGINA CON REVESTIMIENTO PERITONEAL POR LAPARASCOPIA

Resumen

La agenesia vaginal o Síndrome de Mayer-Rokitansky es una rara anomalía congénita, cuya prevalencia aproximada es de 1 de cada 5 000 mujeres recién nacidas. El tratamiento de estos pacientes representa un reto para el cirujano; se requieren buenos resultados cosméticos y funcionales. Se presenta el caso de una paciente de 41 años con síndrome de Mayer-Rokitansky, a la cual se le construyó una neovagina asistida por laparoscopia, según la técnica de Davydov modificada. No hubo complicaciones inmediatas o mediatas. Se obtuvo una adecuada longitud de vagina, de 7 cm una semana después de la cirugía, y adecuada función sexual seis meses después.

Palabras clave: Síndrome de Mayer-Rokitansky, neovagina, Davidov, Vecchietti.

Laparoscopic assisted neovagina with peritoneal lining

ABSTRACT

Vaginal agenesis or Mayer-Rokitansky syndrome is a rare congenital anomaly, with prevalence about 1 in 5 000 newborn females. Treatment is a challenge for the surgeon, in order to obtain good cosmetic and functional results. We present the case of a 41 year-old patient with Mayer-Rokitansky syndrome who underwent laparoscopic assisted neovagina according to modified Davydov technique. There were no immediate or mediate complications. An adequate vaginal length was achieved, 7 cm long a week after surgery and adequate sexual function six months later.

Key words: Mayer-Rokitansky syndrome, neovagina, Davidov, Vecchietti.

INTRODUCCIÓN

La agenesia de vagina es una malformación poco frecuente (1 de cada 5 000 recién nacidas). En la mayoría de ocasiones, el principal síntoma de las pacientes afectadas es una alteración en su vida sexual. Las dos principales causas son el síndrome de feminización testicular y el síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. El manejo quirúrgico de esta entidad se dirige a restablecer la función

CARLOS ALTEZ¹, ERNESTO MOLINA¹,
FÉLIX ORTEGA¹, DAVID ANGULO¹

¹ Unidad de Uroginecología, Hospital Nacional 'Ramiro Priale Priale', EsSalud, Huancayo, Junín, Perú

Tema Libre presentado al XIX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, 27 al 30 de noviembre de 2012.

Correspondencia:

Dr. Ernesto Molina

Teléfono: (064) 354 445

Celular: 964 671 245

Correo electrónico:

mamito-m@hotmail.com

Rev peru ginecol obstet. 2013; 59: 55-57

sexual y la creación de un canal vaginal que haga posible la función sexual normal. Se ha descrito técnicas conservadoras que consisten en la dilatación progresiva de la membrana pseudohimeneal desde el exterior, siendo útil solo en pacientes que presentan el introito definido⁽¹⁾. Hay alrededor de 11 técnicas quirúrgicas descritas para crear una vagina⁽²⁾, modelos plásticos con forma de oliva combinados con dispositivos de tracción para la formación de una cavidad entre la vejiga y el recto, con epitelización desde el exterior (técnica de Vecchietti⁽³⁾ descrita en 1965, y desde 1994 existe la versión laparoscópica⁽⁴⁾), trasplante de tejido intestinal⁽⁵⁾, colgajos abdominales pudendos⁽⁶⁾ o del muslo, injertos de piel⁽⁷⁾, mucosa, peritoneo⁽⁸⁾ o amnios⁽⁹⁾. Algunas de estas técnicas implican tiempo quirúrgico prolongado, amplia disección de tejidos (incisión abdominal y perineal, resección intestinal, disección de gran extensión en el periné), con los riesgos incrementados de una cirugía amplia y con

considerable incapacidad posquirúrgica de la paciente. Otros requieren el empleo de recursos tecnológicos y dispositivos especialmente diseñados, como aquellos de tracción, dermatomo.

La técnica utilizada por nuestro equipo consiste en la creación de una neovagina con revestimiento del propio peritoneo pélvico de la paciente, según la técnica original de Davydov, pero por vía laparoscópica. El procedimiento se resume en la disección del tabique rectovesical, desde un abordaje perineal, y luego el peritoneo es desplazado caudalmente hacia la neovagina y suturado circunferencialmente. Por vía laparoscópica se realiza sutura del peritoneo en bolsa de tabaco, para crear la cúpula vaginal. La cirugía termina con la colocación de un tutor vaginal que queda en forma permanente.

Esta cirugía correctiva de crear una neovagina con transposición de peritoneo y vía laparoscópica es la primera que se realiza en la Seguridad Social.

CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años, con síndrome de Mayer-Rokitansky, con ovarios funcionales, trompas uterinas rudimentarias y hemiútero rudimentario no funcional. Fue programada para corrección quirúrgica según la técnica de Davydov modificada (asistida por laparoscopia).

La técnica quirúrgica consistió en la disección del espacio rectovesical hasta permitir la visualización del peritoneo en el ápex, que permitiera la inserción de una jeringa de 20 mL (figura 1) o de un espéculo mediano de 2,5x7 cm.

El tiempo laparoscópico empleó tres trócares (figura 2) para visualizar la pelvis. Se movilizó el pe-

ritoneo pélvico a lo largo de las paredes laterales y de los fondos de saco, a través del espacio vaginal neoformado y se suturó el peritoneo a los bordes vaginales circunferencialmente, con puntos separados de vicryl 2/0. Se suturó en jareta el peritoneo parietal pélvico, con vicryl 0, para cerrar la cúpula vaginal y se colocó el tutor vaginal (figura 3) por 6 semanas. Posteriormente, se efectuó dilataciones vaginales durante 30 minutos / día, para mantener la longitud y amplitud vaginal.

Figura 2. Procedimiento laparoscópico.



Figura 3. Colocación del tutor vaginal.



Figura 1. Inserción de una jeringa de 20 mL.





El tiempo operatorio fue de 2 horas y 45 minutos. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas ni mediatas. La estancia hospitalaria fue de 5 días. El criterio de éxito anatómico fue la neovagina de 6 cm, que permitía la introducción de dos dedos. El criterio de éxito funcional consistió en relaciones sexuales satisfactorias 6 meses luego de la cirugía.

DISCUSIÓN

La reconstrucción vaginal es necesaria en condiciones en las que la vagina es corta o inexistente. Los dos procedimientos más frecuentemente utilizados son el procedimiento de McIndoe y la vaginoplastia intestinal. El primero comúnmente resulta en estenosis vaginal y tiene problemas con cicatrices antiestéticas. Y el segundo puede conducir a un exceso de mal olor y diversas formas de colitis. También se ha comunicado un mayor riesgo de malignidad en estos injertos.

El abordaje laparoscópico para la reconstrucción vaginal es seguro y eficaz. La técnica de Davydov, cuyo principio es crear una vagina utilizando el propio peritoneo del paciente como revestimiento, ofrece menor morbilidad en comparación con los procedimientos clásicos.

La eficacia del procedimiento quirúrgico es comparable con la eficacia de la técnica de Vecchiatti, que en la actualidad es la técnica más utilizada en Europa. La eficacia fue evaluada a los 12 meses postoperatorios en un estudio comparativo, siendo los indicadores la longitud (mayor de 7 cm), el ancho (mayor de 2 cm), epitelización vaginal en 100% de casos, ninguna estenosis vaginal y ninguna complicación intraoperatoria⁽¹⁰⁾.

El uso de dilatadores luego de la cirugía hasta por 6 semanas es importante para la obtención de los objetivos anatómicos y funcionales deseados.

Un inconveniente de esta técnica es que puede distorsionar la anatomía pélvica en el momento de la sutura y la tracción para crear la cúpula vaginal, pudiendo acodar la porción proximal y distal de los uréteres, por lo que estaría contraindicado en pacientes con riñón único pélvico. Para prevenir esto, se puede realizar incisiones para descargar tensiones (incisiones de descarga), según la técnica modificada de Louisville⁽¹¹⁾.

La vaginoplastia por laparoscopia según la técnica de Vecchiatti o según la técnica de Davydov parecen llenar la brecha existente entre las opciones

actuales para la reconstrucción vaginal, a saber, la dilatación vaginal y la construcción de neovagina con intestino o injertos de piel. Las series reportadas demuestran que estos procedimientos son seguros y, a corto plazo, los resultados son satisfactorios⁽¹²⁾, pero se hacen necesarios más estudios para evaluar a largo plazo el resultado funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frank RT. The formation of an artificial vagina without operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1938;35:1053-5.
2. Nichols DH, Randall CI. Creation of a neovagina. *Vaginal Surgery* 3ra edición. New York, 1989:413-25.
3. Vecchiatti G. Neovagina nella Syndrome de Mayer-Rokitansky. *Attual Obstet Gynecol.* 1965;11:131-47.
4. Borruto F, Chasen ST. The Vecchiatti procedure for surgical treatment of vaginal agenesis: comparison of laparoscopy versus laparotomy. *Int J Gynecol Obstet.* 1999;64:153-8.
5. Brun J, Belleannee G. Long term results after neovagina creation in Mayer-Rokitansky Syndrome by Vecchiatti's operation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;103:168-72.
6. Sheares BH. Congenital atresia of the vagina: a technique for tunneling the space between the bladder and rectum and construction of a new vagina by a modified Warton technique. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1960;67:24-31.
7. McIndoe AM, Banister JB. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1938;45:490-4.
8. Rothman D. The use of peritoneum in the construction of a vagina. *Obstet Gynecol.* 1972;40:835-8.
9. Morton KE. Human amnion in the treatment of vaginal malformation. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986;93:50-4.
10. Bianchi S, Frontino G, Ciappina N, Restelli E, Fedele L. Creation of a neovagina in Rokitansky syndrome: comparison between two laparoscopic techniques. *Fertil Steril.* 2011;95(3):1098-100.
11. Dietrich JE, Hertweck SP, Traynor MP, Reinstine JH. Laparoscopically assisted creation of a neovagina using the Louisville modification. *Fertil Steril.* 2007;88(5):1431-4.
12. Ismail IS, Cutner AS, Creighton SM. Laparoscopic vaginoplasty: alternative technique in vaginal reconstruction. *BJOG.* 2006;113(3):340-3.