

Selección de una técnica para la suspensión de la cúpula vaginal en su prolapso después de la histerectomía

Francisco Montbrún, Carlos Hernández H

RESUMEN

El prolapso de la cúpula vaginal es una complicación tardía de la histerectomía, su frecuencia es baja, su momento de aparición estuvo entre los tres y los cinco años de la operación. En su etiología influye la insuficiente fijación de las fascias pelvianas de sostén a la cúpula vaginal. Así mismo, puede influenciar la alteración de la estática pelviana debida a incipientes prolapsos genitales no corregidos durante la histerectomía.

En la selección de una técnica se estudian en primer término los procedimientos que suspenden la cúpula tomando un apoyo en el sacro, en el promontorio o en el hueso coxal. Se exponen los inconvenientes técnicos que se derivan de la presencia del uréter, de los elementos nerviosos (plexo sacro e hipogástrico) y de la vascularización de la parte posterior de la pared lateral de la pelvis dependiente de la arteria ilíaca interna, causas de accidentes inmediatos o de secuelas tardías de tipo urológico o neuralgias de difícil tratamiento.

Seguidamente son expuestos los procedimientos que consideramos de elección, los cuales son de tipo anterior con suspensión de la cúpula por dos cintas de aponeurosis movilizadas desde la parte medial y anterior de la vaina del recto del abdomen y llevadas a través de la pared abdominal hasta la cúpula vaginal.

Así mismo se expone la otra técnica fijando la cúpula vaginal con malla de marlex mediante dos cintas delgadas del mismo material que son fijadas al pecten, quedando la vagina en ambas técnicas en posición anatómica.

Se debe tomar especial cuidado en el tratamiento del enterocele que eventualmente puede estar presente, así como también la debida corrección de los prolapsos genitales que existan, los cuales son causa de futuras recidivas.

Los resultados obtenidos por los autores son satisfactorios con controles de los pacientes durante dos a doce años.

Palabras claves: Prolapso cúpula vaginal. Tratamiento.

Leído en la Academia Nacional de Medicina el día 24 de marzo de 1994

SUMMARY

The vaginal vault prolapse is a late complication of hysterectomy, with low frequency, and appears between three and five years post-surgery. In its etiology the insufficient fixation of the pelvic fascias, support of the vaginal vault, has been implicated. Similarly, alterations in the pelvic static due to genital prolapses non corrected during hysterectomy

In the selection of the technique, are studied in firsts place the suspensory procedures for vault to sacrum promontory or coxal bone. We discussed the inconvenience represented for the presence of the ureter and nervous elements (sacrum and hypogastric plexus) and vascularization of the posterior wall of the pelvis depending upon the internal iliac artery, causes of immediate accidents or later urological sequel or neuralgia of difficult treatment.

We present the procedures we consider more appropriated, which are anterior kind with suspension of the vaginal vault with two aponeurotic bands moved from the medial and anterior sheath of the rectum of the abdomen and placed throughout the abdominal wall until the vaginal vault.

Another technique is exposed, using marlex mesh for fixation of the vaginal vault by thin bands of the same material to the pecten, resting the vagina in both techniques in anatomical position.

Especial care must be taken in the treatment of enterocele, eventually present, as well as appropriate correction of genital prolapses, that cause future relapse.

The authors results are satisfactory with patient follow up from two to twelve years.

Key words: Vaginal vault prolapse. Treatment.

INTRODUCCION

El prolapso de la cúpula vaginal es una complicación tardía de la histerectomía. Aparece generalmente después del tercer año del postoperatorio. Su crecimiento es habitualmente acelerado después de

su inicio y alcanza comúnmente su máximo desarrollo a los pocos meses.

La frecuencia real es difícil de establecer porque hay grandes variaciones en la literatura. En nuestra experiencia personal, sólo observamos dos casos entre 937 hysterectomías (481 vaginales y 456 abdominales) (1). Phaneuf (2) en 5 554 operaciones ginecológicas, personalmente hechas, 38 fueron por prolapso de cúpula vaginal, o sea 0,7% o una por 142; 32 fueron consecutivas a hysterectomía abdominal y 6 a hysterectomía vaginal. Symmonds y Pratt (3) comentan 69 prolapsos post-hysterectomías operados en la Clínica Mayo en un período de 5 años: 31 después de hysterectomía vaginal y 32 post abdominal. De los 69 casos, 30 de las hysterectomías habían sido hechas en la citada clínica, en la cual se habían realizado 15 157 hysterectomías entre 1935 y 1949. Schaefer y Graber (4) se refieren al material de la Clínica Mayo y dicen que se operan anualmente 30 o más prolapsos de cúpula vaginal y que la frecuencia después de hysterectomía vaginal es de 1%.

En la literatura ulterior existen series con variable número de casos que hacen pensar que la frecuencia de esta complicación no es tan baja como se piensa. Citaremos algunas de estas series en el orden cronológico de publicación:

	Años	Casos
Thornton y Peters (5)	1983	41
Dickieser y col. (6)	1983	31
Grundsell y Larsson (7)	1984	9
Given (8)	1985	10
Drutz y Cha (9)	1987	15
Cruikshank (10)	1988	14 *
Morly y Delancey (11)	1988	100 **
Angulo y Kligman (12))	1989	18 ****
Maloney y col. (13)	1990	10

*en 2 años, 8 meses), ** 51 post abd., 49 vag.)

*** (Bogotá)

Anatómicamente pudimos comprobar en la reintervención, que los ligamentos pelvianos flotaban libremente en la cavidad pelviana y que su relación con la cúpula vaginal se había perdido completamente; es de suponer que hubo una deficiente fijación de esta última en la primera operación o, por defecto cicatricial, ellos se liberaron de la vagina. Adicionalmente puede influir el desarrollo de un prolapso genital que no fue debidamente corregido asociada-

mente a la hysterectomía por desestimar su importancia. Es también posible que se ignore un enterocele y éste sea el punto de partida de toda la recidiva. Cruikshank (10) insiste en la prevención sistemática del prolapso de la cúpula por la fijación adecuada de los ligamentos y pedículos. Se observan recidivas precoces y aun evisceraciones vaginales

Su sintomatología se confunde con la de cualquier prolapso genital: sensación de peso, trastornos rectales o vesicales, prevaleciendo generalmente estos últimos, que pueden llegar hasta la incontinencia de orina de esfuerzo. Es importante anotar la evolución paralela de un enterocele, el cual debe ser investigado sistemáticamente desde el punto de vista clínico y durante la intervención abdominal. Clínicamente, el caso se presenta como un prolapso genital de tercer grado. La tumoración vaginal, completamente exteriorizada por el esfuerzo presenta, en su parte culminante, la cicatriz de la cúpula vaginal. Es la razón por la cual se le confunde habitualmente con un caso de prolapso simple y se intenta una colporineoplastia común, que termina en fracaso. La recidiva lleva a la paciente a manos más experimentadas (3,14-16).

En la selección de una estrategia cuenta primordialmente el factor anatómico. Surge la clasificación de las técnicas en: posteriores, que tienen su desa-

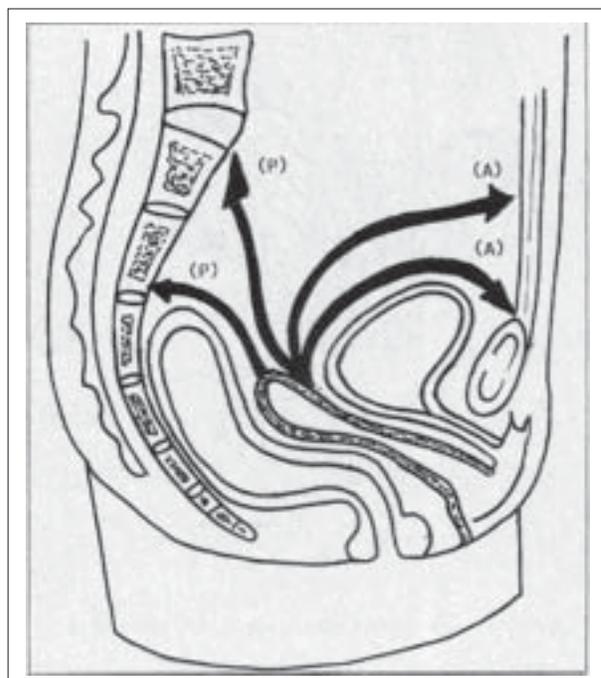


Figura 1. Pexias anteriores (A) o posteriores (P)

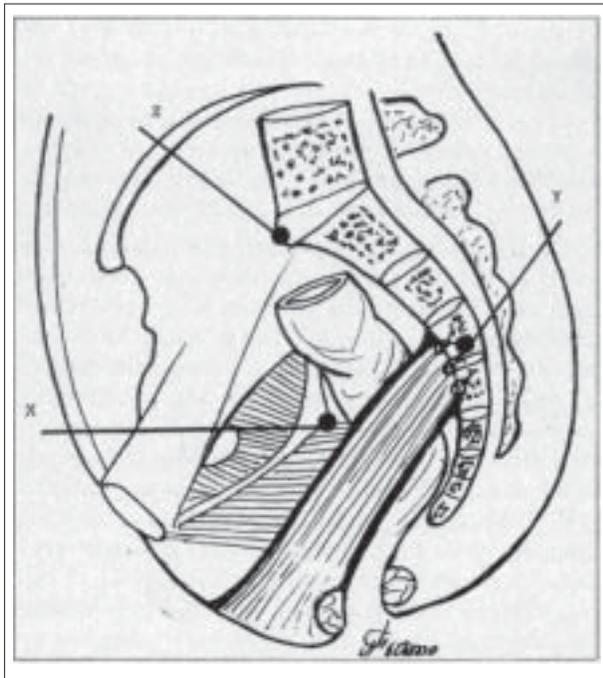


Figura 2. Colpopexia posterior

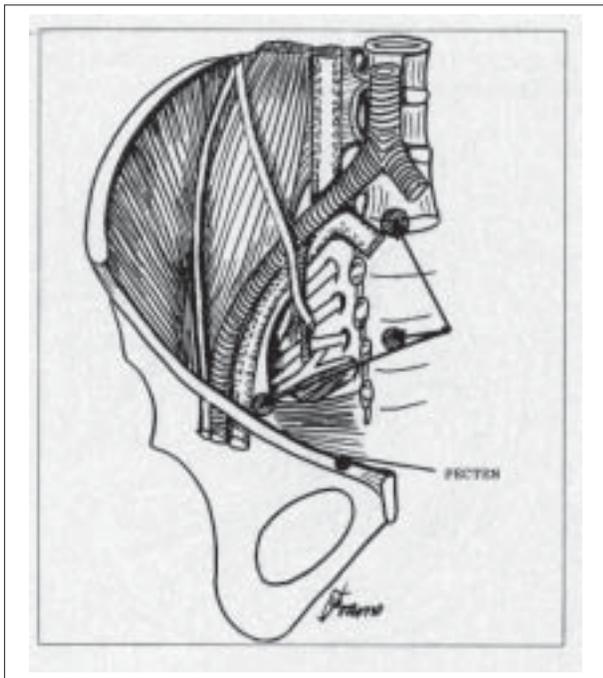


Figura 3. Puntos de fijación en las pexias anteriores

rollo en la excavación rectovaginal, (excavatio rectovaginalis, PNA), (clásicamente el fondo de saco de Douglas) y anteriores, cuyas maniobras se realizan en la parte anterior de la cavidad pelviana, entre la excavación vagino-vesical, (cuando existe el útero, excavatio uterovesicalis, (PNA) o clásicamente, el fondo de saco vésicouterino) y la pared abdominal anterior.

La fijación directa de la cúpula vaginal a cualquier punto de apoyo, o su pexia mediante cintas, no debe crear orificios, bridas o adherencias que sean causa de problemas de oclusión intestinal, de complicaciones urológicas por compresión ureteral o de neu-

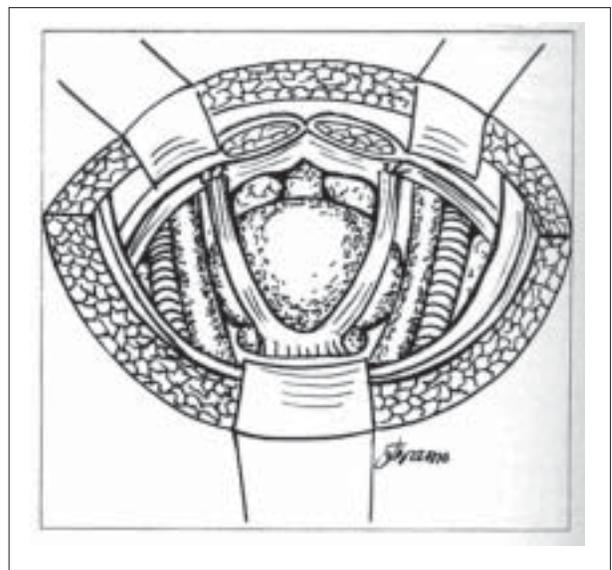


Figura 4. Puntos de fijación en las pexias anteriores

ralgias dependientes de la inclusión de elementos nerviosos en las suturas. Es la razón para insistir en la capacitación anatómica del cirujano, quien debe conocer a fondo la anatomía de la región y visualizar los elementos problemas antes de proceder a la aplicación de los medios de pexia.

En la bibliografía consultada comprobamos que los procedimientos más comúnmente usados son los realizados en la mitad posterior de la cavidad pelviana. Hay predilección por la sacropexia abdominal, en la cual se fija directamente la vagina a la concavidad de la cara anterior del sacro. Los 250 casos sumados de los trabajos (1,6,7,9,10,12,13,17,18) fueron sometidos a esa operación, con resultados satisfactorios.

Técnicas posteriores. Fijación directa de la

vagina a la concavidad del sacro, tal como la citada. Conserva una dirección vaginal cercana a la normal y compatible con el coito. Fijación indirecta de la vagina por cintas intermedias de aponeurosis o de material plástico, (prolene, vycril, marlex) (Figura 1). Distalmente estas últimas se suturan a los puntos de apoyo: 1. La concavidad del sacro (Figura 2-Y) 2. El promontorio, (Figura 2-Z) y 3. La espina isquiática, (Figura 2-X). Se prefieren los dos primeros; la última expone a compresiones del uréter, lesiones vasculares de las ramas de la íliaca interna o del plexo sacro y sus ramos (Figura 3).

Como mostramos al comienzo la estadística más numerosa es la de Morley y Delancey (11) con casos reportados en el lapso 1974-1987: son cien casos, 51 posteriores a una histerectomía abdominal y 49 a las de tipo vaginal. Los demás autores reportan menos número de casos en sus series, pero en todos estos autores se aprecia cuidadosa prevención acerca de la posibilidad de dejar presente un enterocele, o por lo menos, una excavación rectovaginal amplia que lo pueda favorecer (Figura 4) y, si es profunda, obliterarla con suturas circunferenciales sucesivas, o puntos separados. Siempre el uréter será referido.

Estos procedimientos, como los que vamos a

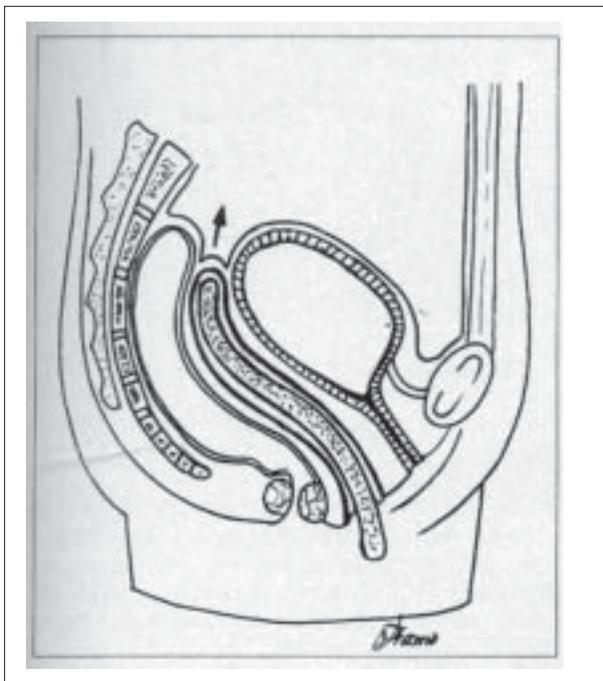


Figura 5. Maniobra inicial de cualquier pexia: elevación de la cúpula vaginal por impulsión con una bujía de Hegar.

describir a continuación deben ser acompañados por una corrección de la estática pelviana (colpoperineoplastia), la cual se indica casi de rutina.

La utilización de los ligamentos útero-sacos es discutible. Hoy se les considera como conjuntos neuroconjuntivos sin efectividad como medios de unión. Se les denomina, por tanto, pliegues en lugar de ligamentos: pliegues rectouterinos (plica rectouterina) (PNA). Tienen incluido en su espesor, una buena parte del plexo hipogástrico inferior (plexus hipogastricus inferior) (PNA), lo cual expone a su inclusión en las suturas, con las lógicas consecuencias dolorosas (Figura 3).

Aun cuando la sacropexia abdominal es la técnica más usada, es recomendable la aplicación de la pexia indirecta con el uso de cintas aponeuróticas extraídas del músculo oblicuo externo del abdomen (m. obliquus externus abdominis) (PNA) o de cintas de propileno, con las precauciones que expondremos más adelante.

Técnicas anteriores. Fijan la cúpula vaginal a dos sitios de elección: a) la rama superior del pubis

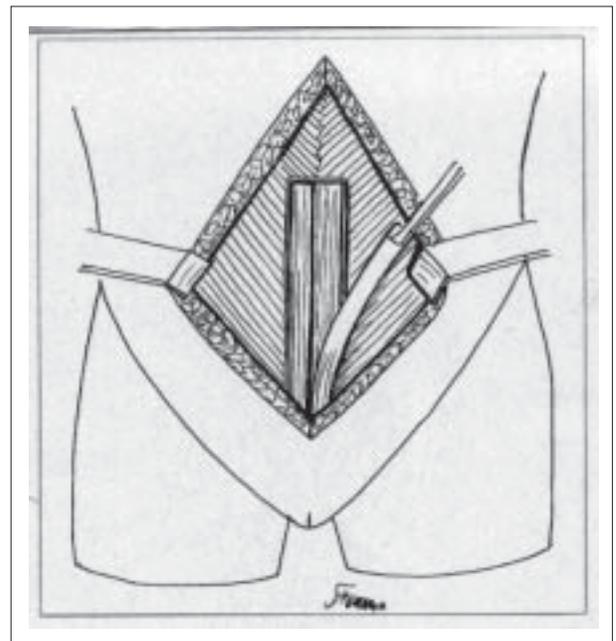


Figura 6. Tallado y disección de las cintas aponeuróticas

(ramus superior ossis pubis PNA) y su pecten (pecten ossis pubis (PNA), conjunto formado por la clásica cresta del pubis, cubierta por el ligamento pectíneo) b) a la pared abdominal.

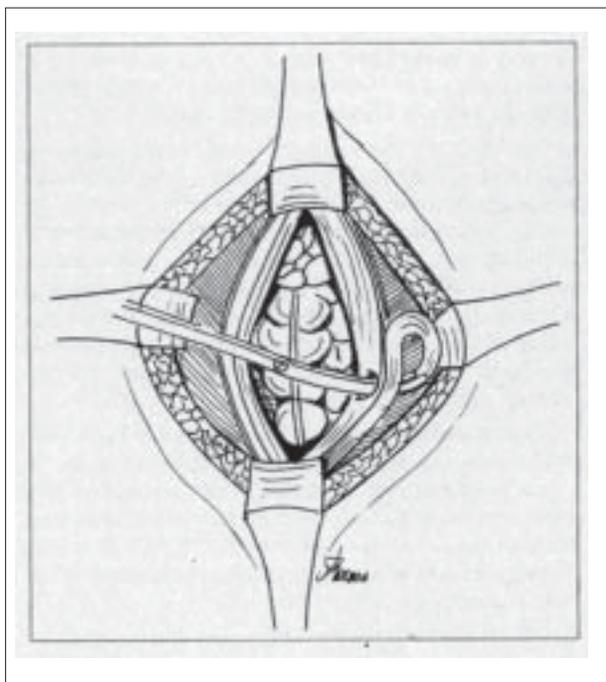


Figura 7. Paso de una cinta aponeurótica a la cavidad abdominal

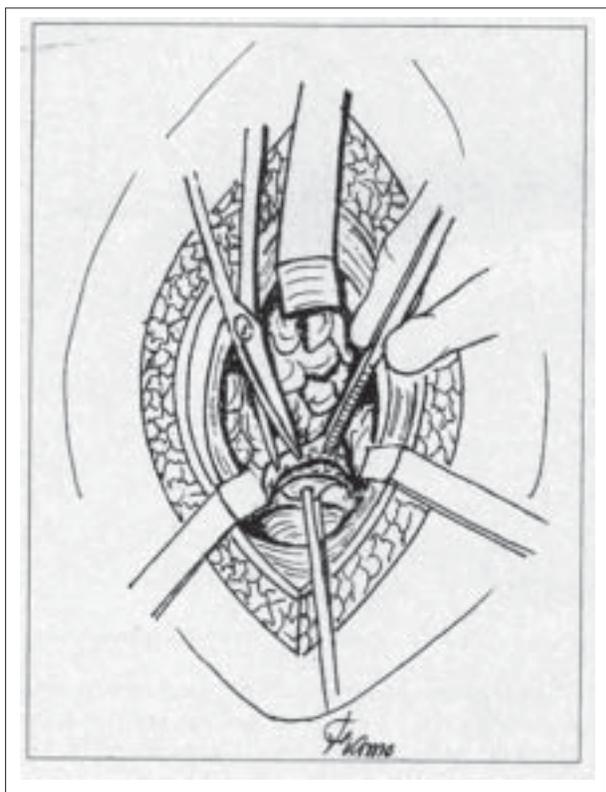


Figura 8. Minucioso desprendimiento del peritoneo y la vejiga

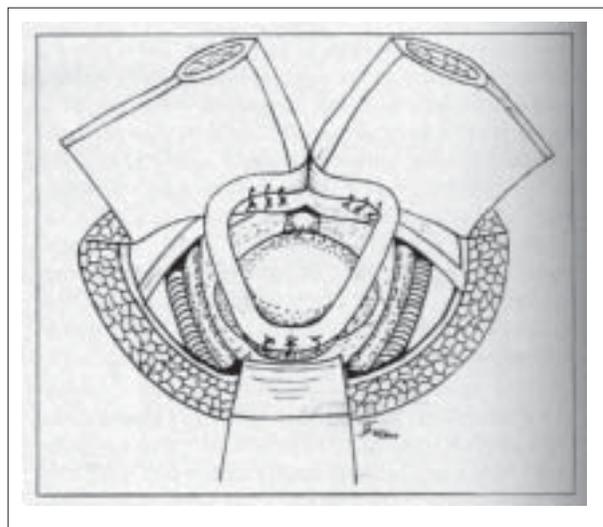


Figura 9. Versión baja de la técnica precedente, con la utilización de las cintas aponeuróticas pasadas a la cavidad abdominal por vía media.

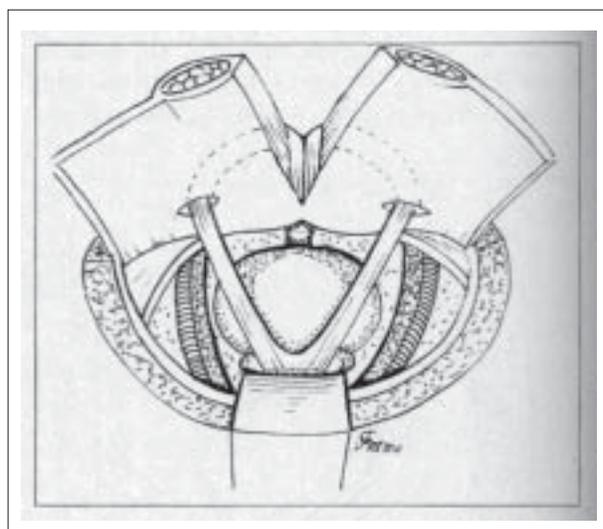


Figura 10. Fijación de las cintas aponeuróticas a la cúpula vaginal.

En la técnica pectínea se fijan sendas cintas de aponeurosis o de plástico al pecten; ellas pasan a cada lado de la vejiga, siguiendo el trayecto del ligamento teres del útero, (ligamentum teres uteri PNA) (antiguo ligamento redondo del útero) (Figura 4).

Es el procedimiento seguido por el Dr. Hernández en sus cinco casos, la técnica es la siguiente: 1. Laparotomía media infraumbilical. 2. (Figura 5)

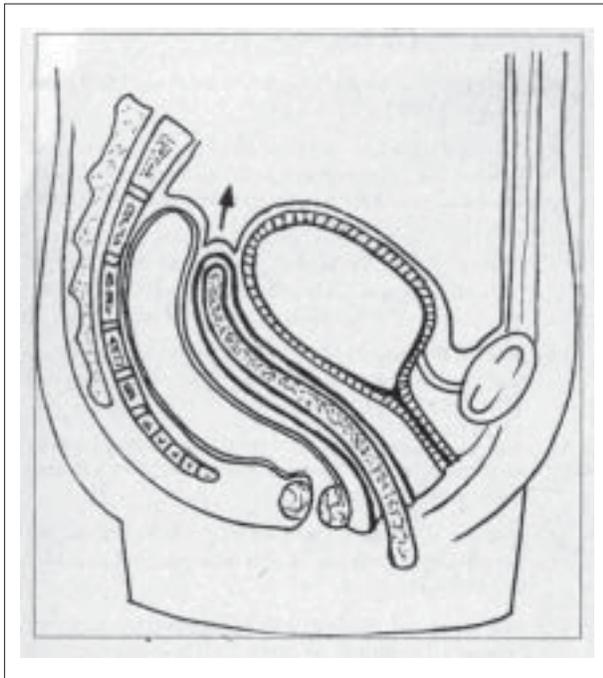


Figura 11. La técnica de suspensión alta, practicada por nosotros es electiva cuando la vagina está elongada. Comprobación por colpometría previa.

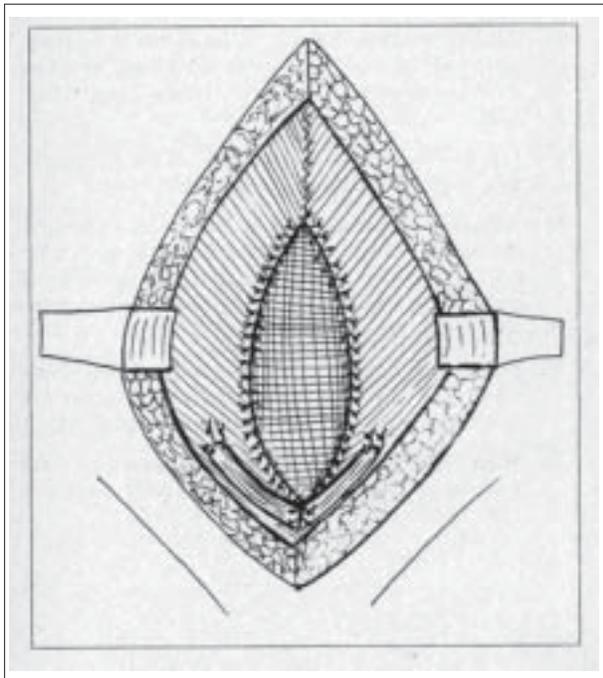


Figura 12. Aplicación de una malla de marlex en la zona de defecto aponeurótico creada por extracción de las cintas.

Impulsión de la cúpula por un dilatador de Hegar, intravaginal. 3. Liberación de la cúpula vaginal, separación de su peritoneo y liberación del conjunto de la vejiga y el recto. 4. La pared posterior de la vagina debe quedar libre y expuesta. Colocación de una malla de marlex, que tiene una parte ancha de 3 por 2 cm para fijarla a la cúpula y su cara posterior, y dos ramas posteranteriores de 1,5 cm, que se fijan en uno y otro pecten (Figura 4), tal como se practica en la ligamentopexia anterior extraserosa, según la técnica descrita por Montbrún y col. (19).

Esta técnica es segura, tal como lo ha demostrado el Dr. Carlos Hernández. La suspensión vaginal es de dos o tres centímetros. Por ello, el procedimiento no es aplicable a las vaginas elongadas que quedarían parcialmente plegadas.

La técnica de apoyo abdominal utiliza generalmente cintas aponeuróticas extraídas de la lámina anterior de la vaina del músculo recto del abdomen (Figura 6). Es una técnica de “cabestrillo”. La cinta obtenida se lleva a la cavidad abdominal pasándola a través de un ojal, practicado en la pared, constituida por el propio recto y su envoltura (Figura 7); finalmente ellas son suturadas al fondo, las partes laterales y la pared posterior de la cúpula vaginal, la cual ha sido elevada, liberada y expuesta, tal como se hizo en la técnica precedente (Figura 8).

Una variante del procedimiento es la técnica presentada en las Figuras 9 y 10 en la cual las cintas aponeuróticas pasan al interior del abdomen por la parte inferior de la propia laparotomía y luego se les hace recorrer un trayecto mediolateral y después anteroposterior para alcanzar a la cúpula vaginal y fijarse a ella. Se utilizan en los casos de vagina de longitud normal, que no requieren de mucha suspensión.

Como se deduce de lo anteriormente expresado, la indicación de la técnica a seguir en la corrección de un prolapso de la cúpula vaginal depende de la longitud de la vagina, la cual debe ser evaluada en todos los casos, (colpometría previa) (Figura 11)

Los siete casos que se presentan han sido controlados en el postoperatorio tardío por un lapso de tres a doce años; el factor de ser todos ellos de tipo privado ha facilitado su observación.

Al evaluar las condiciones anatómicas comparativas en las técnicas anterior y posterior, se concluye que las primeras ofrecen más ventajas al eludir la disección de la cara anterior del hueso sacro, tan rica en vasos y troncos nerviosos y actuar, en cambio, en

el espacio más seguro de la mitad anterior de la pelvis y el pecten o la pared abdominal.

Las técnicas descritas no son originales de los autores, pero sí nos reconocemos el esfuerzo por clarificarlas y regular sus indicaciones, lo cual facilita la actuación de los cirujanos jóvenes, quienes deben enfrentarse a este tipo de complicación que tiene bibliografía nacional escasa o nula.

Finalmente debemos reconocer estos dos hechos histológicos: a) Ward en 1938 (20) aplicó por primera vez el uso de la fascia lata bovina en la fijación de cúpula vaginal; b) En 1952, Richardson y Williams (14) propusieron la utilización de la aponeurosis del músculo oblicuo externo (m. obliquus externus abdominis PNA) como elemento de suspensión y pexia de la vagina. Posteriormente muchos cirujanos han usado las mallas de propileno (7,9,12,) (Figura 12).

REFERENCIAS

1. Montbrún F, Hernández C. Nuestra experiencia en histerectomías en los procesos benignos del útero. Memorias VI Congreso Venezolano Cirugía, Caracas, Ediciones Ministerio Sanidad y Asistencia Social 1961;II:1 123-1 156.
2. Phaneuf L. Inversion of the vagina and prolapse of the cervix following supracervical hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1952;64:739-742.
3. Symmonds RE, Pratt JE. Vaginal prolapse following hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1960;79:899-908.
4. Schaefer G, Graber EA. Complications in obstetric and gynecologic surgery. Nueva York: Harper E Row 1981;382-383.
5. Thornton WN, Peters WA. Repair of vaginal prolapse after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1983;147:140-148.
6. Dickgieser U, Ohlenroth G, Opitz V, Dickgieser A. Die vaginopexie nach Williams und Richardson als operative therapie der inversio vaginae bei blindendiger scheid. Geburts Fraeunh 1983;43:620-624.
7. Grundsell H, Larsson G. Operative management of vaginal vault prolapse following hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol 1984;91:808-811.
8. Given FT. "Posterior culdeplasty": revisited. Am J Obstet Gynecol 1985; 153: 135-139.
9. Drutz HP, Cha LS. Massive genital and vaginal vault prolapse treated by abdominal vaginal sacropexy with the use of marlex mesh: review of the literature. Am J Obstet Gynecol 1987;156:387-392.
10. Cruikshank SH. Preventing posyhysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele during vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1987;156:1 433-1 440.
11. Morly GW, Delancey JOL. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. Am J Obstet Gynecol 1988;158:872-881.
12. Angulo A, Kligman I. Retroperitoneal sacrocolpopexy for correction of prolapse of vaginal vault. Surg Gynecol Obstet 1989;169:319-323.
13. Maloney JC, Dunton Ch J, Smith K. Repair of vaginal vault prolapse with abdominal sacropexy. J Rep Med 1990;35:6-10.
14. Richardson AC, Williams GA. Transplantation of esternal oblique aponeurosis: an operation for prolapse of the vagina following hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1952;64:552-557.
15. Te Linde RW. Ginecología operatoria. 2a. edición Buenos Aires: Ed. Científica 1965.
16. Reich W, Nechtow M, Keith L. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico modificado de la hernia vaginal posterior directa (enterocele). Clín Obstet Gynecol 1966;9:1070-1083.
17. Falk C. Uterine prolapse and prolapse of the vault treated by sacropexy. Obstet Gynecol 1961;18:113-115.
18. Addison WA, Livengood CH, Sutton GP, Parker RT. Abdominal sacral sacropexy with Mersilene mesh in the retroperitoneal position in the management of posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele. Am J Obstet Gynecol 1985;153:140-146.
19. Montbrún F, Chacón F, Galavís D, Puchi JA. Pexia uterina por trasplante de los ligamentos redondos a la cresta pectínea. Bol Soc Venez Cir 1960;14:334-352.
20. Ward GE. Ox fascia lata for reconstruction of round ligament in correcting prolapse of vagina. Arch Surg 1938;36:163-168. ,