

Título: VAGINOPLASTIA CON SIGMOIDES. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autores: Dr. Aniceto Labrada Maldonado¹
Dr. Lauro Antonio Melo Aguilera²
Dr. C Yanet Hidalgo Marrero³
Dra. Yurieenk Cordovés Almaguer, MSc⁴
Dr. Alexander Arenado Durán, MSc⁵

- 1-** Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Instructor.
- 2-** Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor auxiliar.
- 3-** Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor auxiliar. Dr C.
- 4-** Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Instructor. MSc.
- 5-** Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Instructor. MSc

Datos de contactos

Dr. Aniceto Labrada Maldonado

Email: alabrada@hpuh.hlg.sld.cu

Dirección: Calle Angel Guerra No.76 % Narciso López y Morales Lemus. Holguín. Cuba

Teléfono: 425006

Hospital Pediátrico Universitario de Holguín. Servicio Cirugía Pediátrica

RESUMEN

La agenesia vaginal es una condición poco común, pero no rara que se presenta en un rango de uno por cada 4,000 a 10,000 nacimientos femeninos. La causa más común es la ausencia congénita del útero y la vagina, que es referida como aplasia o agenesia mülleriana. El síndrome de Rokitanky se caracteriza por la ausencia o desarrollo anómalo de la vagina, útero y trompas de Falopio, dígase agenesia o hipoplasia de vagina y estructuras mullerianas en pacientes del sexo femenino con caracteres sexuales secundarios normales. El tratamiento de esta malformación es quirúrgico y existen múltiple técnica quirúrgicas para la corrección de la misma dependiendo si es una agenesia total o parcial y generalmente evolución satisfactoriamente con un buen seguimiento dependiendo del tipo de intervención. En nuestra paciente se trata de una adolescente de diecisiete años de edad con una agenesia total de vagina con un síndrome de Rakitanky a la cual se le realizó vaginoplastia con sigmoides y tiene buena evolución y relaciones sexuales satisfactorias.

PALABRAS CLAVE: vagina, agenesia vaginal, Cuello del Útero

INTRODUCCIÓN

Aunque la agenesia vaginal es poco común, se encuentran referencias de ella desde la antigüedad. Hipócrates escribió sobre la obstrucción del conducto vaginal en su libro *Sobre la naturaleza de la mujer*. En Roma, en el siglo I, Celso describió el himen imperforado y la atresia vaginal y propuso técnicas para su corrección quirúrgica. Posteriormente, en 1572, la definió Realdus Columbus, sucesor de Cesalio¹.

Mayer, en 1829, y Rokitansky, en 1910, describieron un padecimiento en el que no había vagina y existía un útero rudimentario; después, Hauser puso en evidencia la frecuencia del problema. Por ello, en la actualidad a la ausencia congénita de vagina, útero y trompas se le conoce como síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser o simplemente síndrome de Rokitansky².

La agenesia vaginal es una condición poco común, pero no rara que se presenta en un rango de uno por cada 4,000 a 10,000 nacimientos femeninos. La causa más común es la ausencia congénita del útero y la vagina, que es referida como aplasia o agenesia mülleriana. El síndrome de Rokitansky se caracteriza por la ausencia o desarrollo anómalo de la vagina, útero y trompas de Falopio, dígase agenesia o hipoplasia de vagina y estructuras Mullerianas en pacientes del sexo femenino con caracteres sexuales secundarios normales.

En estas pacientes la amenorrea primaria es el síntoma principal y el cariotipo es normal, 46 xx, aunque se pueden ver algunas con mosaico 45xx46x.

El útero varía desde un aspecto normal hasta cordones rudimentarios bicornes con o sin luz. La vagina puede faltar completamente o tener algún grado de desarrollo y se ha visto asociado a este síndrome malformaciones renales como agenesia, ectopia y riñón en herradura, además de malformaciones óseas en columna, miembros y costillas.

Basado en estudios de autopsias, Mayer y Rokitansky describieron por separado la agenesia vaginal y la insuficiencia del conducto mülleriano. Desde entonces, la definición del síndrome de Mayer-Rokitansky ha evolucionado para abarcar un espectro de defectos del conducto mülleriano, que comprende la atresia parcial o total del conducto mülleriano y las anomalías de su duplicación¹.

El primer esfuerzo quirúrgico para realizar una vaginoplastia se le atribuye a Abbe, quien utilizó un injerto superficial con un corte de espesor de piel en embutido, en 1898². En 1938 McIndoe modificó la técnica de Abbe y desarrolló un procedimiento con menor morbilidad y resultados más aceptables. El uso de intestino para el reemplazo vaginal lo propuso primero Baldwin en 1904. La alta mortalidad en esa época llevó al abandono de este procedimiento, hasta que Pratt reenfocó la atención en el mismo en los años sesenta^{2,3}.

En 1921 Graves utilizó colgajos pediculados del labio y el músculo y en 1927 Frank y Geist emplearon colgajos pediculados tubulizados del muslo. En 1932 Wharton creó un espacio entre la vagina y el recto sin aplicación del injerto, pero seguido de la dilatación con un molde. En 1935 Brindeu y Burger colocaron una prótesis recubierta con amnios. Al año siguiente, Kirschner y Wagner, utilizaron injerto cutáneo libre. En 1938 Frank formó una vagina por medio de una prótesis que ejercía presión direccional; ese mismo año McIndoe y Bannister perfeccionaron la técnica de Abbe y colocaron en el conducto recién creado un molde que cubrieron con injerto de piel y mantuvieron la cavidad por dilatándola con un molde³.

Ya en 1939 Grossman colocó un colgajo pediculado de la parte posterior de la vulva. Donney, en 1944, y Ortiz-Monasterio, en 1954, utilizaron injertos cutáneos libres (histerovestibulos-tomía). En 1958 Ramírez utilizó mucosa vaginal como injerto y 3 años después Pratt trasplantó nuevamente segmentos de sigmoides. En 1963, Müller y Dallenbach utilizaron un colgajo peritoneal descendido hasta la neovagina por vía alta y al año siguiente, Williams describió y realizó la técnica de vulvo-vaginoplastía⁴.

En 1969 Davydov realizó la disección perineal; injertó peritoneo y utilizó un molde para la dilatación. En 1972 Dälberton indicó que la actividad sexual, por sí sola, era capaz de formar una vagina. En ese mismo año, Vecchietti creó una vagina por medio de tracción, con una oliva, a la fóvea retrohimeneal, y Rothman utilizó nuevamente peritoneo. En 1973 se realizó el trasplante de vagina de madre a hija y en ese mismo año Lang ideó la técnica con injerto en malla⁵. En 1976 McCraw utilizó colgajos miocutáneos pediculados y dos años más tarde se realizó la modificación de Búfalo a la técnica de Williams, que consistió en una incisión más posterior en el plano vulvar, lo que evitaba que quedara orina atrapada y permitía que la apariencia de la vulva fuera normal. En 1981 Ingram modificó la técnica de Frank al emplear un asiento de bicicleta en el cual se sentaba la paciente para ejercer presión en el dilatador^{5,6}.

En 1983 Berek utilizó parcialmente el aumento para crear una vagina que después cubrió con piel y al año siguiente, Dhall cubrió con amnios el espacio recién formado. En 1990 Lilford utilizó un colgajo del recto abdominal para hacer la vagina, y un año después, Johnson un colgajo libre^{3,7}.

En 1992 se realizó la operación de Vecchietti asistida por laparoscopia, y en 1993, Flack usó colgajos de labios menores y dilatadores. En 1995 se usó la celulosa oxidada regenerada, y en 1996 la epidérmica cultivada, ambas en vez de injerto libre de piel. En fin, se han empleado múltiples procedimientos en el afán de lograr una vaginal funcional⁸.

SINONIMIA

Síndrome de Rokitanky

Síndrome de Rokitanky-Kuster,

Síndrome de Mayer-Rokitanky-Hauser,

Síndrome de Mayer-Rokitanky-Kuster-Hauser.

PRESENTACIÓN DEL CASO.



Figura 1 y 2. Aspecto fenotípico de la paciente en consulta.

Paciente D. P. P. con expediente clínico número 353508. Adolescente femenina de 17 años de edad, mestiza, de procedencia rural, con antecedentes de salud anterior que acudió a la consulta de Ginecología Infantojuvenil por presentar amenorrea primaria. (Figuras 1 y 2)

Se le realizó el examen físico genital y exámenes complementarios hematológicos, cromosómicos, radiológicos y videolaparoscópicos, con lo que se le diagnosticó una agenesia total de vagina como parte de un síndrome de Mayer-Rokitanky-Kuster-Hauser.

Examen físico: Caracteres sexuales secundarios: normales. Examen vaginal: Pequeño rudimento de vagina sin mucosa. (Figuras 3 y 4)



Figuras 3 y 4. Características al examen físico. Caracteres sexuales secundarios: normales. Examen vaginal: Pequeño rudimento de vagina sin mucosa.

Complementarios

U.S. abdominal: agenesia del riñón derecho, riñón izquierdo en fosa iliaca izquierdo y ausencia de útero, trompas y ovarios. Rx columna cervical: fusión de la 7ª vértebra cervical con la 1ª dorsal y malformación de la 1ª dorsal. Cariotipo: 46XX.

Se discutió en colectivo y se decidió realizar vaginoplastia con sigmoides. Se intervino quirúrgicamente con resultados satisfactorios y sin complicaciones (Figuras 5 a la 12).

IMÁGENES DE LA VAGINOPLASTIA.

Fig. 5. Rudimento de Vagina



Fig. 6. Segmento de Sigmoides para Vaginoplastia



Fig.7.Sutura del Sigmoide Restante

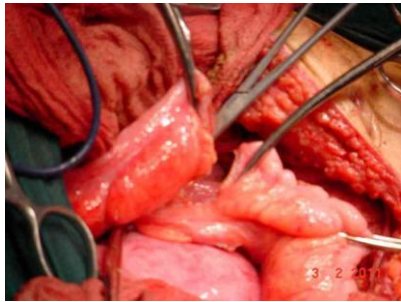


Fig.8 Orificio Proximal Sigmoide a Exteriorizar

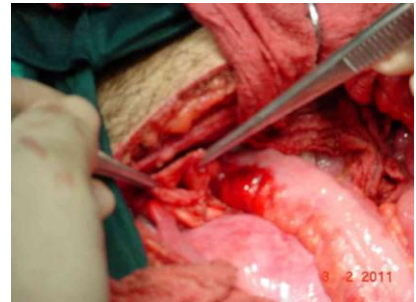


Fig.9 Sigmoide Distal Exteriorizado



Fig.10 Sutura del Sigmoides al introito vaginal



Fig. 11 Vaginoplastia finalizada.



Fig. 12 Once días después



Fig. 13 y 14. Calibrando a los 22 días de Operada



La paciente egresa al décimo día con seguimiento por consulta externa. En la actualidad la paciente está casada con una vida sexual activa, sin dolor y negando secreciones vaginales.

CONSIDERACIONES FINALES.

Una neovagina debe tener cuatro características para una función sexual adecuada.

1. Que se realice en un solo tiempo.
2. Que tenga buena elasticidad y distensibilidad.
3. Que tenga un ángulo adecuado para las relaciones sexuales.
4. Que no necesite de dilataciones ni de moldes.

En la actualidad existen evidentes avances en la técnica de la vaginoplastia en muchos países del mundo, entre ellos el nuestro, sobre todo en la capital gracias a la existencia de mayores recursos y de la cada vez mayor pericia y mejor preparación del factor humano. No obstante, este trabajo muestra una solución a un problema de salud en ausencia de mejores condiciones, como las que puede encontrar cualquiera de los cirujanos cubano durante su quehacer temporal en otras regiones del planeta.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Santiago Hung Llamas. Endocrinología en ginecología. Amenpreas genetica.vol1.155-203
2. Contreras J. Corrección quirúrgica de la agenesia vaginal. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 37-47.
3. Cabra Zurita R, Muñuzuri I F, Benítez F E, Barroso V G. Ausencia congénita de vagina. Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: presentación de un caso y revisión de la literatura. Ginecol. obstet. Méx 1998; 66(9):354-7.
4. Piro C. Vaginoplastia con sigma: a propósito de 5 casos. Cir Pediatr 200; 19:19-22.
5. Ekinci S, Karnak I, Ciftci A O, Şenocak M E, Tanyel F C, Büyükpamukçu N. Sigmoid colon vaginoplasty in children. European journal of paediatric surgery 2006; 16(03):182-187.
6. Breech L, Laufer M R. Alteraciones Mullerianas. Obstet Gynecol Clin NA 36; 2009:47-68.
7. Antoniadis N., Charles G., Mejías I., Pavón R. Vaginoplastia: modificación de la técnica de McIndoe usando esponja de gel hemostático. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana 2011; 37(1):73-77.
8. Navarrete-Arellano M, Garibay-González F, Arroyo-López R, Torres-Castañón R., Domínguez-Alaniz,M. M. Vaginoplastia con Colon ¿La Mejor Técnica Quirúrgica?. 2008; 15(4):179-184. Serie en Internet. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi>
9. Sas A., Martínez de Tejada B, Dexeus S, Parera N. Reconstrucción vaginal mediante la técnica de McIndoe. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2001; 44(1):17-22.