

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Pérez Bertólez, S.; García Soldevilla, N.; Maderna Graciano, O.; Camacho González, F.; Primelles Díaz, A.

Aplicación de los colgajos fasciocutáneos vulvoperineales en cirugía pediátrica: a propósito de un caso

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 34, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 243-246

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537841009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aplicación de los colgajos fasciocutáneos vulvoperineales en cirugía pediátrica: a propósito de un caso

Application of vulvoperineal fasciocutaneous flaps in pediatric surgery: case report



Pérez Bertólez, S.*, García Soldevilla, N.**, Maderna Graciano, O.***, Camacho González, F.**, Primelles Díaz, A.**

Pérez Bertólez, S.

Resumen

La incidencia de agenesia de vagina es de 1/4000-10000 recién nacidas vivas. La causa más frecuente es el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

Presentamos un caso de reconstrucción vaginal con colgajos fasciocutáneos vulvoperineales de Málaga en una paciente pediátrica afecta de este síndrome, describiendo los pasos del procedimiento y las bases anatómicas en las que se fundamenta.

Esta técnica permite la creación de una neovagina sensible, con una cobertura de excelente calidad, con un ángulo de inclinación fisiológico y natural y un axis anatómico correcto para la relación sexual; se realiza en un solo tiempo quirúrgico y con mínima morbilidad para la paciente.

Su principal inconveniente es el crecimiento de pelo dentro de la vagina, aunque se atenúa con el tiempo debido a un fenómeno de atrofia folicular y metaplasia cutánea.

Abstract

The incidence of vaginal agenesis is 1/4000-10000 female alive newborns. The most frequent cause is Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome.

A technique for vaginal reconstruction using the vulvoperineal fasciocutaneous flaps (Malaga flaps) in a pediatric patient affected of this syndrome is presented, describing the steps of the procedure and its anatomic basis.

This technique allows the reconstruction of an excellent quality and sensible neovagina, with a physiologic inclination angle which allows the sexual intercourse, in one single stage operation and with minimal morbidity.

The main inconvenient of this procedure is the hair growth inside the vagina, although it diminishes with the passage of time due to follicular atrophy and cutaneous metaplasia.

Palabras clave Agenesia vaginal. Vaginoplastia. Colgajo Málaga.

Código numérico 6650, 621

Key words Vaginal agenesis. Vaginoplasty. Malaga's flap.

Numeral Code 6650, 621

* Médico Residente.

** Médico Adjunto.

*** Jefe de Sección de Cirugía Plástica Pediátrica.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario «Carlos Haya», Málaga, España.

Introducción

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es un padecimiento congénito, poco frecuente y que afecta a los genitales internos femeninos. Los genitales externos y los ovarios son normales. El útero, la vagina, los ligamentos anchos y redondos son estructuras ausentes y rudimentarias y las trompas de Falopio generalmente son normales. El cariotipo es 46 XX; las hormonas femeninas y los caracteres sexuales secundarios son normales. Se debe una alteración en el desarrollo de los conductos de Müller y el seno urogenital (1).

La exploración genitourinaria debe ser completa y cuidadosa. El ultrasonido y la resonancia magnética son los estudios más importantes para demostrar la existencia o no de los genitales internos y si hay anomalías asociadas (2).

La incidencia de agenesia de vagina es de 1/4000-10000 recién nacidas vivas. La causa más frecuente es el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Otras causas pueden ser: estados intersexuales, pseudohermafroditismos, síndrome de Morris o de feminización testicular. Además, también pueden requerir neovaginoplastia ciertos cuadros de transexualismo y secuelas de tratamientos quirúrgicos en el área genitoperineal (3).

La utilización de los colgajos fasciocutáneos vulvoperineales en agenesia vaginal fue descrita por primera vez por Giraldo en 1994 (4). Estos colgajos incluyen piel, tejido subcutáneo, fascia de los músculos superficiales transversos y del aductor largo. Su aporte vascular se produce por la anastomosis entre arteria pudenda profunda externa y arteria perineal superficial (rama de arteria pudenda interna) y la inervación, por el nervio perineal superficial (5).

El objetivo de nuestro trabajo consiste en difundir esta técnica quirúrgica en el ámbito de nuestra especialidad y describir nuestros resultados.

Material y método

Paciente de 15 años con síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Como antecedentes personales cabe destacar: malformación anorrectal con fístula vestibular, malrotación intestinal y torsión de ovario derecho. Por estos motivos fue sometida con anterioridad a diferentes intervenciones quirúrgicas: colostomía a los 18 meses, anorrectoplastia sagital posterior a los 2 años, cierre de colostomía a los 3 años, ooforectomía derecha a los 12 años.

La exploración física del aparato genitourinario nos muestra clítoris, meato uretral, labios mayores y menores de aspecto normal. Se evidencia una depresión sin introito vaginal.



Fig. 1. Resultado al año de la intervención.

Tras la reconstrucción vaginal con colgajos fasciocutáneos vulvoperineales de Málaga presentó un hematoma vulvar izquierdo y dehiscencia de sutura inguinal izquierda, que requirió Friedrich y reconstrucción de herida inguinal izquierda.

El resultado final fue satisfactorio, objetivándose al año de la intervención una vagina de 10 x 3,5 centímetros, con sensibilidad preservada y con buen aspecto estético (Fig. 1). En este caso prácticamente no se produjo crecimiento de pelo dentro de la vagina, porque la paciente se sometió a varias sesiones de depilación con láser antes de la intervención quirúrgica. Tan sólo presentó algo de vello en el introito, por lo que recibió alguna sesión más de depilación en el postoperatorio.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general, en posición de litotomía y sondaje vesical, se realiza el diseño de los colgajos verticales (Fig. 2), centrados sobre el límite lateral de los labios mayores, de dimensiones 4 x 13 cm. El pedículo se encuentra en situación posterior. Una vez obtenidos los colgajos, se realiza una disección roma del espacio rectovesical hasta el fondo de saco de Douglas (Fig. 3).

Se procede a la elevación de los colgajos y se practica la transposición de los mismos desde las zonas



Fig. 2. Diseño de los colgajos.

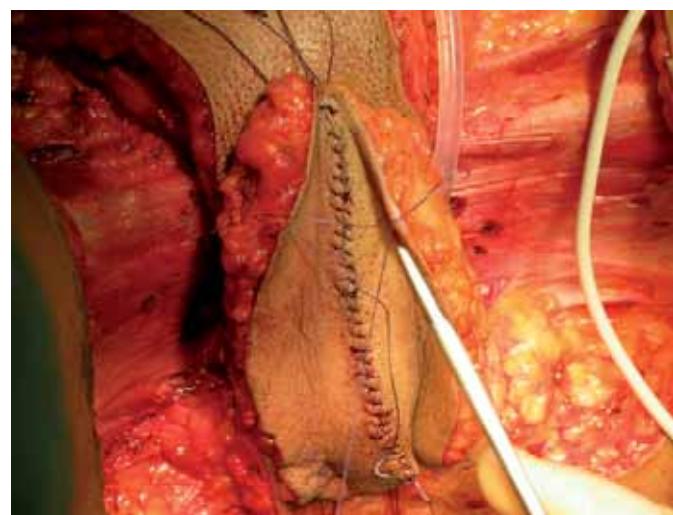


Fig. 5. Sutura de bordes mediales y laterales de los colgajos.



Fig. 3. Disección del espacio rectovesical de Retzius.



Fig. 6. Introducción de la neovagina en el espacio rectovesical.



Fig. 4. Transposición de los colgajos desde las zonas donantes hacia la línea media.

donantes hacia la línea media, pasándolos bajo túneles subcutáneos en la región más posterior de los labios mayores (Fig. 4), para seguidamente suturar los bordes mediales conformando la mitad posterior de la vagina artificial (Fig. 5). Posteriormente se realiza

sutura de los bordes laterales y distales quedando construida la neovagina artificial que se introduce en el espacio rectovesical sin fijar su ápex en profundidad.

Se realiza sutura primaria de aproximación en las zonas donantes de los colgajos en dos planos. Se pueden dejar drenajes (Fig. 6). Finalmente se rellena la cavidad con varias láminas grandes de un apósito impregnado no adhesivo, que se mantiene de 6 a 7 días en su posición mediante dos suturas de nylon fijadas en los márgenes introitales y anudadas sobre una gasa estéril colocada sobre la apertura vaginal (4).

Discusión

Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para la vaginoplastia. Dentro de las distintas técnicas clásicas destaca la de Abbé (6) popularizada por McIndoe-Banister (2), en la que se utilizan injertos libres de piel para cubrir un espacio disecado entre la vejiga y el

recto. Pero la tendencia a la retracción y a la estenosis con esta técnica, obliga a utilizar dilatadores durante un tiempo prolongado.

Bruck (7) describe en 1970 la necesidad de dotar de una piel estable y elástica a la neovagina, lo que se puede lograr mediante la transposición de tejidos de espesor total con su propia vascularización. A lo largo de la historia se han ideado numerosas técnicas para este fin que han empleando diversos métodos como la expansión tisular (8), las plastias asociadas a dilatadores, plastias musculocutáneas (2), transferencias tisulares libres microquirúrgicas (9) o diversas tipos de plastias locales, pero en nuestra opinión ninguna tan eficaz como la técnica de Málaga que emplea los colgajos vulvoperineales, puesto que evita la utilización prolongada de dilatadores y la morbilidad asociada al abordaje abdominal para la creación de una neovagina de sigma, técnica que era nuestra elección antes de 2005. Desde entonces, hemos intervenido dos pacientes con la técnica de Málaga con buenos resultados estéticos y funcionales y con un seguimiento que oscila entre los 9 meses y los 2 años.

Conclusiones

La reconstrucción vaginal con los colgajos fasciocutáneos vulvoperineales de Málaga nos permite la obtención de una neovagina con un ángulo de inclinación fisiológico y natural y un axis anatómico correcto para la relación sexual; con sensibilidad, distensibilidad y elasticidad. Esta técnica se realiza en un solo tiempo quirúrgico, con una mínima morbilidad para la paciente y evita la necesidad del uso continuado de moldes, obturadores o dilatadores.

El principal inconveniente de esta técnica quirúrgica es el crecimiento de pelo dentro de la vagina, aunque se atenúa con el tiempo debido a un fenómeno de atrofia folicular y metaplasia cutánea (10).

Dirección del autor

Dra. Sonia Pérez Bertólez

C/ Navarro Ledesma 158, blq. 6, prt. 5, 4ºC
29010 Málaga, España.
e-mail: spbertolez@yahoo.es

Bibliografía

1. Núñez Serrano, A.A., Tejerizo López, L.C., García Martínez, L., Elena Sorando, E., Arranz López J.L., De Juan Huelves, A.: "Infección de neovagina en Síndrome de Rokitansky por virus del papiloma humano". Cir plást iberolatinoam 2007; 33(1): 49..
2. González Sarasúa J., Lázaro Álvarez M.J.: "La Reconstrucción Vaginal con la Técnica de McIndoe". Cir plást iberolatinoam 2001; 27(3): 217.
3. Giraldo F., Pérez-Bryan L., Villegas E., González C., Ferrer A.: "Reconstrucción Parcial o Completa de la Vagina en Malformaciones Congénitas y Defectos Adquiridos Utilizando el Colgajo Málaga". Cir plást iberolatinoam 2001; 27(3): 223.
4. Giraldo F., Gaspar D., Gonzalez C., Bengoechea M., Ferron M.: "Treatment of Vaginal Agenesis with Vulvoperineal Fasciocutaneous Flaps". Plast Reconstr Surg 1994; 93(1):131.
5. Giraldo F., Mora M.J., Solano A., Abehsara M., Ferron M., Smith J.M.: "Anatomic Study of the Superficial Perineal Neurovascular Pedicle: Implications in Vulvoperineal Flap Design". Plast Reconstr Surg 1997; 99(1):100.
6. Abbé R.: "New Method of Creating a Vagina in Case of Congenital Absence". Med Rec 1898; 54: 836.
7. Bruck H.G.: "Erfahrungen mit der Dermatoscheidenplastik" Wien Wochenschr 1970; 82:562.
8. Johnson N., Batchelor A., Lilford R.J.: "Experience with Tissue Expansion Vaginoplasty". Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 564.
9. Khen-Dunlop N., Lortat-Jacob S., Thibaud E., Clement-Ziza M., Lyonnet S., Nihoul-Fekete C.: "Rokitansky syndrome: clinical experience and results of sigmoid vaginoplasty in 23 young girls". J Urol. 2007;177(3):1107.
10. Giraldo F., Solano A., Mora M.J., Smith V.: "Hair Growth in the Vagina After Reconstruction with Pudendal Thigh Flaps in Congenital Vaginal Agenesis". Plast Reconstr Surg 1998; 102(3):924.