

CASO CLÍNICO

1. Especialista en ginecología y obstetricia. Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz
2. Médico Especialista en ginecología y obstetricia. Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz

ORCID

Jasson Daniel Apolony Loli

ORCID ID: 0009-0006-2088-8467

Giuliana Del Carmen Montano Vega

ORCID ID: 0000-0002-6918-8123

Correspondencia:

✉ jassonapolony@gmail.com

Citar como: Apolony J, Montano G. Formación de neovagina, técnica Vecchietti, en agenesia vaginal por síndrome de Rokitanski. Rev peru ginecol obstet. 2026;72(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v72i2864>

Formación de neovagina, técnica Vecchietti, en agenesia vaginal por síndrome de Rokitanski

Neovagina formation, Vecchietti technique, in cases of vaginal agenesis due to Rokitanski syndrome

Jasson Daniel Apolony Loli¹, Giuliana Del Carmen Montano Vega²

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v72i2864>

RESUMEN

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) es una rara anomalía congénita del tracto genital, caracterizada por la agenesia de útero y porción superior de vagina que puede presentar distintas variaciones de remanentes, pero con caracteres sexuales y cariotipo normal. Tiene una etiología multifactorial, con un fuerte componente genético. Se suele sospechar en un cuadro de amenorrea primaria y para el diagnóstico es indispensable la resonancia magnética. El tratamiento se basa en técnicas no quirúrgicas y quirúrgicas. Se presenta el caso de una paciente de 29 años de edad con diagnóstico de síndrome de MRKH a quien se le realizó histerectomía más una neovagina con técnica de Vecchietti abierta.

Palabras Clave: Enfermedades uterinas, Hematometra.

ABSTRACT

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome is a rare congenital anomaly of the genital tract characterized by agenesis of the uterus and the upper portion of the vagina, which may present with various residual structures, but with normal sexual characteristics and karyotype. It has a multifactorial etiology with a strong genetic component. It is often suspected in cases of primary amenorrhea, and magnetic resonance imaging (MRI) is essential for diagnosis. Treatment involves both non-surgical and surgical techniques. We present the case of a 29-year-old female patient diagnosed with MRKH syndrome who underwent a hysterectomy followed by creation of a neovagina using the open Vecchietti technique.

Keywords: Uterine diseases, Hematometra.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, también llamado agenesia mülleriana o agenesia vaginal, es una rara anomalía congénita del tracto genital. Tiene una incidencia aproximada de 1:4500-5000 mujeres⁽¹⁾. Se caracteriza por agenesia de útero y 2/3 de la vagina superior, pero puede variar desde la total ausencia de estas dos estructuras, hasta la presencia de remanentes uterinos con o sin tejido endometrial, y del tercio inferior de la vagina, que puede consistir en simplemente una pequeña depresión entre los labios, o tener una longitud de hasta 5 a 6 cm⁽²⁾. Y por un desarrollo fisiológico de los caracteres sexuales secundarios y por un cariotipo femenino normal 46 XX⁽³⁾. Se distinguen dos formas clínicas: La forma típica o Tipo I, conocida también como agenesia mülleriana⁽⁴⁾, caracterizada por ausencia de vagina, útero representado por remanentes uterinos simétricos, trompas y ovarios normales. La forma atípica o Tipo II, en la que los esbozos uterinos son asimétricos o están ausentes, existe hipoplasia o aplasia de una o ambas trompas y es frecuente la asociación con anomalías renales y esqueléticas⁽⁵⁾. Ésta última es la menos frecuente, con una incidencia aproximada de 30%⁽⁶⁾.

La etiología del síndrome MRKH sigue siendo difícil de alcanzar; parece tratarse de un trastorno multifactorial; sin embargo, los

informes crecientes de agrupamiento familiar apuntan hacia causas genéticas y el uso de diversas técnicas genómicas ha permitido la identificación de promotoras anomalías genéticas recurrentes en algunos pacientes⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

El síndrome de MRKH suele presentarse como amenorrea primaria en una paciente adolescente con desarrollo puberal genitales externos normales. Tanto los ovarios como su funcionalidad son normales. En 2-7% se aprecia un útero (rudimentario u obstruido) con endometrio funcionante. Por lo que podría presentar síntomas como dolor pélvico cíclico⁽¹⁰⁾.

La resonancia magnética se considera el estándar de oro para el diagnóstico, no es invasiva y es superior a la tomografía computarizada y ecografía⁽¹¹⁾.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ofrece tres opciones de tratamiento: el manejo médico, la dilatación mecánica y el tratamiento quirúrgico⁽⁴⁾. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), sugiere como tratamiento de primera línea la dilatación vaginal mecánica, aunque puede mostrar una adherencia baja por parte de la paciente. Los procedimientos quirúrgicos incluyen vaginoplastias que utilizan varios autoinjertos como la vaginoplastia de McIndoe (injerto de piel), de Baldwin (injerto de intestino), de Davydov (injerto peritoneal) y la vulvovaginoplastia de Williams (colgajos de labios mayores). Más recientemente, se han sugerido vaginoplastias que utilizan tejido vulvar autólogo cultivado y biomaterial de ingeniería tisular⁽¹²⁾. Un procedimiento quirúrgico alternativo es la vaginoplastia laparoscópica de Vecchiatti, descrita inicialmente como abierta, el objetivo principal es crear una neovagina mediante el estiramiento gradual del cutis vaginal de la paciente. Esto implica la inserción de un instrumento con forma de oliva en el hoyuelo vaginal, que se conecta a hilos de tracción de nailon que, tras atravesar el peritoneo pélvico, salen por el abdomen y se fijan posteriormente a un dispositivo de tracción progresiva. La operación se realiza por laparoscopia o por laparotomía. Una vez colocados, se tira suavemente de los hilos de nailon antes de conectarlos a un dispositivo de tracción que se coloca en el abdomen; los hilos se colocan en tracción progresiva, aproximadamente 1 cm al día, durante 7 días. Al

séptimo día, se retira el dispositivo de Vecchiatti y la mujer debe usar dilatadores vaginales durante 30 minutos al día para mantener la longitud vaginal⁽¹³⁾.

PRESENTACION DEL CASO

Mujer de 29 años de edad referida de la ciudad de Caraz por dolor pélvico crónico y "tabique vaginal", sin estudios previos adicionales. Durante el interrogatorio se constata que el dolor pélvico se presenta de manera cíclica, cada 30 días aprox. Además de amenorrea primaria y relaciones sexuales dolorosas, por lo que se hospitaliza para estudio. La paciente refiere que fue operada hace 2 años por un quiste ovárico derecho, sin más datos.

Al examen físico se evidencia genitales externos con desarrollo sexual aparentemente normal, salvo por un canal vaginal de 2cm de longitud (figura 1) y no se logra palpar cérvix. Se le realizó dosaje hormonal (TSH, T4L, prolactina, LH, FSH, estradiol, testosterona libre) con resultados en parámetros normales. Resultado de cariotipo 46XX. La ecografía abdominal no reporta alteraciones.

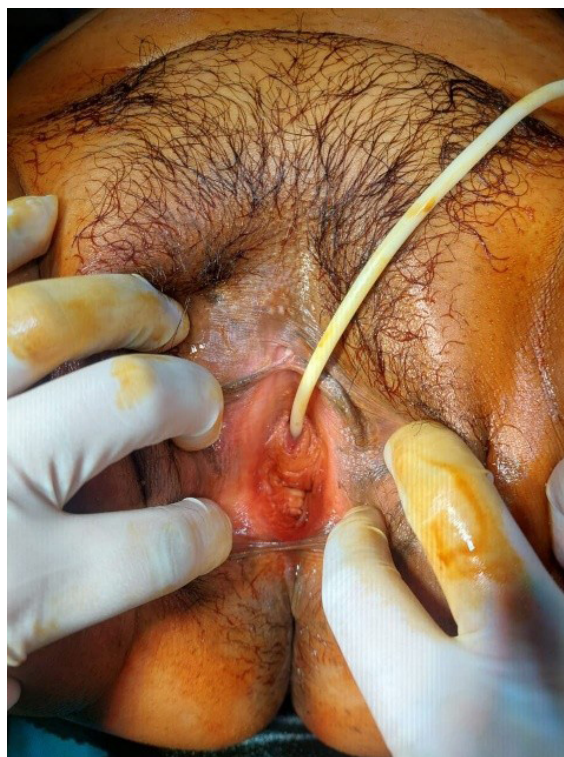


FIGURA 1: GENITALES EXTERNOS DE APARIENCIA NORMAL. LONGITUD VAGINAL DE 2CM.



La ecografía pélvica en 3D informa ausencia de tercio superior de vagina y ausencia de cérvix e istmo; y útero aumentado de tamaño por hematometra. La RMN es informada como útero aumentado de volumen, además de cérvix rudimentario y ausencia de vagina (figura 2).

Se plantea el diagnóstico de síndrome de MRKH: agenesia de cérvix y agenesia parcial de vagina; y se propone a la paciente el tratamiento quirúrgico por el dolor crónico que presenta. Además, se le explica el tratamiento no quirúrgico vs quirúrgico de la dilatación vaginal, aceptando la vía quirúrgica como primera línea. Se realiza laparotomía para histerectomía más formación de Neovagina. Los hallazgos operatorios fueron un remanente uterino unicorne ovoideo de 8x8cm aumentado de tamaño por la presencia de sangre en su interior; además de un endometrioma izquierdo y la ausencia de cérvix y 2/3 superiores de vagina, lo cual se constata al introducir vía vaginal una sonda Nelaton N14 e instilación de solución fisiológica, evidenciando que no existe comunicación. Se descartó de que se trate de un tabique vaginal transversal debido a la ausencia de toda la vagina superior y la falta de comunicación existente desde el remanente uterino hasta el 1/3 inferior de vagina. Este remanente uterino estaba en contacto con el extremo superior del espacio vesico-rectal. Posterior a la histerectomía se

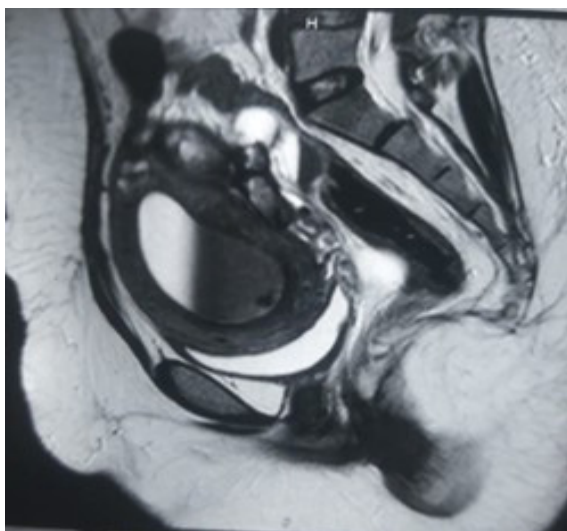


FIGURA 2: RMN. SE EVIDENCIA ÚTERO AUMENTADO DE TAMAÑO CON PROBABLE HEMATOMETRA. AUSENCIA DE CÉRVIX Y VAGINA SUPERIOR.

procede a realizar la neovagina, técnica de Vecchietti, colocando una oliva estéril en la vagina, anclada a 2 suturas de poliglactina, las cuales se introdujeron vía vaginal hacia el fondo de saco de Douglas, con trayecto subperitoneal por cada flanco hasta exteriorizarse por la piel (figura 3 y 4). Dichas suturas se fijaron en la pared abdominal realizando la tracción diaria de 1cm durante 7 días. Al retirar las suturas se obtuvo una longitud vaginal de 6cm y se indicó a la paciente que continúe usando un dilatador vaginal de látex durante las noches por 2 meses. Durante la hospitalización se presentó la complicación de infección de herida operatoria, la cual se resolvió con curación y antibióticos. La paciente fue dada de alta sin mayores complicaciones. El resultado de patología indicó remanente de cuerpo uterino con adenomiosis superficial y profunda, sin presencia de cérvix. Además, el ovario izquierdo con parénquima hemorrágico y endometriosis ovárica.



FIGURA 3: COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAVAGINAL, ANCLADO CON SUTURA DE POLIGLACTINA.



FIGURA 4: EXTERIORIZACIÓN DE SUTURA EN CADA FLANCO DE LA PACIENTE (FLECHA VERDE)



Al control a los 2 meses de la cirugía la paciente obtuvo una longitud vaginal de 7cm y retomó su vida sexual.

DISCUSIÓN

El síndrome de MRKH se presenta cada vez con mayor probabilidad como una patología con una etiología compleja y multifactorial; además, las alteraciones genéticas, que afectan el perfil embriológico, contribuyen en gran medida a su determinación.

Matemanosak P, y col, publica en el año 2024 un estudio retrospectivo de 96 pacientes con síndrome de MRKH diagnosticadas y tratadas en un hospital de referencia terciaria en Tailandia entre 2000 y 2022; encontrando que el 80.3 % presentaron el tipo I y el 19.2% el tipo II. Además; que el 21.8% presentaron atresia vaginal total y 78.2% hipoplasia vaginal.⁽¹⁴⁾

A pesar de los importantes avances en cirugía reconstructiva, no existe un consenso en cuanto al tratamiento ideal de estas pacientes. Este debería ir encaminado a la creación de una vagina funcionante.

Si bien puede optarse como primera línea de tratamiento la dilatación, como lo presenta Chen N, y col; en 97 pacientes sometidas a dilatación vaginal entre el año 2020 y 2023 en China, con un éxito de 77% (75 pacientes), con un aumento de 1 a 3 cm antes de la dilatación a 6 a 8 cm posterior a ésta, asociado a la participación activa de la pareja sexual⁽¹⁵⁾. La cirugía puede estar indicada en casos en que la terapia no quirúrgica haya fracasado, o cuando la paciente la prefiera como tratamiento inicial, como en este caso.

Al discutir las diferentes opciones de tratamiento con la paciente, es importante enfatizar que no existe una solución rápida para obtener una vagina funcional y las opciones quirúrgicas aún requieren dilatación posoperatoria continua, mediante relaciones sexuales regulares o dilatadores vaginales, para asegurar un resultado satisfactorio a largo plazo.

Yang X, y col; comparan la técnica de Vecchietti y Davydov en un total de 53 mujeres sometidas a creación quirúrgica de neovagina entre 2009 y 2019, con seguimiento a los 2 años. obtuvo una longitud vaginal de 8.2cm y 8.5cm respectivamente, concluyendo que la técnica de Vecchietti es un procedimiento que toma menor tiempo operatorio y puede resultar siendo un procedimiento relativamente sencillo con una morbilidad operatoria mucho menor⁽¹⁶⁾. La edad óptima para la práctica de esta cirugía no se ha establecido, pero debe ser una vez alcanzada la madurez sexual.

Martens L, y col; publica un metaanálisis con 33 estudios y cerca de 1500 pacientes comparando la técnica de Vecchietti y Davydov, encontrando 12 meses después de la cirugía una longitud vaginal de 8.7cm y 8.3cm respectivamente y un tiempo quirúrgico de 126 minutos con Davydov frente a 40 minutos con Vecchietti.⁽¹⁷⁾

Sin embargo, la mejor opción quirúrgica sigue dependiendo de la experiencia del equipo que la realiza y de las preferencias de la paciente. Después de la creación de la neovagina las pacientes pueden llevar una vida sexual normal⁽¹⁸⁾.

En el Perú existen muy pocos estudios en cuanto a técnica quirúrgica para formación de una neovagina, por lo que este caso puede abrir las puertas a más publicaciones similares. Cabe resaltar que existen ginecólogos con buena destreza quirúrgica en hospitales no solo de Lima, y eso ayuda a descentralizar los procedimientos de alta complejidad para el bien de las pacientes.

INFORMACIÓN SOBRE EL ARTÍCULO

Recibido: 14 de abril 2026

Aprobado: 17 de julio 2026

Publicación en línea: 2 de septiembre 2026

Reconocimiento de autoría: Los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección análisis e interpretación de datos, revisión y aprobación final del manuscrito.



Responsabilidades éticas: Los autores declaran haber obtenido los consentimientos necesarios de esta investigación.

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de intereses: Ninguno

Uso de inteligencia artificial: No

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fontana L, Gentilin B, Fedele L, Gervasini C, Miozzo M. Genetics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Clin Genet*. 2017; 91(2):233-246. doi:10.1111/cge.12883
- Mejía L, Rojas J, Suárez DV, Astudillo R, Mejía M. Caracterización de niñas con síndrome de Mayer Von Rokitansky-Küster-Hauser. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2015; 6(2). Doi. 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015Jun.281
- Herlin MK., Petersen MB, Brännström M. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. *Orphanet J Rare Dis*. 2020; 15,214. doi:10.1186/s13023-020-01491-9
- Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, e tal. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril*. 2021 Nov;116(5):1238-1252. Erratum in: *Fertil Steril*. 2023;119(6):1088. doi:10.1016/j.fertnstert.2023.04.001
- Zarate GP, Alegria LF, Rodríguez LM, Ríos LV, Murillo LF. Mayer Von Rokitansky Küster Hauser syndrome, more than a clinical update, diagnosis and surgical treatment associated with anesthetic complications in pediatric patients. *SEMJ*. 2021; 1(2):227-41. Disponible en: <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/42>
- Chen N, Pan H, Luo G, Wang P, Xie Z, Hua K, e tal. Clinical characteristics of 1,055 Chinese patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a nationwide multicentric study. *Fertil Steril*. 2021; 116(2): 558-565. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.02.033
- Morten KH. Genética del síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH): avances e implicaciones. *Frente Endocrinol (Lausana)*. 2024; 15:1368990. doi:10.3389/fendo.2024.1368990
- Chen N, Zhao S, Jolly A, Wang L, Pan H, Yuan J, e tal, Deciphering Disorders Involving Scoliosis and COMorbidities (DISCO) study group. Perturbations of genes essential for Müllerian duct and Wölffian duct development in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Am J Hum Genet*. 2021; 108(2):337-345. doi:10.1016/j.ajhg.2020.12.014
- Pontecorvi P, Bernardini L, Capalbo A, et al. Protein-protein interaction network analysis applied to DNA copy number profiling suggests new perspectives on the aetiology of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Sci Rep*. 2021; 11,448. doi.org/10.1038/s41598-020-79827-5
- Zamboni M, Pomés C, Celle CF, Rivera CA. Malformaciones müllerianas: actualización y revisión a propósito de casos clínicos. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2022; 88(4). doi:10.24875/rechog.23000022
- Mina E, Álvarez S, Valencia C, Murúa OA, Piña LE, Gómez MG. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser síndrome. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2020; 20(4). doi:10.35366/107122
- Pizzo A, Laganà AS, Sturlese E, Retto G, Retto A, e tal. Mayer-rokitansky-kuster-hauser syndrome: embryology, genetics and clinical and surgical treatment. *ISRN Obstet Gynecol*. 2013; 2013:628717. doi:10.1155/2013/628717
- Kang J, Chen N, Song S, Zhang Y, Ma C, e tal. Sexual function and quality of life after the creation of a neovagina in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: comparison of vaginal dilation and surgical procedures, Fertility and Sterility. 2020; 113(5):1024-1031. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.01.017
- Matemanosak P, Peeyananjarassri K, Klangsins S, Wattanakumtornkul S, Dhanaworavibul K, e tal. Clinical features and management of women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome in a Thai population. *Obstet Gynecol Sci*. 2024; 67(3):314-322. doi: 10.5468/ogs.23211
- Chen N, Duan J, Gao O, Huang R, Kang J, e tal. Noninvasive neovagina creation using vaginal dilation therapy in ninety-seven patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, Fertility and Sterility. 2025; 123(2):364-366. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.09.048
- Yang X, Zhu L, Wang YJ, Tong B, Zhong S, et al. Comparison of the modified laparoscopic Vecchiatti and Davydov colpoplasty techniques in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A long-term follow-up análisis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022; 48:1930. doi:10.1111/jog.15262.
- Martens L, Tannenbaum L, Van-Kuijk SMJ, Notten KJB, Kluivers KB. Laparoscopic Davydov vs. laparoscopic Vecchiatti neovaginoplasty in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome; a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2024;121(4):679-692. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.12.015
- Imbroane M, Bosch A, Richards EG. To be frank: is it time to say goodbye to Abbe-McIndoe and Vecchiatti? Fertility and Sterility. 2025; 123(2):251-252. doi:10.1016/j.fertnstert.2024.12.004