

# Lipoinjerto laminar: un tratamiento prometedor con factores vasculares estromales para las vulvo-vaginitis crónicas

## Lamellar fatgrafting: a promising treatment with stromal vascular fraction in recurrent vulvo-vaginitis



Stocchero, Ithamar N.

Stocchero, Ithamar N.\*, Stocchero, Gelde H.F.\*\*, Stocchero, Gustavo F.\*,  
Stocchero, Vivian G.Z.\*\*, Fonseca, Alexandre S.F.\*, Fonseca, Eleonora F.S.\*\*

### Resumen

Una de las situaciones más problemáticas para la vida íntima de una mujer, sobre todo si es joven, son las vulvo-vaginitis de repetición. Junto al herpes genital recidivante, suele ser causa de disarmonía en la relación de pareja por la situación en sí y por la frecuente presencia de dolor. Presentamos un caso exitoso en el que se aplicó un nuevo tratamiento consistente en la utilización de lipoinjerto laminar submucoso, con preservación de la fracción vascular estromal (FVE), rica en células tronco derivadas de ese tejido (ADSCs), capaces de inducir neoangiogénesis que promoverá la defensa inmunológica normal de la mucosa de la vagina. De esta forma evitamos el uso de antibióticos y de otras terapias más costosas y, sobre todo, favoreciendo una vida sexual normal. Describimos en el presente artículo la técnica empleada.

### Abstract

One of the most inconvenient situations for a woman, mostly if young, is the recurrent vulvo-vaginitis. With the presence of a returning genital herpes infection, with its permanent pain, the sexual life of the couple will be a point of discordance that may lead to an unsustainable intimacy. The authors relate a successful case of a new treatment that consists in a submucosal lamellar fatgrafting, with preservation of the stromal vascular fraction (SFV) rich in Adipose Derived Stromal/Stem Cells (ADSCs) and able to induce a neoangiogenesis, that will promote the normal immunological defense of the mucosa of the vagina, providing against the use of antibiotics and expensive therapies, and, most of all, leading to a normal sexual life. The successful technique used in this case is described in the article.

**Palabras clave** Vulvo-vaginitis, Lipoinjerto, Células Tronco, Factores Vasculares Estromales.  
**Código numérico** 631-19-1530

**Key words** Vulvo-vaginitis, Lipografting, Stem Cells, Stromal Vascular Factors.  
**Numerical Code** 631-19-1530

\* Cirujano Plástico.  
\*\* Ginecólogo.

## Introducción

El tratamiento de heridas mediante utilización de lipoinjertos ha ido ganando cuerpo en los últimos años debido a su capacidad de inducir una recuperación tisular (1,2) a través de mecanismos que están todavía en estudio, entre los cuales están la células tronco y las proteínas inductoras de reacción inflamatoria presentes en el tejido adiposo. La fuente de células tronco no es el adipocito en sí, sino el tejido de sustentación del mismo, capaz de regenerar el parénquima graso en ciclos estimados de entre 2 a 10 años (2). Es una gran fuente de Factores Estromales Vasculares (FEV) y de Células Tronco Derivadas del Tejido Graso (ADSCs), que están en la columna densa del aspirado, en el centro del mismo (Fig. 1). El no retirar el envoltorio natural de esas células tronco, permite su mejor integración al nuevo tejido, además de que evita posibles contaminaciones por manipulación en laboratorio.

Estos datos motivaron el tratamiento aplicado en el caso que presentamos, pues la inexistencia de soluciones eficaces para una patología es lo que hace que la Medicina evolucione. El querer resolver el problema de cada paciente es el deber del médico. Innovar con seguridad, puede marcar la diferencia. El intercambio de Especialidades contribuye en gran manera a lograr este tipo de soluciones.

### CASO CLINICO

Paciente de 42 años, casada, unigesta (gemelar), con historia de 20 años de infecciones de repetición en el área genital. A los 22 años contrajo HPV; durante años fue tratada con láser, sin éxito. Padeció infecciones por *Cándida albicans*, al menos una vez al mes. A los 34 años padeció herpes genital. Los episodios de candidiasis empeoraron, alternando con herpes. El dolor vaginal constante le hacía imposible mantener una actividad sexual regular. A los 36 años se sometió a tratamiento de fertilización in vitro (FIV), con resultado de gestación gemelar llevada a término. A los 38 años, fue sometida a una nueva cauterización vaginal con láser, que evolucionó con ulceraciones repetidas, principalmente en dos localizaciones, siempre de muy difícil cicatrización. Presentaba vagina seca permanentemente y no podía usar pantalones por dolor constante. Ante la insatisfacción provocada por los tratamientos convencionales y sin éxito, con su vida íntima en un nivel inaceptable, la paciente buscaba otra alternativa.

Teniendo en cuenta el conocimiento adquirido sobre el tratamiento de heridas y la buena evolución de las úlceras crónicas tratadas con injerto de lipoaspirado (que contiene la mayor parte de los FEV y de

las ADSCs (1)), le propusimos una solución innovadora para su caso.

Esta propuesta consistía en:

1. Resección de las áreas vaginales con heridas de repetición (Fig. 2 y 3), y cobertura con colgajos locales de rotación.

2. Lipoinjerto en labios mayores para aumentar su volumen y de esta manera, cerrar el orificio vulvar y retener la humedad natural.

3. Lipoinjerto laminar colocado debajo de la mucosa vaginal, en todo su hemisferio posterior, buscando aumentar la capacidad de respuesta inflamatoria, mejorar el poder de cicatrización y dar resistencia a los tejidos.

Una vez aceptada la propuesta por la paciente, se llevó a cabo la cirugía con programación previa y bajo anestesia general. Aunque las áreas donantes de grasa con mayor producción de células tronco sean las del tronco corporal (3), en este caso optamos por aspirar de las caderas, empleando técnica tumescente con suero fisiológico y adrenalina a 1 /500.000, siguiendo la práctica habitual de nuestro grupo (4). Para la lipoaspiración empleamos cánulas de 4 mm de diámetro y de 3 mm para el injerto. De la columna de aspirado (aproximadamente unos 400 cc. Fig. 1), tras una espera de 40 minutos para sedimentación, despreciamos la capa de aceite de la superficie, resultante de la rotura de los adipocitos, y el líquido residual del fondo, producto de la infiltración en su mayor parte. Injertamos 10 cc de grasa en cada labio mayor, tunelizados en capas, y 4 cc en la submucosa posterior de la vagina siguiendo técnica de retroinyección, de forma paralela y laminar; previamente habíamos realizado la



Fig. 1. Lipoaspirado después de la sedimentación.

Lipoaspirado, após sedimentação.



Fig. 2.  
Preoperatorio:  
nótese abertura y  
sequedad.

*Pré-operatório.  
Notar abertura e  
ressecamento.*



Fig. 3.  
Preoperatorio: área  
de ulceración  
cicatrizada  
marcada a las 4  
horas.

*Pré-operatório.  
Área de ulceração  
cicatrizada às 4  
horas.*

resección de dos úlceras vaginales y aproximación del músculo transverso superficial del perineo, con pequeña perineoplastia posterior para el cierre (Fig. 4). La paciente recibió el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención. Eliminó dos puntos internos de hilo de sutura de ácido poliglicólico a la tres y a las cuatro semanas.

En cuanto a la recuperación, retomó sus actividades profesionales a los tres días de la cirugía, sus actividades deportivas a las tres semanas y por recelo, no volvió a mantener relaciones sexuales hasta los dos meses. Por restricción del perineo, presentó pequeña fisura junto a la comisura vaginal posterior tras la relación sexual, que cicatrizó rápidamente (Fig. 5 y 6).

Hasta el momento, tras 9 meses de seguimiento, no ha presentado recidiva de herpes, ni de otro tipo de infección; presenta humedad permanente de la vagina, aspecto que ella desconocía ya que siempre había convivido con sequedad local. El introito vaginal se mantiene cerrado, los labios mayores presentan un aspecto juvenil y turgente (Fig. 7 y 8) y la paciente puede usar cualquier tipo de vestimenta. Sus únicas quejas son relativas a la aparición ocasional de fisuras en la comisura posterior tras el acto sexual, y una pequeña herida de 3 X 1 cm., dolorosa, que ocasionalmente aparece en el punto donde se colocó un punto de sutura irreabsorbible en profundidad, pero que no coincide con la zona donde estaban anteriormente la úlceras provocadas por la laserterapia. Estos problemas se producen por acción mecánica y son

susceptibles de corrección; son debidos a un pequeño exceso en el cierre del perineo y a una reacción al hilo de sutura, y no por falta de resistencia de los tejidos, que era el principal objetivo del tratamiento y que obtuvo pleno éxito, ya que sabemos por Resonancia Magnética realizada a los 2 meses de la cirugía, que



Fig. 4.  
Fin de la cirugía.

*Fim da cirurgia.*



Fig. 5. Postoperatorio a los 3 meses. Se mantiene el volumen de los labios mayores y la oclusión del introito vaginal.

*Pós-operatório de 3 meses. Mantidos os volumes dos grandes lábios e a oclusão do intróito vaginal.*



Fig. 6. Postoperatorio a los 3 meses. Obsérvese la humedad natural. La pequeña laceración traumática cicatrizó en dos días.

*Pós-operatório de 3 meses. Observar a umidade natural. A pequena laceração traumática cicatrizou em dois dias.*

ya se había estabilizado el material lipoinjertado en su nuevo lecho (2), así como la angiogénesis inducida por los FVE, que ya actuaba plenamente, permitiendo una mejora en la resistencia de la mucosa y restaurándola a su normalidad. Tras este periodo, se considera superado el momento crítico para este tipo de cirugía.

## Discusión

Desde hace más de 30 años trabajamos en conjunto en una clínica asociada de Ginecología y Cirugía Plástica, lo que ha hecho posible sumar esfuerzos para contribuir, mediante fusión de Especialidades, a la



Fig. 7. Postoperatorio a los 6 meses.

*Pós-operatório de 6 meses.*



Fig. 8. Postoperatorio a los 9 meses.

*Pós-operatório de 9 meses.*

búsqueda de este tipo de soluciones en nuestro medio(5). El carácter familiar de nuestro trabajo, que hace que en muchas ocasiones comentemos entre todos las dificultades diarias, motivó que buscáramos una solución en conjunto para los casos de vulvo-vaginitis de repetición, atrofia y pérdida de defensas de la mucosa vaginal, con una buena respuesta, lo que nos estimuló a crear un grupo de trabajo dedicado a esta patología.

No hay actualmente Especialidades que no puedan colaborar entre sí. La asociación entre ginecólogos y cirujanos plásticos es un hecho reconocido de suma de experiencias en el área de la Mastología y en cirugías combinadas para la mejora del contorno corporal, aprovechando por ejemplo la oportunidad de una laparotomía ginecológica.

Para idear el tratamiento aplicado en el caso que presentamos, asociamos el conocimiento específico en Cirugía Plástica sobre las características inflamatorias positivas inducidas por los lipoinjertos a través de los FVE y de las ADCSs, a la necesidad de buscar una alternativa de tratamiento para una paciente que ya había agotado todos los tratamientos conocidos. De esta manera creamos un procedimiento fácil de realizar para profesionales habilitados, que se mostraba prometedor, reduciendo los costes y los inconvenientes comunes al uso de inmunomoduladores y de otras terapias de repetición. Valga decir que inicialmente orientamos a la paciente a la posible necesidad de varias sesiones de lipoinjertos laminares hasta alcanzar la resistencia de la mucosa deseada. Finalmente, en este caso, fue suficiente con una sesión. Por regla general, a mayor edad de la paciente, y por haber menores niveles hormonales, es posible necesitar tratamientos más largos.

La mucosa vaginal es un tejido de gran resistencia y elasticidad, capaz de resistir la atrición y la distensión extremas, así como el contacto con el medio externo preservando el medio interno. El fallo de esta barrera de protección, ya sea por atrofia secundaria a alteraciones hormonales (que como sabemos llevan a la pérdida de turgencia y al resecamiento), ya sea por la exposición constante del interior por flacidez o rotura, conlleva un desequilibrio en la protección y la aparición y reproducción de una flora indeseable. Restaurar la anatomía y la fisiología propias de esta zona es sumamente importante para devolver la natu-

ralidad en un aspecto clave para la psicología humana que, cuando falla, puede provocar profundas repercusiones en el comportamiento habitual al influir sobre un bien precioso: la normalidad sexual.

## Conclusiones

El lipoinjerto laminar conservando el tejido vascular estromal, es una solución potencial para el tratamiento de las heridas crónicas. En el caso que presentamos, injertando en el plano submucoso, resultó ser un tratamiento de gran valía para mejorar las defensas locales de la mucosa vaginal que se volvió más resistente a la infecciones, mientras que el injerto en los labios mayores permitió devolverles su volumen para que, al colaborar en el cierre del introito vaginal, se lograra mantener la humedad natural de la vagina y permitir así a la paciente una vida sexual normal.

## Agradecimientos

Al doctorando en Medicina Guilherme Flosi Stocchero por sus constantes pesquisas bibliográficas, revisiones de texto y traducciones.

## Dirección del autor

Dr. Ithamar Nogueira Stocchero  
Centro Médico Viver Melhor  
Rua Abilio Soares, 1337.  
04005-005 Sao Paulo SP  
Brasil  
e-mail: dr.ithamar@vivermelhor.com.br

## Bibliografía

1. **Rigotti,G., Marchi,A., Galiè,M., Baroni,G., Benati,D., Krampera,M., Pasini,A. and Sbarbati,A.:** "Clinical Treatment of Radiotherapy Tissue Damage by Lipoaspirate Transplant: A Healing Process Mediated by Adipose-Derived Adult Stem Cells", *Plast. Reconstr. Surg.* 2007, 119(5):1409.
2. **Stocchero,I.N., Stocchero,G.F., Stocchero,G.F. and Fonseca, A.S.F.:** "Liposuctionable Fat: A Hypothetic Model", *Plast. Reconstr. Surg.* 2006, 117(1):337.
3. **Yoshimura,K.:** in "ISAPS News – Features" 2008, 2(3):6.
4. **Almeida,K.A., Campa,A., Alonso-Vale,M.I.C., Lima,F.B., Daud,E.D. and Stocchero,I.N.:** "Fracción Vascular Estromal: Cómo Obtener Células Madre y su Rendimiento de Acuerdo a la Topografía de las Áreas Donantes: Estudio Preliminar", *Cir.plást.ibero-latinoam.* 2008, 34(1):71.
5. **Stocchero,I.N.:** "Ultrasound and Seromas", *Plast. Reconstr. Surg.* 1993, 91(1):198.

## Comentario al trabajo «Lipoinjerto laminar: un tratamiento prometedor con factores vasculares estromales para las vulvo-vaginitis crónicas»

Dra. Norma I. Cruz

Directora de la División de Cirugía Plástica. Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico

Ante todo felicitar al Dr. Ithamar Stocchero y sus colaboradores por la presentación de este interesante caso. El artículo nos propone un innovador uso de los injertos de grasa, en particular de las células madre de alto rendimiento de la fracción vascular estromal (FVE) para el tratamiento de la vulvo-vaginitis crónica.

El Dr. Stocchero nos presenta el caso de una mujer de 42 años con un historial de vulvo-vaginitis crónica, con la mucosa vaginal persistentemente seca, e infecciones locales repetidas.

Aparentemente después de agotar todos los tratamientos convencionales le refieren la paciente debido a su experiencia en el tratamiento de úlceras crónicas con injertos de lipoaspirado (que contiene la mayor parte de las células madres de la FVE). El tratamiento ofrecido a la paciente consistió en injertos de 10 cc de lipoaspirado en cada labio mayor y 4 cc a la submucosa posterior de la vagina. Tras 9 meses de seguimiento, la paciente reporta humedad permanente de la vagina y no ha tenido recurrencia de infecciones vaginales.

El tejido adiposo representa una buena fuente de células madre, disponible de forma sencilla y en grandes cantidades a través de la liposucción. Las células madre derivadas del tejido adiposo consiguen diferenciarse en múltiples linajes (1-3) y se ha reportado que son capaces de revertir los cambios causados en la piel por la radioterapia en pacientes de mastectomías (cita I Rigotti et al. en artículo).

La paciente presentada en este reporte es un caso poco frecuente, dado que la vulvo-vaginitis crónica con una mucosa vaginal seca y atrófica es mucho más frecuente en las mujeres de mayor edad, después de la menopausia. Sin duda, nos gustaría pensar que este innovador tratamiento podría ser efectivo

en ese grupo de pacientes. Sin embargo, estudios experimentales han reportado que la edad avanzada y la diabetes afectan estas células estromales derivadas del tejido adiposo (4) y el tratamiento con injertos de lipoaspirado podría no ser tan exitoso como en pacientes más jóvenes.

En los próximos años comenzaremos a ver en la literatura médica estudios bien diseñados, prospectivos, en que se estudie el efecto del tratamiento con las células de la FVE (células precursoras de adipocitos) comparando el grupo de estudio con un grupo control. Eso no le resta valor al reporte de caso de este innovador tratamiento, y felicito de nuevo a los autores por su resultado

### Bibliografía

1. De Ugarte DA, Morizono K, Elbarbary A, Alfonso Z, Zuk PA, Zhu M, Dragoo JL, Ashjian P, Thomas B, Benhaim P, Chen I, Fraser J, Hedrick MH.: "Comparison of multi-lineage cells from human adipose tissue and bone marrow." *Cells Tissues Organs*. 2003;174(3):101.
2. Rydén M, Dicker A, Götherström C, Aström G, Tammik C, Arner P, Le Blanc K.: "Functional characterization of human mesenchymal stem cells derived adipocytes." *Biochem Biophys Res Commun*. 2003;311(2):391.
3. Gimble J, Guillek F.: "Adipose-derived adult stem cells: Isolation, characterization, differentiation potential." *Cytotherapy*. 2003;5(5):362.
4. El-ftesi s, Chang EI, Longaker MT, Gurtner GC.: "Aging and diabetes impair the neovascular potential of adipose-derived stromal cells". *Plast Reconstr Surg*. 2009;123(2):475.

## Respuesta al comentario de la Dra. Norma I. Cruz

Dr. Ithamar, N. Stocchero

Lo primero, como latinoamericanos que somos, agradezco la gentileza de la Editora de nuestra Revista, la competente Dra. María del Mar Vaquero, por la elección de la respetada Dra. Norma I. Cruz, eminente colega cirujano plástico.

Algunas consideraciones sobre nuestra propuesta de tratamiento, para cuando los otros procedimientos clásicos fallan:

1. Aunque la patología descrita en nuestro caso no sea de alta prevalencia, la franja de edad en la que comenzó en nuestra paciente, la tercera década de la vida, la hizo más limitante e inconveniente.

2. Es cada vez más frecuente el reconocimiento de la acción protectora y regenerativa inducida por los lipoinjertos.

3. Por ser un procedimiento seguro, de baja morbilidad tanto para el área donante como para la receptora, nos entusiasma experimentarlo.

4. Aunque no son exactamente conocidos los mecanismos que llevan a la mejoría, parece intervenir una asociación de factores: a) Inducción de un proceso inflamatorio dirigido, localizado, restringido al área que recibe el injer-

to, con liberación de proteínas específicas, objeto de estudio hace años por la Dra. Kátia A. Almeida, nuestra coautora, en un trabajo ya publicado en esta misma revista; b) Promoción de la neoangiogénesis, lo que, además de producir un mayor aporte de células de defensa, mejora y renueva el mesénquima local, con neocolagenogénesis incluida, produciendo sobre la textura del tejido un significativo engrosamiento; c) Las células-tronco aportadas tienen capacidad de potenciar esta regeneración, dando origen a un panículo subcutáneo consistente, amortiguador de impactos.

Agradezco la atención con que la Dra. Norma Cruz ha analizado nuestra colaboración, e informo de que, después de más de un año de seguimiento, si no es posible garantizar la curación, seguramente la calidad de vida de la paciente sí que es mucho mejor, sin ninguna recidiva de herpes y pudiendo usar incluso pantalones tejanos, cosa que para todos resulta tan natural, pero que no era posible para ella. La evolución a largo plazo, en el caso de que merezca más aclaraciones, será también comunicada.

dirigido, localizado, restringido à área que recebeu o enxerto, com a liberação de proteínas específicas, objeto de estudo há anos da Dra. Kátia A. Almeida, nossa co-autora em trabalho já publicado nesta Revista; b) Promoção da neo-angiogénesis, o que, além de levar a um maior aporte de células de defesa, melhora e renova o mesênquima local, com neo-colagénese inclusive, tendo a textura do tecido um significativo encorpamento; c) As células-tronco para ali carregadas teriam a capacidade de potencializar esta regeneração, dando origem a um panículo subcutâneo consistente, amortecedor de impactos.

Agradeço a atenção com que a Dra. Norma I. Cruz analisou a nossa colaboração e informo que, após mais de um ano de seguimento, se não é possível garantir a cura, seguramente a qualidade de vida da paciente já está muito melhor: nenhuma recidiva de herpes, e podendo usar inclusive uma calça jeans, coisa que para todos é tão natural, mas que a ela não era viável. A evolução em longo prazo, caso mereça maior esclarecimento, será reportada.

Inicialmente, agradeço a gentileza da Editora de nossa Revista, latino americanos que somos, a competente Dra. Maria del Mar Vaquero, pela indicação da respetada Dra. Norma I. Cruz, nossa eminente colega cirurgiã plástica.

Algunas ponderações sobre a nossa proposta de tratamento, quando todos os outros clássicos tenham falhado:

Ainda que a patologia descrita no caso não seja de alta prevalência na faixa etária em que começou a acometer a paciente, sua terceira década de vida, tal motivo a torna ainda mais limitante e inconveniente.

É cada vez mais freqüente o reconhecimento da ação protetora e regenerativa induzida pelos lipoenxertos.

Por ser um procedimento seguro, de baixa morbidade tanto para a área doadora, quanto para a receptora, nos entusiasma experimentá-lo.

Ainda que não exatamente conhecidos os mecanismos que levam à melhora, parece uma associação de fatores: a) Indução de um processo inflamatório

# Lipoenxertia laminar: um tratamento promissor com factores vasculares estromais para as vulvo-vaginetes crônicas

Stocchero, Ithamar N.\* , Stocchero, Gelde H.F.\*\* , Stocchero, Gustavo F.\* , Stocchero, Vivian G.Z.\*\* ,  
Fonseca, Alexandre S.F.\* , Fonseca, Eleanora F.S.\*\*

\* Cirujano Plástico.

\*\* Ginecólogo.

Gente Ferida. Grupo Especializado no Tratamento de Escaras e Feridas. Centro Médico Viver Melhor. São Paulo, Brasil.

## Resumo

Uma das situações mais inconvenientes para a vida íntima de uma mulher, mormente jovem, é a vulvo-vaginite de repetição. Se acompanhada de herpes genital recidivante, não raro estabelece a desarmonia entre o casal dada à inconveniência da situação, além da dor, frequentemente presente. Buscar o tratamento adequado, não prescrevendo apenas a antibióticoterapia, mas visando aumentar a resistência imunológica local da paciente, tem sido o objetivo de pesquisas nos últimos anos. Com o conhecimento da ação inflamatória induzida pelo tecido adiposo, associada à transferência de fatores vasculares estromais (FVE), grande fonte de células-tronco derivadas daquele tecido (ADSCs – Adipose-Derived Stromal/Stem Cells), bem como de indutores da angiogênese, facilitadora do acesso de células de defesa, foi idealizada uma nova e promissora linha de tratamento para estas pacientes: a lipoenxertia laminar. Relata-se a técnica bem sucedida, utilizada neste caso.

**Palavras chave:** Vulvo-vaginites, Lipoenxertia, Células-Tronco, Fatores Vasculares Estromais.

## Introdução

O tratamento de feridas com a utilização de lipoenxertia vem ganhando corpo há alguns anos por sua capacidade de induzir uma recuperação tecidual (1,2) por mecanismos ainda em estudo, entre eles as células-tronco e as proteínas indutoras de reação inflamatória, presentes no tecido gorduroso. A fonte de células-tronco não é o adipócito em si, mas, o tecido de sustentação do mesmo, capaz de regenerar o parênquima gorduroso em períodos de *turn over* estimados entre 2 e 10 anos (2). E a grande fonte destes FVE e ADSCs está na coluna densa, no meio do aspirado (Fig. 1). Não retirar as células-tronco de seu arcabouço natural permite uma melhor integração ao novo leito, além de se evitar possível contaminação com a manipulação em laboratório (1).

Tais dados motivaram o tratamento aplicado neste caso, pois a não aceitação de soluções padronizadas com baixa eficiência é o que faz com que a Medicina evolua. Querer resolver o problema de cada paciente é o dever do médico. Inovar, com segurança, pode fazer a diferença. O intercâmbio de Especialidades contribui, em muito, para estas soluções.

## RELATO DE CASO

Paciente de 42 anos, casada, umigesta (gemelar), com história de 20 anos de infecções de repetição na área genital. Aos 22 anos contraiu HPV; foi tratada durante anos com laser, sem sucesso. Infecções por *Candida albicans* durante dez anos, pelo menos uma vez por mês. Aos 34 anos, Herpes genital. Os episódios de candidíase pioraram, alternando com Herpes. Dor vaginal constante levava à impossibilidade de manter atividades sexuais regulares. Aos 36 anos, submeteu-se a Fertilização In Vitro (FIV), com gestação gemelar, levada a termo. Aos 38 anos, foi submetida a nova cauterização vaginal por laser, evoluindo com ulcerações repetidas, principalmente em dois locais, sempre de muito difícil cicatrização. Vagina seca permanentemente. Impossibilitada de usar calças, por dor constante. Diante de tamanha insatisfação com os tratamentos convencionais e insucessos com tratamentos teoricamente de ponta, com sua vida íntima levada ao inaceitável, a paciente procurou uma alternativa.

Considerando o conhecimento adquirido com o tratamento de feridas,

a boa evolução de úlceras crônicas tratadas com o enxerto de lipoaspirado (que contém a maior parte dos fatores vasculares estromais - FVE - e das células-tronco derivadas de gordura - ADSCs) (1), foi proposta uma cirurgia inovadora para o caso.

Consistiria de:

1. Ressecção das áreas de feridas de repetição, na vagina (Fig. 2,3), com rotação de retalhos de vizinhança.

2. Lipoenxertia em grandes lábios para aumentar o volume dos mesmos e, conseqüentemente, fechar o óstio vulvar para reter a umidade natural

3. Lipoenxertia laminar logo abaixo da mucosa vaginal em todo o seu hemisfério posterior, buscando aumentar a capacidade de resposta inflamatória, melhorando o poder de cicatrização e da resistência tecidual.

Uma vez aceita a proposta, a cirurgia foi realizada conforme a programação prévia, sob anestesia geral. Embora as áreas doadoras de gordura com maior rendimento de células-tronco sejam as do tronco (3), neste caso aspirou-se dos culotes, utilizando-se técnica tumescente, com soro fisiológico e adrenalina a 1/500.000, seguindo padrão do grupo (4). Cânulas com 4 mm de diâmetro foram utilizadas para lipoaspiração e de 3 mm para enxertia. Da coluna de lipoaspirado (cerca de 400cc, Fig. 1), após espera de 40 minutos para sedimentação, foram desprezadas as camadas de óleo da superfície, resultado da ruptura dos adipócitos, bem como a do líquido residual no fundo, produto da infiltração, principalmente. Foram injetados 10cc de gordura em cada grande lábio, tunelizados, em camadas, e 4cc na submucosa posterior da vagina, pela técnica de retro-injeção, de maneira paralela, laminar, após ressecção das duas áreas ulceradas na vagina e aproximação do músculo transversal superficial do períneo, com pequena perineoplastia posterior (Fig 4). A paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte. Apresentou eliminação de dois pontos internos de fio de ácido poliglicólico após três e quatro semanas.

Retomou suas atividades profissionais após três dias, atividades esportivas após três semanas e, por receio, só voltou a ter relações sexuais cerca de dois meses após. Por restrição do períneo, apresentou pequena fissura junto à comissura vaginal posterior após as relações, com rápida cicatrização (Fig. 5,6).

Tem, no momento, nove meses de acompanhamento, sem recidiva de herpes, sem outras infecções, com umidade permanente da vagina, fato que desconhecia, já que sempre convivera com a secura local. O intróito vaginal se mantém fechado, os grandes lábios continuam com o aspecto jovializado e túrgidos (Fig. 7,8). Pode usar qualquer vestimenta.

Após este tempo, suas únicas queixas são com relação às ocasionais fissuras na comissura posterior, que ocorrem após o ato sexual, e uma pequena ferida de 3X1mm, dolorida, que ocasionalmente aparece no local onde há um ponto de sutura, inabsorvível, de profundidade, não coincidente com o local das úlceras que existiam pela laserterapia. Tais problemas acontecem por ação mecânica e são passíveis de correção; um pequeno excesso no fechamento do períneo para o caso, uma reação ao fio de sutura, e não por falta de resistência tecidual, objetivo maior do tratamento e que obteve pleno êxito, já que é sabido, por avaliação através de Ressonância Magnética que, após dois meses, já há a estabilização do material lipotransferido em seu novo leito<sup>4</sup>, bem como a angiogênese induzida pelos FVE já estará plenamente atuante, permitindo a melhora da resistência da mucosa, levando-a à normalidade. Após tal período, considera-se, foi superado o momento crítico para este tipo de cirurgia.

## Discussão

Há mais de trinta anos trabalhando em conjunto, em Clínica associada de Ginecologia e Cirurgia Plástica, foi possível somar esforços e contribuir para uma fusão feliz das Especialidades, inovando, já há décadas (5), em decorrência desta associação. O caráter familiar, que leva a todos comentarem entre si as dificuldades diárias, fez com que se buscasse uma solução para estes casos crônicos de vulvo-vaginites de repetição, atrofia ou perda da defesa da mucosa vaginal, com esta boa resposta. Estimulou a criação de um grupo de trabalho voltado para o assunto.

Não há Especialidade que não possa contribuir com outra. A associação entre ginecologistas e cirurgiões plásticos é um caso reconhecido de soma de experiências desde a Área da Mastologia, até às cirurgias combinadas para melhora do Contorno Corporal aproveitando-se a oportunidade de uma laparotomia ginecológica, por exemplo.

Para a idealização deste tratamento aqui descrito, o conhecimento específico da área de Cirurgia Plástica sobre as características inflamatórias positivas induzidas pela lipoenxertia, pelos fatores vasculares estromais e pelas ADSCs, foi adequadamente associado às necessidades de se buscar uma alternativa terapêutica à paciente, que já tinha esgotado todos os tratamentos conhecidos. Criou-se um procedimento de fácil realização por profissionais habilitados e que se mostra bastante promissor, baixando os custos e inconvenientes com o uso de imuno-moduladores e com outras terapias de repetição. Vale dizer que a paciente é orientada previamente sobre a possibilidade de precisar de várias sessões de lipoenxertia laminar para alcançar a resistência almejada da mucosa. Neste caso, foi suficiente uma sessão. Quanto mais idade, menor dosagem hormonal, provavelmente mais longo será o tratamento.

A mucosa vaginal é um tecido de grande resistência e elasticidade, capaz de resistir ao atrito, à distensão extrema, ao contato com o meio externo, preservando o meio interno. A quebra desta barreira de proteção seja por atrofia conseqüente a alterações hormonais (que, sabidamente, levam à perda do turgor e ao ressecamento), seja pela exposição constante de seu interior por flacidez ou ruptura, levará a um desequilíbrio de sua proteção, ensejando o aparecimento e a reprodução de uma flora indesejável. Restaurar a anatomia e a fisiologia típicas desta área é sumamente importante para devolver a naturalidade em um aspecto chave para a psique humana que, quando fragilizado, leva a repercussões profundas de comportamento por lhe faltar um bem precioso: a normalidade sexual.

## Conclusão

A lipoenxertia laminar, preservando o tecido vascular estromal é uma potencial solução para o tratamento de feridas crônicas. Neste caso, injetado no plano submucoso, mostrou-se de grande valia para melhorar a defesa local da mucosa vaginal, tornando-a resistente às infecções e, quando injetado nos grandes lábios, permitiu devolver-lhes o volume o que, além de colaborar na oclusão do intróito vaginal, levou à manutenção da umidade natural da vagina, permitindo uma vida sexual normalizada.

## Agradecimento

Ao doutorando em Medicina, Guilherme Flosi Stocchero, por suas permanentes pesquisas bibliográficas, revisões de texto e traduções.