

PROLAPSO DE LA CUPULA VAGINAL

Dr. Abraham Ludmir*

INTRODUCCION

El problema de la cupula vaginal, es un problema infrecuente, pero molesto, que complica a una Histerectomía Abdominal o Vaginal previas, condicionando malestar al cirujano y al paciente. Lo discutible es la vía de corrección, si debe ser abdominal o vaginal o una combinación de ambas. Nosotros consideramos que la solución depende de cada profesional, según la experiencia que tenga, y de las condiciones del caso en particular; el ginecólogo debe familiarizarse con 1 ó 2 técnicas de las aceptadas a nivel vaginal o abdominal; la vaginal, es la técnica más natural, ya que la vagina no se conserva en posición, sólo por suspensión intraabdominal y desde arriba, sino, por apoyo ligamentario desde abajo; pero la reparación quirúrgica, es uno de los problemas más difíciles en cirugía ginecológica; si bien diferentes técnicas han aparecido a través de los años, aún no se reportan métodos completamente satisfactorios.

El prolapso se debe a la pérdida del soporte pélvico o a la omisión de pasos quirúrgicos preventivos utilizando tejidos de soporte (2, 9, 12).

En la normalidad, el eje vaginal, es casi horizontal en bipedestación y es sostenido por el diafragma constituido por los elevadores, manteniéndose casi paralela a los mismos; el polo superior esta situado hacia arriba y atrás, en el área presacra sostenido por la fascia endopélvica y sus condensaciones, así como, por los elevadores.

Cuando aumenta la presión intraabdominal, el diafragma conformado por los elevadores y la fascia endopélvica (ligamentos utero sacros y ligamentos cardinales) mantienen el cuello uterino y la vagina in situ; la elongación de esas estructuras condiciona el prolapso. Toda solución restauradora en mujeres, debe: primero

dejar la vagina en función adecuada, segundo restablecer la vagina en su eje habitual.

Se trata de una complicación cuya incidencia es baja dependiendo del grupo y del país que lo evalúa; se presenta entre un 0.2 al 43.0% (3) (9) (11).

PREVENCION: MATERIAL Y METODOS

Cuando se procede a una Histerectomía Total Abdominal o a una vaginal, debe aplicarse suturas de soporte que eviten el prolapso de la cupula vaginal; éstos procedimientos los hacemos rutinariamente utilizando los ligamentos útero sacros y los cardinales.

Nuestros pasos en la Histerectomía Abdominal, son los siguientes: extraído el útero hacemos una sutura angular en U que toma los ligamentos cardinales a cada lado de la apertura vaginal. Los útero sacros los unimos uno con otro hacia la línea media y saturándolos hacia los bordes ántero posteriores de la vagina. En la histerectomía vaginal una vez extraído el útero los pedículos extraperitonealizados de los cardinales y los úteros sacros los unimos en U horizontal hacia afuera en cada lado y dejamos dos cabos largos que luego los pasamos por la vagina cerramos el peritoneo con Dexon No. 00 en sentido ántero posterior y luego unimos hacia la línea media y por delante del peritoneo los útero sacros y redondos de cada lado entre si. Terminada la colpografía anterior en la fase fascial pasamos los cabos a través de la mucosa vaginal lo más arriba posible y los amarramos condicionando que el apex vaginal se una al paquete ligamentario señalado anteriormente.

Nosotros también usamos los redondos en el paquete preventivo de soporte vaginal y no tenemos problemas dependientes de la aproximación gonadal al apex vaginal.

El enterocele es probablemente más frecuente, de lo que se diagnóstica; Ronney observa una incidencia del 18.1% en pacientes que requieren de procedimientos

* Profesor Emerito U. N. M. S. M.

PROLAPSO CUPULA VAGINAL

Dr. A. Ludmir
1 Enero 1980 - Junio 1990

		CASOS
H. Abdominal	:	360
H. Vaginal	:	320
Colporrafia A/F	:	277
		957
Prolapso Vaginal	:	15
a) Verdadero o Completo.	:	8
b) Incompleto	:	7
Antecedentes	{ Cirugía Previa (Nuestro Grupo) { Cirugía Previa (Otros Nosocomios)	: 3 Hist. Abdominales
		: 8 Hist. Abdominales
		4 Hist. Vaginales

ginecológicos mayores, hay muchas técnicas para obliterar un enterocele potencial. (3)

La histerectomía vaginal es una gran oportunidad para apreciar el cul de Sac y prevenir un enterocele.

La eficacia de varios procedimientos operatorios es difícil de establecer ya que frecuentemente los reportes envuelven un pequeño número de pacientes con corto tiempo de seguimiento; se debe esperar un tiempo mayor para establecer la bondad del método quirúrgico.

FACTORES ETIOLOGICOS

- 1) Una histerectomía vaginal previa.
- 2) Histerectomía Abdominal previa es responsable casi con la misma frecuencia (en la clínica Mayo en 190 casos: 91 tuvieron previa H. Abdominal y 99 una anterior H. Vaginal) (11).
- 3) Extirpación de grandes tumores abdómino pélvicos o neoplasias malignas
- 4) Debilidad generalizada de la fascia transversal (10% de casos en la Clínica Mayo) sobre todo casos de hernia inguinal, femoral umbilical y diafragmática concomitantes (Diátesis herniaria).
- 5) Se observa también la distopia y enterocele en casos de Marshall Marchetti Krauz después de una

Histerectomía previa; Burch, ya había notado enteroceles, después de una operación retropública por incontinencia de esfuerzo.

- 6) La atenuación o debilitamiento de tejidos en la postmenopausia con actividades intensas que exijan grandes esfuerzos pueden desencadenar el problema.
- 7) La cirugía pélvica radical (excenteración) también predispone al problema vaginal. (1)

SINTOMATOLOGIA

1. Pueden quejarse de incomodidad para la deambulación o al sentarse.
2. Sensación de tironeamiento o presión durante las relaciones sexuales.
3. Si hay trastornos tróficos o ulceración: se aprecia una secreción serosanguinolenta.
4. Dolores a distancia sobre todo de la región dorso lumbar.
5. Molestias vesicales, frecuencia, incontinencia y/o disuria. A veces se presenta retención urinaria por compresión ureteral e infección urinaria sobregregada.
6. Esporadicamente hay molestias rectales, y dificultad para la deposición: 2 tiempos.
7. En el enterocele, puede haber dolor abdominal inespecífico.

DIAGNOSTICO

- a) Debe efectuarse un examen completo, observarse la constitución y el status orgánico en relación con la edad, la presencia o no de hernias.
- b) Examen pélvico (periné) se observa el muñon vaginal invertido con depresiones en el extremo protuido (en el prolapso completo). En las modalidades incompletas puede predominar en el perfil de Baden: el segmento anterior, el posterior o el superior.
- c) Pueden haber cambios en la superficie de la mucosa vaginal por trastornos tróficos.
- d) Con el tacto se puede diferenciar el rectocele del enterocele.
- e) A la cistoscopia se puede observar una vejiga en reloj de arena.
- f) Pruebas urodinámicas y urografía excretoria.
- g) Viscerograma: uretrocistocolporectoanografía.

TRATAMIENTO

- A) Los pesarios, rara vez dan alguna satisfacción.
- B) Por lo tanto la terapéutica apropiada sería la quirúrgica pero no necesariamente la misma en todos los casos, dependería de la edad, condiciones del paciente y molestias concomitantes. La multiplicidad de prolapsos del muñon vaginal requieren un abordamiento quirúrgico altamente individualizado. Todos los procedimientos difieren en detalles insignificantes; para reconstruir un piso pélvico insuficiente, no bastaría con colocar el muñon vaginal prolapsado en el espacio visceral preexistente; el objetivo de un adecuado tratamiento del verdadero prolapso es la recolocación y estabilización del extremo prolapsado de la vagina y otros órganos huecos prolapsados y la reconstrucción y estabilización del piso pélvico insuficiente.

Hay técnicas vaginales, técnicas abdominales y mixtas. El 90% de casos, puede resolverse por vía vaginal, un 10% por vía abdominal.

Si la paciente es joven o tiene una vagina corta y estrechada se prefiere la abdominal.

I.- Técnicas Vaginales:

Naturalmente que se requiere profundo conocimiento de la anatomía de la pelvis femenina, los diversos espacios y bandas vasculares del tejido conectivo de la aponeurosis pélvica visceral: así como también, el cirujano debe tener experiencia y capacidad para disecar y reconocer estructuras a veces difíciles de reconocer atrofiada.

- a) **Los métodos de cierre vaginal** o colpocleisis son útiles en pacientes de edad y donde el problema de cohabitación es inexistente. Nosotros hemos efectuado en 8 casos el tipo Ufelder.

b) **Los métodos que dejan una vagina funcional.**

1. Colporrafía a/p con cura quirúrgica del enterocele (nosotros enterramos el saco, no lo resecamos con rafia de elevadores).

Nosotros utilizamos este procedimiento en 12 casos: Symmonds, de la Clínica Mayo, utiliza los segmentos remanentes de los ligamentos

útero sacro+cardinales para soportar la cupula. De 1968 a 1975 dicha clínica presenta 197 operaciones de suspensión de cúpula 90% por vía vaginal en la forma señalada y en 10% utilizan la vía abdominal haciendo una sacropexia, una sutura del apex vaginal hacia el sacro (12).

2. Richter introduce la fijación de la cupula al ligamento sacro espinoso (1959-82) (9) Randall y Nichols inician el procedimiento en U. S. A. Morley presenta 100 casos efectuados entre 1974 a 1987 (7). La técnica consiste en circuncidar la vagina, o apreciando cuanto queda de redundante, (debe quedar una vagina de 10 cm. de profundidad). Se determina si hay cisto, recto ó enterocele. En caso de enterocele se aísla el saco herniario con disección roma a dedo o tijera y se continua retroperitonealmente hasta el ligamento que es firme y usualmente está unido al sacro tuberoso en la mitad cercana al sacro. La disección debe ser cuidadosa por la gran irrigación local. El músculo coxígeo está sobre el sacroespinoso.

El ligamento sacroespinoso es tomado en unos 2 cm. hacia adentro de la espina ciática, es un ligamento bien potente; con retractor adecuado se expone el ligamento y coloca 2 o 3 suturas No. 0 ó 1 Vycril que se pasan por la mucosa vaginal en su parte más superior y se trata de acercarlo hacia el ligamento (aunque la vagina queda algo desviada a la derecha). Se culmina el procedimiento con el cierre en sutura de tabaco del enterocele y luego se procede a del cisto y/o rectocele.

Morley de 79 casos con ésta técnica 90% quedaron asintomáticos, 3 hicieron recurrencia. Hay quienes preconizan la fijación del apex vaginal al ligamento sacro espinoso durante la Histerectomía Vaginal.

Los resultados por la técnica vaginal, desde el punto de vista de función, son difíciles de evaluar, ya que alto porcentaje de mujeres de edad y aún en más jóvenes puede presentarse frigidez o pérdida de la libido, otras pacientes son viudas y aún otras tienen esposos con problemas prostáticos o cardíacos y "pierden interés" o sencillamente presentan frigidez también.

La evaluación de éste procedimiento sólo puede efectuarse sobre la base de si se dejó un buen soporte a la vagina, y si la paciente es feliz con el procedimiento.

Si bien hay partidarios para la vía abdominal como solución del problema, la vía vaginal es en todo caso más natural ya que la vagina no se conserva en posición sólo por suspensión de arriba sino por apoyo desde abajo. Los peligros de la técnica de fijación vesical en el sacro espinoso se basan en que se acorta la vagina, sea difícil identificar o aislar los tejidos o se puede herir la vejiga, el recto, los uréteres, los vasos pudendos o el nervio ciático.

Stephen Cruikshank, utilizó dicha técnica en 14 casos, 4 de los cuales recidivaron (3).

II.- Técnicas Abdominales:

Quienes preconizan estos métodos utilizan como puntos para la fijación de la cúpula vaginal:

- a) El periostio y el ligamento longitudinal anterior del promontorio y el sacro o colpopexia sacra, Feldman y Birbaum en Cornell utiliza suturas de seda o malla de Marsilene en 1973 en 21 casos teniendo 5 recidivas. Embrey en 1961 usa fascialaata, Lane en 1962 material sintético para injertos arteriales; Randall en 1970 utiliza Maya de Nylon, Todd en 1978 utiliza Marsilene. (4)
Kouppila en Finlandia lo práctica en 8 casos con 4 buenos resultados. (5) (6)
- b) La fijación al ligamento sacro espinoso el que lo preconiza es Richter (usando cromico No. 3) También lo práctica la Clínica Mayo (9,11).
- c) Nagata utiliza 3 procedimientos en combinación: El Mosckowitz el Burch suspendiendo la vagina al ligamento de Cooper y el Williams Richardson suspendiendo la cúpula con fascia de la aponeurosis del músculo recto anterior. (8)
- d) La suspensión endoscópica de Palma utiliza esta técnica haciendo una pequeña incisión

suprapúbica, expone la aponeurosis de los músculos rectos pasa una aguja de Stamey retropubicamente a la vagina y en su extremo u ojal se coloca una sutura helicoidal que inicia la sutura de una incisión vaginal de unos 8 cm., la aguja es jalada a la región suprapúbica; se repite lo mismo en el lado contralateral y los 2 hilos trenzados se unen por delante de la aponeurosis de los músculos rectos abdominales. El control endoscópico es importante para demostrar que no se perfora la vejiga. (10).

PROLAPSO CUPULA VAGINAL: TRATAMIENTO

Dr. Ludmir

NUESTRA TECNICA	CASOS
Cierre Vaginal (Técnica Ufelder)	4
Suspension Vaginal Aponeurosis Rectos (Williams Richardson)	3
Colporrafia a/p con cura enterocele y Reforzamiento utero sacros, redondos	9
	—
	15

COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DEL PROLAPSO

- 1) Hematomas.
- 2) Flebitis.
- 3) Retención urinaria mayor de 70 días.
- 4) Perforación vesical.
- 5) Injurias ureterales.

EN RESUMEN

- 1) De tener que operarse a una mujer por Histerectomía Abdominal debemos estar seguros que no exista una distopía pélvica, si es el caso hay que corregirla, siempre utilizar elementos de sosten preventivos, a nivel del muñón o apex vaginal y en el fondo de saco de Douglas.
- 2) Si se tiene que efectuar una Histerectomía vaginal tener en consideración que es mejor no efectuarla a

edad temprana pero de tenerlo que hacer debe cuidarse que los elementos de sostén vaginal queden adecuadamente fijos in situ reconstruyendo en forma suficiente el piso pélvico.

3) Frente al problema, el profesional debe de conocer y utilizar algunas de las técnicas que considere mejores para su caso particular prefiriendo la vía vaginal de ser posible.

REFERENCIAS

1. Barnhil, D., Hoskins, W., Heller, P., Repka, M., and Park, R.: "Repair of Vaginal prolapse and perineal Hernia after pelvic exenteration" *Obstetrics Gynecology* Vol. 65, 5, May 1985.
2. Birnbaum, S. J.: "Rational Therapy for the prolapsed vagina" *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol 115, 411, 1973.
3. Cruikshank, H. S.: "Preventing post Hysterectomy Vaginal vault prolapse and enterocele during vaginal Hysterectomy" *AM. J. Obstet. Gynecol.* 156(6) pp. 433-440, June 1987.
4. Feldman, B., George; Birnbaum, J., Stanley: "Sacral colpexy for vaginal vault prolapse" *Obstetrics Gynecology* Vol. 3, 3, 1979.
5. Kauppila, O., Punnonen, R., Teisala, K.: "Prolapse of the vagina after hysterectomy" *Surgery, Gynecology Obstetrics*, July 1985, Vol. 161.
6. Kauppila, P., et al.: "Operative technique for the repair of Post-Hysterectomy Vaginal prolapse" *Ann. Chir. Gynaecol.*, 1986, 75 (4) p.p. 242-4.
7. Morley, W. G., De Lancey, O., L., J.: "D=Sacrospinous Ligament Fixation For eversion of the vagina" *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 158 4, April 1988.
8. Nagata, I., et al.: "Abdominal Repair of Vaginal prolapse and the post operative outcome as judged by a scoring system and Ray Colpography" *Arch. Gynecol.* 1985, 237(1): pp 11-7.
9. Richter, Kurt: "Eversion masiva de la vagina" *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* Vol. 4/1982 Interamericana.
10. Palma, P., C., Pinotti, J. A.: "Endoscopic suspension of Vaginal prolapse" *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1988. Dec. 27(3) pp. 451-4.
11. Symmonds, E., R., Williams, J., Tiffani, Lee, A. R., Webb, J., M.: "Post Hysterectomy enterocele and vaginal vault Prolapse" *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 140, 8, August 15 pp. 852-859, 1981.
12. Thornton, W. N., and Peters, A. W.: "Repair of vaginal prolapse after Hysterectomy" *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 147, 2, Sep. 1983.