# *Simplificando a neovaginoplastia na Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser*

## *Simplifying vaginoplasty in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome*

Adriana Prato Schmidt[1], Sérgio Flávio Munhoz de Camargo[2], Cézar Vilodre[3], Renan Camargo[4], Flávia Sória[5]

**RESUMO**

Embora sua descrição diste da primeira metade do século XIX, talvez pela sua raridade, o tratamento da Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) ainda hoje constitui um desafio. Neste artigo, após breve revisão teórica das características da síndrome, discutimos as técnicas propostas para criação de uma neovagina. Apresentamos a seguir um relato de caso de paciente de 39 anos submetida à Neovaginoplastia de Creatsas, que, pela sua simplicidade, rapidez de recuperação, baixa morbidade e excelentes resultados iniciais, parece ser a opção ideal para as pacientes brasileiras.

UNITERMOS: Aplasia Vaginal, Anomalias Congênitas Vaginais, Vaginoplastia.

**ABSTRACT**

*Although its description dates from the first half of the 19th century, the treatment of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome remains a challenge, perhaps because of its rarity. In this paper, after a brief theoretical review of the characteristics of the syndrome, the proposed techniques for creating a neovagina are discussed. Then we report the case of a 39-year-old patient submitted to Creatsas neovaginoplasty, which owing to its simplicity, fast recovery, low morbidity and excellent early results, seems to be the ideal choice for Brazilian patients.*

KEYWORDS: *Vaginal Aplasia, Congenital Vaginal Anomalies, Vaginoplasty.*

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) (1-4) é caracterizada pela ausência congênita de vagina (causa mais frequente), associando-se amenorreia primária e útero rudimentar com consequente infertilidade. É causada por uma forma de displasia dos Ductos de Müller, tendo sua incidência em torno de 1/4.000 a 5.000 nascimentos, podendo ser um traço autossômico familiar dominante.

Os ovários são morfologicamente normais e as trompas de Falópio situadas na parede pélvica lateral. Em alguns casos, podem ocorrer cornos uterinos nas paredes pélvicas. Raramente o útero contém cavidade endometrial, com quadros álgicos cíclicos concomitantes (5, 6).

O desenvolvimento puberal é normal assim como o cariótipo 46,XX. Pode estar associada com anormalidades do trato urinário (30%), esqueléticas (12%-coluna vertebral), cardiopatias congênitas e hérnia inguinal.

Geralmente é diagnosticada na época da menarca, pela amenorreia (complementada pelo exame da genitália externa, ecografia e videolaparoscopia). A confirmação desta anomalia e suas consequências diretas relacionadas ao

[1] Médica ginecologista e obstetra do Hospital Presidente Vargas.
[2] Preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia Hospital Presidente Vargas, Porto Alegre, RS.
[3] Preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Presidente Vargas.
[4] Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFRGS.
[5] Médica ginecologista e obstetra.

desenvolvimento da vida sexual e reprodutiva determinam importante impacto psicológico em uma mulher fenotipicamente normal.

O presente relato apresenta a descrição de uma abordagem cirúrgica simplificada e atualizada, visando a criação de uma cavidade vaginal funcional, minimizando a morbidade operatória, com consequente contribuição para a melhora na qualidade de vida destas pacientes.

## RELATO DO CASO

Paciente RRF, 39 anos, professora, residente no interior do estado do RS, sabendo ser portadora de Síndrome de Rokitanski com agenesia vaginal (Figura 1) e apresentando sequelas de talidomida materna com focomelia no MSE. Já havia realizado laparotomia com "ressecção de útero rudimentar e ooforectomia unilateral por cistos" (sic). Há alguns anos em peregrinação por ambulatórios de ginecologia, pois atualmente com parceiro fixo, desejava solução para obtenção de relação sexual satisfatória.

Após avaliação por cirurgião plástico, foi sugerida abordagem multidisciplinar pela técnica de McIndoe. Devido às dificuldades antecipadas por residir no interior do estado para os cuidados pós-operatórios, foi-lhe oferecida a simplicidade da neovaginoplastia de Creatsas com a qual a paciente consentiu. O resultado imediato pode-se avaliar nas Figuras 2 a 6, em procedimento de baixa morbidade, que mesmo sendo o primeiro realizado por equipe experiente na abordagem cirúrgica vaginal, teve a duração de 40 min.

## DISCUSSÃO

O tratamento ideal deve resultar em uma vagina não-cicatricial, que permita a relação sexual. A excisão do úte-



**FIGURA 1** – Agenesia vaginal.

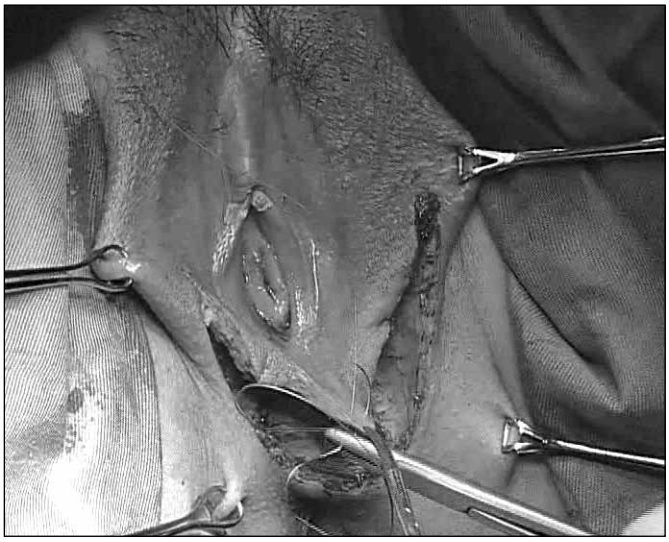


**FIGURA 3** – Início sutura interna.

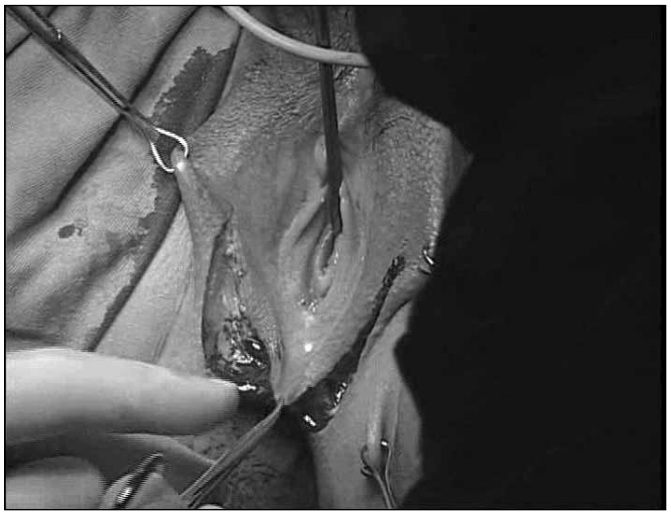


**FIGURA 2** – Incisão em grandes lábios.



**FIGURA 4** – Testando amplitude intróito vaginal.

ro rudimentar pode prevenir dores cíclicas (se endométrio presente), prevenir endometriose e consequente prejuízo para a função ovariana (7).

Dentro da abordagem conservadora, a criação de uma neovagina ocorre por meio de pressão intermitente sobre a cavidade rudimentar, como o método de Frank descrito em 1938 (8). Entre as suas vantagens, contabiliza-se não ser invasiva, ou apresentar os riscos inerentes à cirurgia; não deixa cicatrizes e cria uma vagina normalmente lubrificada. Por demandar meses ou anos, necessita pacientes altamente motivadas, sendo o abandono frequente (6-8).

Dentre as técnicas cirúrgicas, a vaginoplastia de McIndoe (9) ainda é a técnica mais usada na atualidade. Consiste em se realizar uma cuidadosa dissecção entre a bexiga e o reto, para formar uma cavidade, na qual se insere um molde vaginal recoberto de enxertos cutâneos (nádegas ou coxas), de espessura parcial (epiderme e parte da derme) ou total (epiderme e derme em toda a sua espessura). É uma alternativa simples e segura, com morbidade associada muito baixa. Nas suas inconveniências a principal é a tendência do enxerto à retração, com fracasso terapêutico. Isto demandará de parte da paciente necessidade de dilatações frequentes por tempo indeterminado (6).

A vaginoplastia por tração é a técnica de Vechietti, na qual se exerce uma pressão contínua e progressiva por uma ogiva de acrílico passada através do potencial espaço neovaginal e a parede abdominal. Um dispositivo de tração é colocado na cavidade abdominal e gradualmente puxa a ogiva para cima, por um período de dias ou semanas. Este processo lentamente alonga a cúpula vaginal. Originalmente descrita por laparotomia (10), esta técnica é agora realizada laparoscopicamente (11).

Na neovagina intestinal é utilizado um segmento isolado de intestino para criar a vagina, que mantém seu suprimento vascular via um mesentério intacto. O sigmoide é geralmente o segmento intestinal preferido (12) , por poder facilmente ser mobilizado sem tensão até o períneo. Embora com excelentes resultados, consiste em uma cirurgia de vulto maior.

Com a vaginoplastia de Williams (13), um retalho vulvar é preparado para a construção de um "tubo" vaginal. Embora este simples procedimento não implique em risco de lesão retal ou da uretra, necessita dilatação e a neovagina resulta com um ângulo não-fisiológico.

A neovaginoplastia de Creatsas (14) é uma técnica cirúrgica derivada da de Williams na qual tecidos vulvares (vestíbulo) e perineais são usados para criar uma vagina funcional. É uma técnica simples e segura para ginecologistas habituados a realizarem perineoplastias e, segundo o seu autor, dispensa dilatações, permitindo conseguir-se comprimentos vaginais de 9 a 12 cm e largura de 5 cm. No caso acima relatado, a paciente foi operada por esta técnica, que acreditamos esteja sendo pela primeira vez apresentada em nosso meio.

Como podemos observar nas figuras 2 a 5, a técnica da neovaginoplastia consta basicamente dos seguintes tempos:

1. Incisão em "U" com eletrocautério na superfície interna dos grandes lábios, tendo como limite superior a altura do meato uretral.
2. Descolamento do retalho cutâneo também com bisturi elétrico, tendo como limite profundo a musculatura perineal.
3. Início da sutura interna com poliglactina 2-0, pontos separados. A superfície formada será o assoalho do futuro canal vaginal, às custas de tecido do vestíbulo.
4. A seguir, sutura-se na linha média com o mesmo tipo de fio e pontos, a musculatura superficial do períneo e os músculos bulbo-esponjosos, dando o suporte muscular para a parede posterior da neovagina.
5. Sutura em sequência do tecido celular subcutâneo, derme e epiderme, da maneira que o cirurgião estiver habituado.
6. Colocação de sonda vesical tipo Foley e gaze vaginal com pomada antibiótica, ambas por 12 horas.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Embora não sendo frequentes no consultório do ginecologista geral, as malformações genitais constituem um dilema cada vez que são encontradas, pelas dificuldades diagnósticas e de orientação terapêutica. Dentre as malformações, a Síndrom e de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, de origem Mülleriana, é das que maiores repercussões psicológicas acarreta, pois a paciente é feminina em todas as suas características externas mas está impossibilitada de manter relações sexuais, menstruar e procriar. Nós, enquanto ginecologistas, temos o dever de tentar minimizar estas repercussões da melhor forma possível e a criação de uma neovagina que possibilite um coito satisfatório é certamente um passo importante nessa direção.

A neovaginoplastia de Creatsas, pela sua simplicidade, mínima possibilidade de complicações, e pelo fato de ser realizada em qualquer centro médico pelo ginecologista geral, é uma alternativa atraente que deverá revolucionar o tratamento das agenesias vaginais, desde que os resultados a médio e longo prazo venham a confirmar a experiência inicial de grupos como o nosso.

## AGRADECIMENTO

Ao Prof. George Creatsas de Atenas, Grécia, por nos permitir dividir com os colegas brasileiros seus resultados, beneficiando principalmente as nossas pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Mayer CAJ. *Über Verdoppelungen des Uterus und ihre Arten, nebst Bemerkungen über Harenscharte und Wolfsrachen.* Journal der Chirurgie und Augen-Heilkunde. 1829;13:525-564.
2. von Rokitansky KF. *Über die sogenannten Verdoppelungen des Uterus* . Medizinische Jahrbücher des kaiserl. königl. Österreichischen Staates Wien.1838;26:39-77.
3. Küster H. *Uterus bipartitus solidus rudimentarius cum vagina solida.* Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1910;67:692-718.
4. Hauser GA, Keller M, Koller T, et al: *Das Rokitansky-Küster-Syndrom. Uterus bipartus solidus rudimentarius cum vagina solida.* Gynaecologia Basel. 1961;151:111-112.
5. Kirsch AJ, Kaye JD, arterSM, Gross SJ Mayer-Rokitansky Syndrome. Disponível em: http://emedicine.medscape.com/article/953492. Acessado 28 mar 2009.
6. Abbara A. Rokitanski-Kuster-hauser Syndrome. Disponível em: http://www.alyabbara.com/livre_gyn_obs/images/malformations_uterines/Rokitanski_Kuster_Hauser_01.html. Acessado 24 abr 2009.
7. Pomes C, Barrena N. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: Experiencia con vaginoplastia por traccion. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003;68(1):42-48.
8. Frank RT. The formation of an artificial vagina without operation. Am J Obstet Gynecol. 1938;35:1054-5.
9. McIndoe A, Bannister J. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. J Obstet Gynaecol Br Emp. 1938;45:490-493.
10. Vecchietti G. Neovagina nella sindrome di Rokitansky-Kuster-Hauser.Annu Ostet Gunecol. 1965;11:131-47.
11. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R. Laparoscopic creation of a neovagina in patients with Rokitansky syndrome: analysis of 52 cases. Fertil Steril 2000;74:385-389.
12. Hensle TW, Chang DT. Vaginal reconstruction. Urol Clin North Am. 1999;26(1):39-47.
13. Williams EA. Congenital absence of the vagina; a simple operation for its relief. J Obstet Gynecol Commonw. 1964;71:511-514.
14. Creatsas G, Deligeoroglou E, Makrakis E, Kontoravdis A, Papadimitriou L. Creation of a neovagina following Williams vaginoplasty and the Creatsas modification in 111 patients with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. Fertil Steril. 2001;76:1036-1040.


✉ Endereço para correspondência
**Adriana Prato Schmidt**
Clínica Lótus – Saúde da Mulher
Av. Carlos Gomes, 777/502
90480-003 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 33211200/(fax) (51) 3321 1295
💻 adrianapschmidt@ig.com.br

Recebido: 28/11/2010 – Aprovado: 10/3/2011