

Cirugía laparoscópica en el manejo de la agenesia vaginal

Arturo Achard Algorta¹; Washington Lauría²;
Ximena Ribas³; Matilde Di Lorenzo⁴; Ricardo Morisio⁵;
Tatiana Vietinghoff-Scheel⁶; María Benardelli⁷; Cecilia Cuadrado⁸

Resumen

Introducción. Las malformaciones müllerianas del aparato genital femenino representan un verdadero desafío para el ginecólogo, así como un fuerte impacto emocional y psicológico para la paciente.¹ El tratamiento en aquellas pacientes que cuentan con una agenesia vaginal en el síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser se enfoca al tratamiento quirúrgico, ya que el objetivo en estas pacientes es crear una vagina adecuada para una vida sexual normal.² En la actualidad la cirugía laparoscópica se recomienda de primera línea, obteniendo con ella

un éxito de hasta el 90%. Habitualmente el alto costo de los materiales para realizar esta cirugía hace problemático su uso para muchas pacientes. Hemos demostrado en este caso que se puede hacer estas cirugías con el mismo éxito, pero con costos ínfimos, usando material al alcance de cualquier técnico.

Material y métodos. Se realizó neovagina por tracción y uso de balón expansor vaginal, por abordaje laparoscópico a paciente de 18 años de edad con agenesia de vagina por síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.

Resultados. Se logró la elongación vaginal de 10 cm de longitud y de 5 cm de diámetro en 10 días, con internación de 24 horas en hospital, y con neovagina formada por mucosa vaginal en su totalidad.

Conclusión. La técnica utilizada descrita ofrece ventajas sobre todas las técnicas quirúrgicas existentes en cuanto a costo y recuperación.

1 Col. Cal. Clínica Ginecotocológica "B" Hospital de Clínicas
2 Profesor Director de la Clínica Ginecotocológica "B" Hospital de Clínicas
3 Médico Psiquiatra
4 Médico Psiquiatra de niños y adolescentes
5 Médico Ginecólogo Obstetra
6 Lic. en Psicología con formación en adolescentes y niños
7 Lic. Instrumentista
8 Médica Anestesióloga
Contacto: drachard@gmail.com

Palabras clave: Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, neovagina, laparoscopia, balón expansor, técnica de Vecchietti.

Abstract

Introduction. Müllerian malformations of the female genital tract represents a real challenge for the gynecologist, as well as a strong emotional and psychological impact for the patient. The treatment in those patients who have a vaginal agenesis in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome focuses on surgical treatment, since the goal in these patients is to create a vagina suitable for a normal sex life. Currently, laparoscopic surgery is recommended first line, obtaining with it a success of up to 90%. Usually the high cost of the materials to perform this surgery make its use problematic for many patients. We have shown in this case that these surgeries can be done with the same success but with very small costs, using material available to anyone.

Material and methods. Traction neovagina was performed and use of an expander balloon and laparoscopic approach to an 18-year-old patient with agenesis of the vagina due to Mayer-Rokitansky syndrome -Kuster-Hauser-.

Results. Vaginal elongation of 10 cm in length and 5 cm in diameter was achieved in 10 days, with hospitalization for 24 hours in hospital, and with a neo-vagina formed by vaginal mucosa in its entirety.

Conclusion. The technique described offers advantages over all existing surgical techniques in terms of cost and recovery.

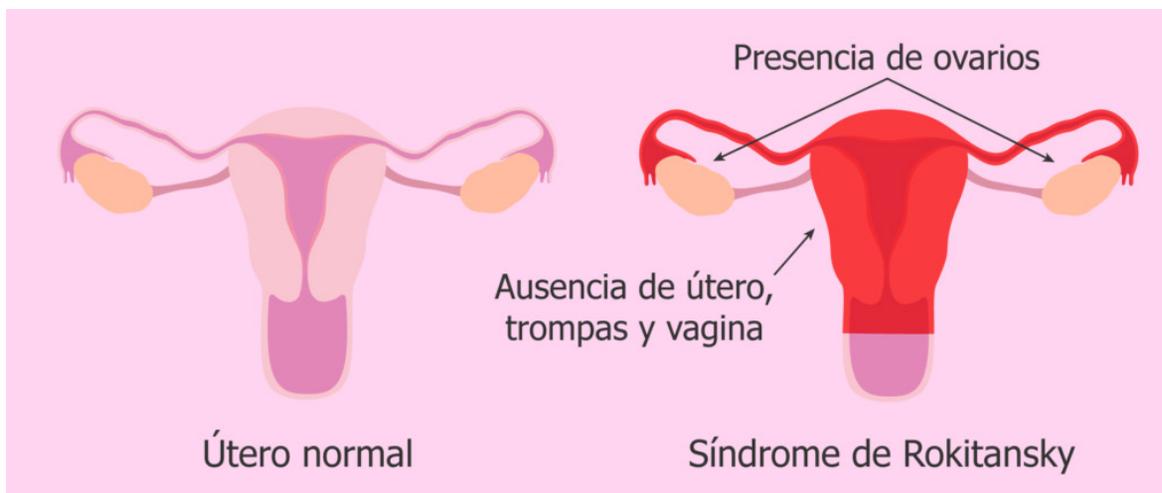
Key words: Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, neovagina, laparoscopy, expander balloon, Vecchietti technique.

INTRODUCCIÓN

El aparato genital deriva de dos sistemas pares de conductos genitales: los conductos de Wolff o mesonéfricos y los conductos de Müller o paramesonéfricos, que desembocan en la cloaca.³

Los conductos de Müller dan origen al útero, trompas y los 2/3 superiores de la vagina. Las malformaciones uterinas aparecen según la edad gestacional en que ocurren los eventos de la interrupción del desarrollo.

En las semanas 5° y 9° se observan las aplasias müllerianas, en las que la malfor-



mación uterina se debe a la falta de desarrollo parcial o total, unilateral o bilateral, de los conductos de Müller. Se asocian a menudo a una malformación vaginal e incluso de otros órganos.

CLASIFICACIÓN DE AMERICAN FERTILITY SOCIETY

La frecuencia del síndrome de Mayer-Rokitansky -Kuster-Hauser oscila entre el 4 y el 22% de las malformaciones uterinas mayores según los distintos autores.⁴⁻⁶ Afecta aproximadamente a 1 de cada 5000 mujeres y es la segunda causa de amenorrea primaria, solo superada por la disgenesia gonadal. Representa casi el 90% de los casos de aplasia vaginal. El cariotipo es normal en casi más del 90% de las pacientes y aunque se sabe de la embriogénesis, se sabe poco de la fisiopatología.

El abordaje médico y psicológico es difícil en las pacientes y su familia, así como explicarles la ausencia del útero y sus consecuencias, la amenorrea y la imposibilidad de lograr un embarazo. La posibilidad de útero subrogado y poder ofrecer una vida sexual normal luego de la cirugía, todo esto llevado a cabo en conjunto, entre el equipo de psiquiatras, psicólogos y ginecólogos, con el apoyo familiar, logró en nuestra paciente una colaboración fundamental para lograr los objetivos perseguidos. El objetivo era crear una vagina normal que requiera a posteriori los menores cuidados posibles y reducir al máximo el impacto emocional y stress existente en la paciente. Es muy importante la información de que la presencia de ovarios normales no altera la naturaleza femenina de la paciente resaltando que la función ovárica es absolutamente normal.

El diagnóstico de la ausencia uterina se

sospecha en aquella paciente que no ha presentado menstruación a los 16 años sin caracteres sexuales o a los 14 años con caracteres sexuales secundarios, el diagnóstico se corrobora por ultrasonido intravaginal (de preferencia) no realizable ante ausencia o hipoplasia de vagina. El momento de la cirugía de neovagina debe ser cuidadosamente elegido por el equipo multidisciplinario, evitándose hacerlo en la infancia dada la evidencia de altas tasas de fracaso.

Existen múltiples cirugías para la realización de neovagina y nos inclinamos ante la cirugía de vaginoplastia descrita y realizada por Vecchiatti con balón expansor, por tracción con técnica laparoscópica, la cual hemos modificado y con el material inventado para la misma por motivos de ergonomía y costos.⁷⁻¹¹ La técnica original de Vecchiatti se hizo por laparotomía y fue luego modificada por laparoscopia. Se basa en la tracción del manguito vaginal utilizando un aparato especialmente diseñado para esto, que se ubica en el abdomen suprapúbico. La fase de invaginación comienza en el postoperatorio inmediato a razón de 1 cm por día hasta alcanzar los 10 cm y luego se instruye a la paciente a continuar con dilatadores vaginales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos hecho este trabajo con una paciente seleccionada con el antecedente de agenesia vaginal y diagnóstico de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser de 18 años de edad con caracteres sexuales secundarios presentes, ultrasonido pélvico que corroboró ausencia de útero y vagina. Presencia de ovarios normales y ausencia de otra anomalía morfológica en TC de abdomen y pelvis. Con dosificaciones hormonales normales. La decisión de la cirugía se llevó a cabo entre

el equipo de salud mental, ginecólogos, paciente y familia. Se realizó un detallado consentimiento informado.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizaron en el preoperatorio los chequeos médicos de rutina y control con anesista. Se indicó 24 horas antes de la cirugía solución laxante para obtener una correcta evacuación intestinal y ayuno para sólidos de 24 horas y 3 horas para agua. La paciente en sala de operaciones se ubicó en posición de litotomía con los muslos en pierneras acolchadas, con muslos a nivel del abdomen y con una conveniente apertura para visualizar correctamente la vulva y el periné. Desinfección con yodopovidona y colocación de sonda vesical a colector. Neumoperitoneo con CO₂ medicinal a 13 mm Hg y 5 litros pm. Realizado con aguja de Verres en punto de Palmer. Se introdujo trócar de 11 mm en Palmer para óptica de 0° con la que se revisó el abdomen y la pelvis, corroborando cintilla uterina a la que continúan ligamen-

tos redondos, trompas y ovarios normales en posición habitual. Ligamentos útero sacros normales en posición habitual. Se colocó segundo trocar de 11 mm en cicatriz umbilical y dos trócares de 5 mm en zona 1 cm superior e interna a ambas espinas ilíacas anterosuperiores, derecha e izquierda. Se pasó la óptica a puerto umbilical y se colocó instrumental en los demás puertos.

Se seccionó peritoneo en inserción bilateral a pared de ambas arterias umbilicales con armónico para realizar túnel peritoneal hasta la inserción de los ligamentos útero sacros bilateralmente; desde la vulva se insertó aguja en el espacio recto uretral que se recuperó intraabdominal con pinza Kelly laparoscópica. Esta aguja está enhebrando con tanza el balón expansor. Se hace pasar la tanza por los túneles peritoneales hasta hacerlos salir suprapúbica y bilateralmente, por lo que quedan subperitoneales y en posición divergente en V desde los ligamentos útero sacros a la salida de las umbilicales.

Se coloca sobre la piel, a nivel suprapúbico, artefacto de acrílico en posición horizon-

Foto 1. Uretra y vulva con agenesia vaginal

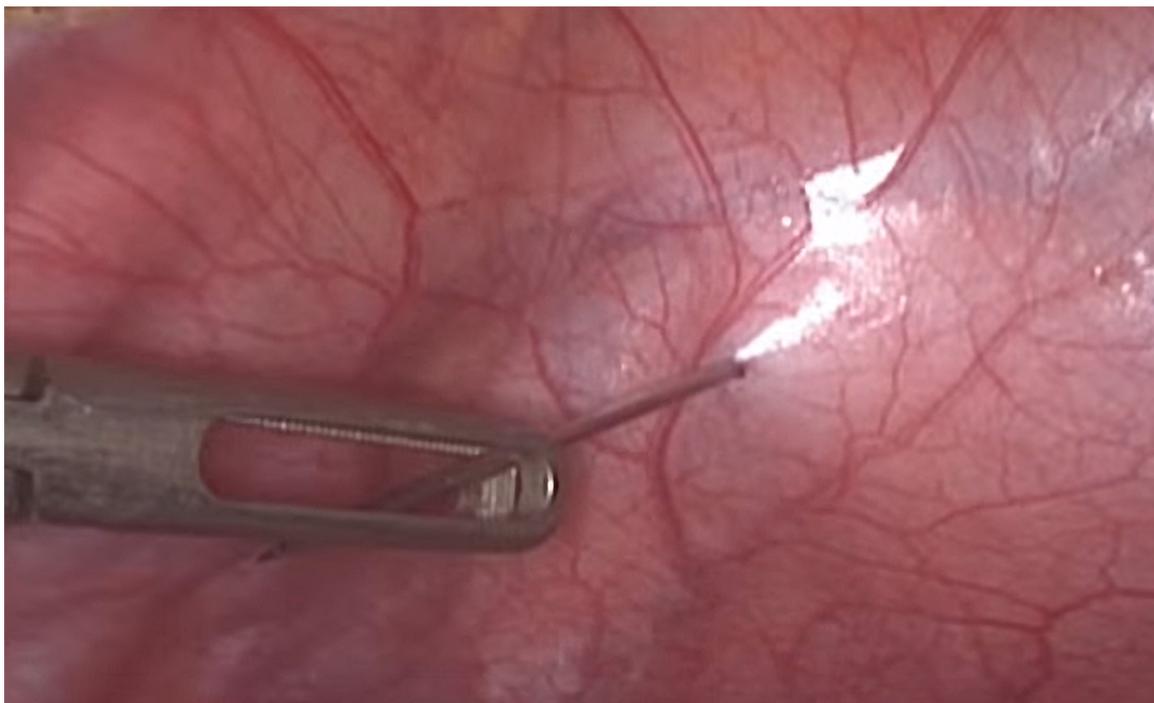


Foto 2. Visualización de Ligamentos útero sacros con agnesia uterina



Foto 3.

Inserción de aguja en espacio recto vaginal por vía vaginal, y captura de la misma por vía laparoscópica



tal, que permite anclar la tanza que sale de cada lado y enrollarla, traccionando el balón expansor de vagina.

Se otorgó alta hospitalaria a las 24 horas, continuando controles diarios en consul-

torio de manera ambulatoria. En cada control se rotó el artefacto 1 cm por día por los siguientes 10 días, tensando y acortando la tanza. Se mantuvo sonda vesical los 4 primeros días, hasta que el balón expansor se

Foto 4. Ambos hilos de estiramiento del balón vaginal en posición abdominal

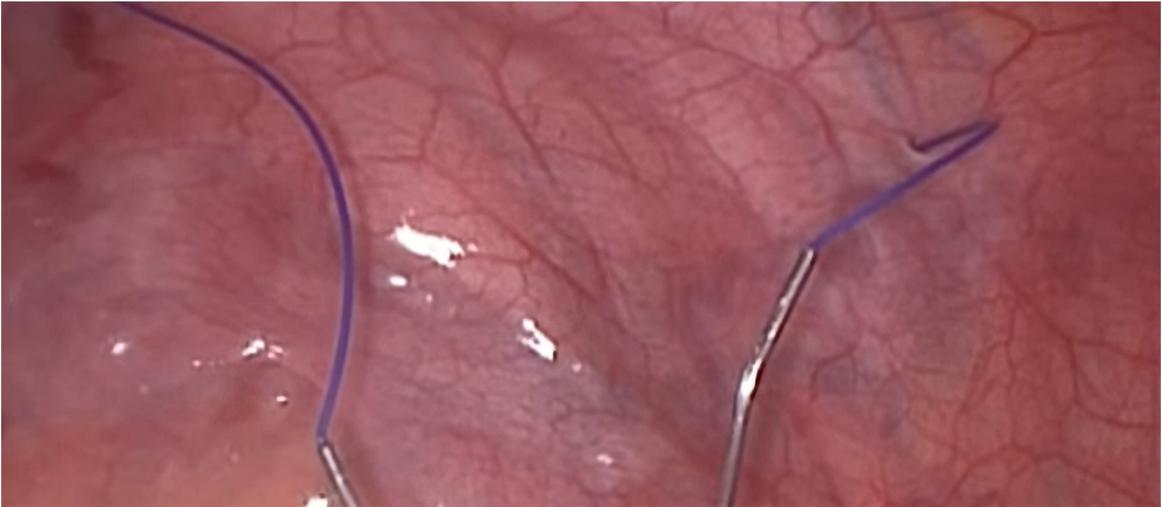


Foto 5. Balón expansor vaginal



Foto 6. Visión del puerto umbilical con óptica y ambos hilos antes de su fijación en aparato de tracción



profundiza en la vagina, para evitar compresión uretral y dificultad en la micción. Se hizo cobertura antibiótica profiláctica con cefalosporina. Se logró sin mayores molestias y con la paciente en domicilio, 10 cm de lon-

gitud vaginal con 5 cm de ancho en ese lapso. A partir de ese momento se continuó con dilatador vaginal 3 horas diarias con estrógenos tópicos.

No hubo complicaciones, la vagina obte-

Foto 7. Hilos de tracción fijos para comenzar rotación y acortamiento progresivo



nida es 100% mucosa vaginal y se ha mantenido sólo con lo descrito.

RESULTADOS

Se logró una elongación de vagina de 10 cm en 10 días subsiguientes al acto quirúrgico; sin dolor, con mínima invasión con estadía hospitalaria de 24 horas, sin complicaciones, con satisfacción completa de la paciente desde el punto de vista físico y emocional. A partir de la operación se dieron cambios importantes en la paciente en su subjetividad. Estando más madura, con más iniciativa y sin inhibiciones con relación a los chicos.

CONCLUSIONES

Las malformaciones genitales aún son desconocidas en cuanto a su origen aun cuando se conoce su naturaleza multifactorial. Pero su impacto en el futuro sexual y reproductivo de la mujer pone a prueba la capacidad de los médicos tratantes en resolverlas para otorgar calidad de vida a las pacientes portadoras. Hemos demostrado en este caso que

las técnicas mínimamente invasivas resuelven muchos problemas anatómicos con bajo costo monetario y personal afectivo y emocional. Esto depende fundamentalmente de la idoneidad del equipo tratante y de la relación médico paciente más que nunca en estas patologías.

Bibliografía

1. Jimenez Huerta J, Quintal-Tejera DF, Ocampo Torres AB, Carrasco Hernández T. Neovagina por tracción y uso de balón expansor por abordaje laparoscópico. *Rev Hosp Juarez Mex* 2012; 79(3):133-139.
2. Unger CA, Paraiso MFR. En: Firoozi F, ed. *Female Pelvic Surgery*. New York: Springer;2014. pp. 267. ISBN 978-1-4939-1504-0. OCLC 941369411. (Acceso: 3/05/18).
3. Lee PA, Nordenström A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Horm Res Paediatr*. 2016;85 (3):158-80. doi:10.1159/000442975. ISSN 1663-2818. PMID 26820577.
4. ACOG Committee Opinion. Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, and Treatment . Disponible en: www.acog.org. (Acceso: 26/12/17).
5. Liao LM, Wood D, Creighton SM. Parental choice on normalizing cosmetic genital surgery. *BMJ*. 2015;351:h5124. doi:10.1136/bmj.h5124. ISSN 1756-1833. PMID 26416098.
6. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA. Consensus statement on management of intersex disorders. *International Consensus Conference on Intersex*. *Pediatrics*. 2006;118 (2):e488-500. doi:10.1542/peds.2006-0738. PMC 2082839. PMID 16882788^
7. Vecchietti G (1965). [Creation of an artificial vagina in Rokitansky-Küster-Hauser syndrome]. *Attual Ostet Ginecol*. 1965;11 (2):131-47. PMID 5319813.
8. Fedele L, Bianchi S, Tozzi L, Borruto F, Vignali M. A new laparoscopic procedure for creation of a neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Fert Ster*. 1996;66 (5):854-7. doi:10.1016/S0015-0282(16)58653-1. PMID 8893702
9. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R, Zatti N. Laparoscopic creation of a neovagina in a woman with a kidney transplant: Case Report. *Human Reproduction*. 2000; (3):692-693. doi:10.1093/humrep/15.3.692. (Acceso: 28/05/18).

10. Borruto F, Chasen ST, Chervenak FA, Fedele L. (Feb 1999). The Vecchietti procedure for surgical treatment of vaginal agenesis: comparison of laparoscopy and laparotomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;64(2):153–8. doi:10.1016/s0020-7292(98)00244-6. PMID 10189024. (Acceso: 28/05/18).
11. Callens N, De Cuypere G, De Sutter P, Monstrey S, Weyers S, Hoebeke P, et al. An update on surgical and non-surgical treatments for vaginal hypoplasia. *Hum Reprod Update.* 2014;20 (5):775–801. doi:10.1093/humupd/dmu024. ISSN 1355-4786. PMID 24899229. (Acceso: 28/05/18).



POSTINOR® 1

Levonorgestrel 1.5 mg

Jolian®

Drospirenona 3 mg
+Etinilestradiol 0,02 mg

Rosina®

Drospirenona 3 mg
+Etinilestradiol 0,03 mg

Rosina CD®

Drospirenona 3 mg + Etinilestradiol 0,03 mg

sibilla®

Dienogest 2 mg
+Etinilestradiol 0,03 mg

Alta confiabilidad

**Calidad europea
al alcance de sus manos**



GEDEON RICHTER

Ofreciendo calidad para
la salud femenina desde 1901



LABORATORIO
TRESUL

Calidad europea al
alcance de sus manos

florence[®] 28

DIENOGEST 2 mg ETINILESTRADIOL 0,03 mg

Mejora la piel, el cabello y
contribuye a controlar el acné



Si tu elección es Dienogest,
tu mejor opción es **Urufarma**