

392 **Antonio Jiménez Caraballo**
Ana Ferrari Bellver
María Ramírez Pineda
Silvia de los Reyes Peña
José Luis Dueñas Díez

Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Correspondencia:

Dr. A. Jiménez Caraballo.
Vírgenes, 6. 41004 Sevilla. España.
Correo electrónico: ajimenezc@meditex.es
Fecha de recepción: 14/11/2006.
Aceptado para su publicación: 12/4/2007.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar, de forma prospectiva, la tasa de éxito de la fijación sacroespinal asociada a la colporrafia anterior, en los casos de prolapso de cúpula vaginal después de una histerectomía.

Material y métodos: El mismo cirujano trató a 41 pacientes sin incontinencia urinaria previa mediante la intervención de Richter-Amreich asociada a la colporrafia anterior. Se utilizó el gancho Miya y 2 suturas de poliglactina del calibre 00. Se revisó a todas las pacientes al mes de la operación y anualmente hasta la fecha actual. Consideramos éxito de la intervención la falta de prolapso un mes después de la operación y recaída cuando el prolapso apareció uno o más años después de la cirugía. Los datos de las pacientes se incluyeron en una base de datos y se analizaron estadísticamente con el programa Epi-info 3.3TM.

Resultados: Hubo prolapso de cúpula al mes de la intervención en 4 de 41 pacientes (tasa de éxito del 91,2%). Otras 3 pacientes presentaron un mínimo cistocele (grado 1) y una mujer tuvo un cistocele grado 2 sin descenso del ápex vaginal. No ha habido empeoramiento de las pacientes en las revisiones anuales. La complicación más frecuente de la intervención fue la anemia, presente en 13 pacientes (31,7%). La duración media de la intervención fue de 102 ± 35 min, y

Prolapso de la cúpula vaginal tratado mediante operación de Richter-Amreich asociada a colporrafia anterior

Vaginal vault prolapse treated with sacrospinous vault suspension associated with anterior colporrhaphy

hubo una clara correlación entre el tiempo operatorio y la experiencia del cirujano.

Conclusiones: Se deduce que, en nuestra experiencia, esta técnica es un método efectivo, seguro y económico para solucionar el prolapso de cúpula vaginal tras una histerectomía, especialmente, cuando la experiencia del cirujano supera las 20 intervenciones

PALABRAS CLAVE

Prolapso de cúpula vaginal. Fijación sacroespinal. Gancho de Miyazaki.

ABSTRACT

Objective: To study prospectively the success rate of the sacrospinous vault suspension, using the vaginal approach associating an anterior colporrhaphy, in the cases of posthysterectomy vaginal vault prolapse.

Material and methods: Between January 1999-July 2005, 41 patients without urinary incontinence and vaginal vault prolapse were treated with the Richter-Amreich's procedure associated with anterior colporrhaphy by the same surgeon. We have used the Miya hook in all interventions

and 2 sutures of Polyglactin 00. Every patient was followed up a month after the operation and annually till now. We considered success as the lack of prolapse a month after the intervention, and relapse when another prolapse happened in a year or more after surgery. Patients were included in a database and Epi-info 3.3TM was used to perform the statistical analysis.

Results: There were vaginal vault prolapse at 1-month follow-up in 4 of the 41 (success rate of 91.2%). Another 3 patients presented minor cystocele (grade 1), and one had a grade 2 cystocele without descent of vaginal apex (9.8%). There is no worsening of these cases till now in the annual follow-ups. The most common postoperative complication was anemia, that was present in 13 patients (31.7%). The length of complete surgery was 102 ± 35 minutes. There is a clear correlation between operating time and surgeon experience.

Conclusions: This technique is an effective method, economic and safe to treat posthysterectomy prolapse of the apical vaginal compartment.

KEY WORDS

Vaginal vault prolapse. Sacrospinous vault suspension. Miyazaki hook.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación relativamente frecuente tras las hysterectomías, ya sean por vía transabdominal como por vía vaginal¹, especialmente si la hysterectomía se realizó por un prolapso genital². Está favorecido por la edad, la paridad, la posmenopausia, la debilidad del tejido conectivo y las enfermedades que aumentan la presión intraabdominal, como el estreñimiento crónico o el tabaquismo³. Este proceso empeora progresivamente la calidad de vida de las mujeres, que acaban disminuyendo su movilidad, especialmente las de mayor edad.

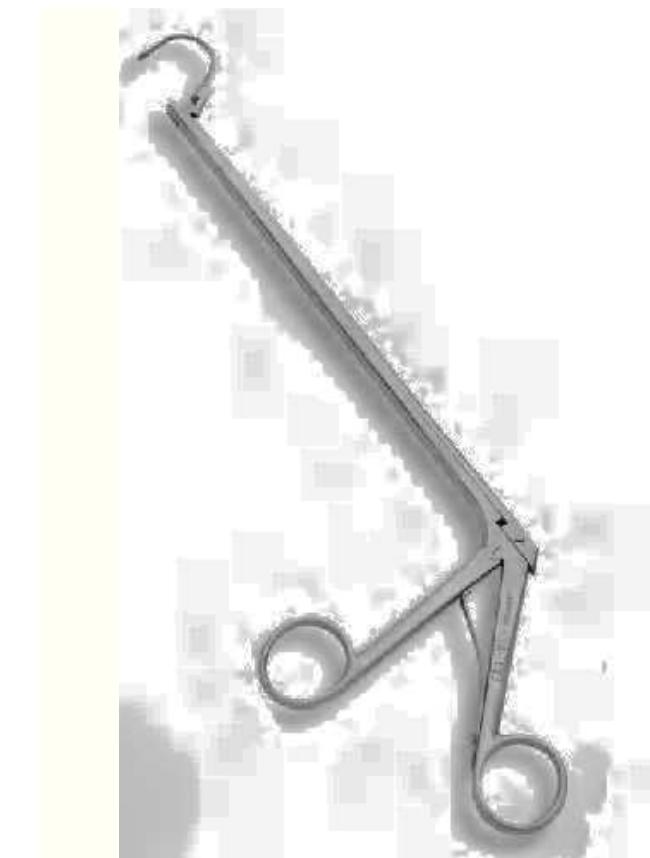


Figura 1. Gancho de Miyazaki.

La alteración estática puede estar acompañada de un prolapso de la vejiga (cistocele), el recto (rectocele) y el fondo de saco de Douglas (douglascele o elitrocele), así como de diversos grados de incontinencia, especialmente urinaria. También es frecuente que se observen diversas escarificaciones en la mucosa prolapsada, sobre todo cuando las modificaciones son antiguas.

Para la corrección del prolapso se han descrito múltiples técnicas, tanto ortopédicas (pesarios) como rehabilitadoras (ejercicios del suelo pélvico) y quirúrgicas, por vía transvaginal y transabdominal.

Presentamos nuestra experiencia en una serie de 41 pacientes con prolapso de la cúpula vaginal, corregido quirúrgicamente mediante la intervención de Richter asociada a colporrafia anterior y, en algunos casos, colpoperineorrafia.

394 MATERIAL Y MÉTODOS

Se intervino a 46 pacientes, durante el período 1999-2005, que acudieron a las consultas externas por prolapso completo de la cúpula vaginal tras una histerectomía. Cinco mujeres no acudieron a los controles anuales de revisión, por lo que fueron desechadas del estudio. El mismo cirujano realizó todas las intervenciones. La edad media de las pacientes fue de $64 \pm 9,4$ años, con una paridad media de $3,3 \pm 1,5$. La mayoría de las pacientes presentaba algún factor predisponente relacionado con el prolapso genital: un 25% habían sido operadas de hernia inguinal o umbilical y el 13 % presentaba una enfermedad pulmonar que les producía tos constante y aumento de la presión intraabdominal; el 16% de las pacientes eran hipertensas y el 15%, diabéticas. Todas las mujeres habían sido intervenidas mediante histerectomía, vaginal o abdominal, y en 10 ocasiones (24%) fueron reintervenidas para intentar corregir el prolapso producido posteriormente. En todos los casos, se realizó profilaxis antibiótica, con 2 g de cefazolina por vía intravenosa en el momento de la inducción anestésica, para prevenir el riesgo de infección postoperatoria⁴. El tipo de anestesia empleado fue general en 3 pacientes, epidural en 14 e intradural en 24 mujeres. Los controles ambulatorios se realizaron al mes de la intervención y, posteriormente, cada año hasta la actualidad. El seguimiento de las pacientes oscila entre un año, como mínimo, y 6 años, en las pacientes más antiguas.

La técnica empleada fue la descrita inicialmente por Amreich⁵ y perfeccionada por Richter⁶; se realizó una colpotomía amplia en sentido anteroposterior, desde un par de centímetros debajo de la uretra hasta el margen del periné. Seguidamente, se realizó la separación del enterocele, con apertura del saco herniario y sutura circular en su punto más elevado. Posteriormente, se practicó la disección del espacio pararrectal derecho (más cómoda al ser el cirujano diestro, excepto en una paciente con problemas articulares en el miembro inferior derecho, en la cual se realizó la intervención en el lado contrario), siempre de forma roma y digital, hasta llegar a la espina ciática derecha. Para evitar las lesiones del plexo vasculonervioso pudendo interno, deben fijarse 2 puntos a 2 cm en sentido medial de la zona más prominente de la espina; además, hay

que atravesar sólo de forma superficial el ligamento sacroespínoso. La colocación de estos 2 puntos es la parte más difícil de la intervención, por lo que es necesario colocar 2 o 3 valvas de Breisky y utilizar un portasuturas adecuado. Nosotros hemos utilizado en todas las intervenciones el gancho Miya, diseñado por Miyazaki⁷ para este fin. Es un instrumento similar al portasuturas de Deschamps, pero está articulado en sentido anteroposterior, lo que lo hace más cómodo para ser introducido en la estrecha fosa practicada en la zona pararrectal (fig. 1). Seguidamente, se realiza la corrección del cistocele en todos los casos, ya que la retroversión de la vagina predispone a la aparición de un cistocele de grado I. Para ello, se reseca una pequeña cantidad de hemivagina anterior. Finalmente, antes de completar la colpoplastia, se anudan los 2 puntos de poliglactina de 00 fijados entre el ligamento sacroespínoso y la zona más declive de la submucosa vaginal prolapsada.

En 7 (17%) pacientes que presentaban un desgarro perineal de segundo grado la intervención finalizó con una perineoplastia.

Completabamos el procedimiento con la colocación de un taponamiento vaginal con venda, que se retiró a las 24 h de la intervención, y sondaje vesical, que se mantuvo durante 3 días.

Todas las pacientes incluidas en el estudio fueron revisadas al mes de la intervención y anualmente hasta la fecha. Se consideró éxito de la intervención cuando la paciente no presentó prolapso al mes de la cirugía. Se consideró recidiva cuando apareció prolapso al año o más tiempo de la intervención. Las pacientes fueron incluidas en una base de datos AccesTM y el análisis estadístico se realizó con el programa Epi-info 3.3TM.

RESULTADOS

Tasa de éxito de la intervención

En la revisión al mes se encontró aparición de prolapso en 4 (9,8%) de las 41 pacientes intervenidas, lo que supone una tasa de éxito de la intervención del 91,2%. En todos los casos, el prolapso diagnosticado fue de tipo I. Tres de estos 4 fracasos se produjeron entre las 15 primeras pacientes operadas. En todos los casos, el prolapso postinterven-

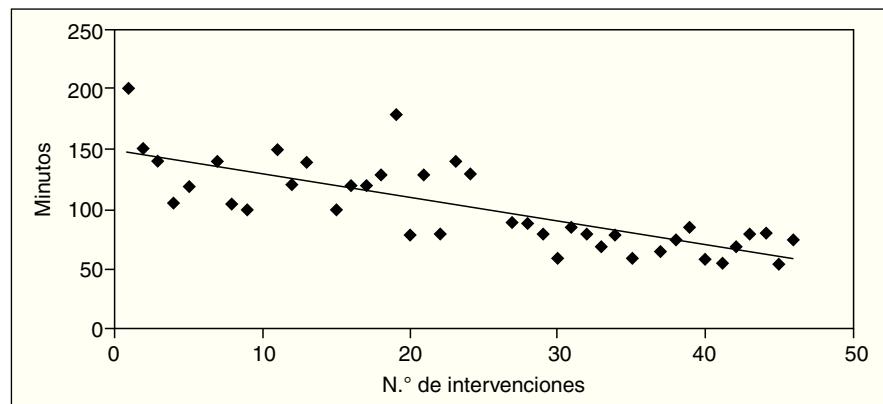


Figura 2. Duración de la intervención a medida que aumenta la experiencia del cirujano.

ción no ha supuesto, hasta la fecha, sintomatología suficiente como para realizar una reintervención. En otras 3 pacientes, se diagnosticó cistocele leve (tipo I) y en una cistocele de II grado sin descenso de la cúpula vaginal (9,8%). No ha aparecido ningún caso nuevo en las revisiones anuales, ni empeoraron los casos ya diagnosticados.

En las pacientes con fracaso no se ha encontrado mayor frecuencia de factores predisponentes previos a la intervención, como antecedentes de herniorrapias, tos crónica o estreñimiento pertinaz, frente al grupo de pacientes con intervención exitosa. Tampoco pudo relacionarse la aparición de complicaciones postoperatorias con la aparición o no de recidivas.

Complicaciones inmediatas

No hubo ninguna complicación intraoperatoria que requiriera la interrupción del procedimiento quirúrgico. La complicación postoperatoria más frecuente fue la anemia, que fue diagnosticada en 13 (31,7%) pacientes, y fue de carácter leve en todos los casos, excepto en uno que necesitó transfusión. El descenso medio de la hemoglobina y el hematocrito, en el control realizado en el segundo día del postoperatorio, fue de $2,7 \pm 2,2$ g/dl y de $7,9 \pm 6,1\%$, respectivamente. Una paciente desarrolló un absceso de cúpula vaginal, que fue tratado con éxito mediante antibioterapia y drenaje espontáneo. En 4 (9,7%) pacientes apareció fiebre postoperatoria, sin evidencia de absceso, que también cedió con tratamiento antibiótico y antitérmico.

Duración de la intervención

La duración de la intervención completa (fijación sacroespinosa, colporrafia anterior y colpopérineorrafia, en los casos necesarios) fue de 102 ± 35 min. Se aprecia una clara correlación entre la duración de la intervención y la experiencia del cirujano (fig. 2). La duración media de las primeras 21 intervenciones fue de $127,6 \pm 29,1$ min, mientras que a partir del vigésimo segundo procedimiento fue de 80 ± 23 min. La duración media de las intervenciones en pacientes intervenidas con éxito fue menor ($99,6 \pm 36,2$ min) respecto al grupo con recidiva ($118 \pm 24,9$ min), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Estancia postoperatoria

Exceptuando a una paciente diabética, con grave descompensación de su estado general previo a la intervención, que necesitó de 30 días para preparar su estado, la estancia total media fue de $5,3 \pm 1,6$ días, y la estancia media postoperatoria fue de 3,3 días, habitualmente necesarios para el mantenimiento de la sonda vesical necesaria del fruncimiento del ángulo uretrovesical.

Incontinencia urinaria

Dos (4,9%) pacientes refirieron incontinencia urinaria de esfuerzo leve, que no tenían previamente, al año de la intervención.

396 DISCUSIÓN

La técnica quirúrgica de los prolapsos genitales está siendo modificada en la actualidad; hay controversia respecto a la vía de corrección (vaginal, abdominal y laparoscópica), la necesidad de extirpar el útero o no, y la colocación de mallas, naturales o sintéticas. Durante los años noventa, se publicaron múltiples trabajos sobre la intervención de Richter-Amreich que valoraban positivamente ese procedimiento para la corrección del prolapso de cúpula, incluso propugnando su uso como profilaxis del enterocele tras una histerectomía vaginal. Sin embargo, la aparición de las mallas sintéticas ha retomado el papel de la cirugía abdominal (y recientemente, laparoscópica), aumentando el número de publicaciones recientes que utilizan la colposacropexia abdominal con mallas respecto a la colpopfijación al ligamento sacroespínoso.

En nuestra casuística se aprecia una tasa de éxitos del 90% (80% si consideramos también como fallo la aparición de un cistocele leve), con una tasa de complicaciones importantes realmente baja. Esta cifra concuerda con las publicadas por la mayoría de los autores, que oscilan entre el 29⁸ y el 97%⁹. Hay que resaltar que las pacientes que presentan una exploración normal al mes, la siguen manteniendo pasados muchos años. Esta impresión coincide con la de otros autores, como Shull et al¹⁰ o Callejo et al¹¹, que refieren que las pacientes con una exploración normal a las 6 semanas de la intervención tienen una tasa baja de recidiva (3%) en los próximos 3-5 años. En nuestro estudio, el grupo de pacientes con intervención exitosa no difirió respecto al grupo de fracasos, ni en factores predisponentes ni en duración de la intervención ni en complicaciones. Posiblemente, sean las diferencias en la exploración o la inexperiencia en las primeras intervenciones las claves del éxito o fracaso en la cirugía. De acuerdo con Kettel y Hebertson¹², es importante que la cúpula vaginal quede en íntimo contacto con el ligamento sacroespínoso al finalizar la intervención, algo que puede resultar difícil cuando la experiencia es incipiente.

Se han descrito muchas complicaciones periooperatorias de la intervención de Richter, la mayoría leve, como la aparición de síndrome febril¹³, y algunas potencialmente graves, como lesiones ureterales, rectales y laceraciones del paquete vasculonervioso

pudendo interno. Estas últimas se evitaron en nuestra casuística con la aplicación de las suturas de forma superficial y un par de centímetros en dirección medial de la parte más prominente de la espina ciática. En nuestro trabajo, la complicación más usual fue la anemia leve, con un descenso medio de casi 8 puntos del índice de hematocrito a las 48 h de la intervención. Esta hemorragia se debió, fundamentalmente, al despegamiento de la mucosa vaginal y el enterocele posterior, especialmente en mujeres premenopáusicas con abundante vascularización; no debe menospreciarse y hay que corregir cualquier anemia previa al preparar la cirugía.

Comparando con otros autores, como Heinonen¹⁴, resalta la escasa cantidad de perineorrafias realizadas en nuestro trabajo (17%). En nuestra opinión, la perineorrafia es un procedimiento quirúrgico con un postoperatorio doloroso y que no contribuye en absoluto a evitar la recidiva del prolapso. Por tanto, sólo lo aconsejamos cuando la paciente presenta un desgarro perineal concomitante. Por el contrario, considerando que la propia técnica quirúrgica favorece la aparición de cistocelos hasta en un 92%^{15,16}, coincidimos con Sze y Kamun¹⁷ en realizar una colporrafia anterior de forma sistemática asociada a la colpopexia transvaginal al ligamento sacroespínoso.

En relación con la vía de la intervención para la corrección del prolapso, del artículo de Maher et al¹⁸, publicado en la revisión Cohrane en 2004, se deduce que la tasa de recidivas de los prolapsos de cúpula vaginal es menor cuando se utiliza la vía abdominal que cuando se usa la transvaginal (el 3,6 frente al 15,3%). En opinión de estos autores, «la colpopexia sacroabdominal se asoció con una tasa inferior del prolapso recurrente de la bóveda, un grado reducido del prolapso residual, necesidad de un mayor período para la recurrencia del prolapso y menos dispareunia en comparación con la colpopexia sacroespinal vaginal». Sin embargo, en esta misma revisión se remarca que la intervención por vía transvaginal es más rápida, permite una incorporación más temprana al trabajo habitual y resulta menos costosa. Por otra parte, en algunos de los ensayos que se citan en esa revisión, en el brazo de corrección por vía abdominal, se realizan tratamientos complementarios por vía vaginal, por lo que no se trata de correcciones abdominales «puras» en sentido estricto.

Se dispone todavía de pocos ensayos que comparan la intervención de Richter con las intervenciones

que utilizan bandas de tejido sintético por vía vaginal (IVS). En el trabajo de Meschia et al¹⁹ no se encuentran diferencias significativas entre ambas intervenciones, excepto en una menor duración de la intervención con bandas. El número de complicaciones y recidivas fue similar.

De nuestro estudio, concluimos que la colpopexia sacroespinal por vía transvaginal, asociada a la colporrafia anterior, es un método seguro para corregir el prolapso de la cúpula vaginal pothisterrectomía, con una tasa de éxito entre el 80 y el 90% y una tasa de recidiva en las pacientes tratadas con éxito del 0%. La anemia y la fiebre postoperatoria son las complicaciones más frecuentes, y son raras las complicaciones graves. Es una téc-

nica operatoria rápida cuando se adquiere experiencia (a partir de 20 procedimientos) y poco invasiva, por lo que puede usarse con seguridad en pacientes de edad avanzada, sustituyendo las antiguas colpocleisis. Creemos que, aunque la cirugía abdominal tiene menos recidivas, es más agresiva. La cirugía vaginal tiene una tasa notable de éxitos, que aumentan con la experiencia de los cirujanos y con la asociación *in situ* de los procedimientos correctores necesarios por la misma vía. Las técnicas que utilizan bandas todavía no han demostrado mejores tasas de éxito que las intervenciones clásicas por lo que, a la espera de nuevos ensayos clínicos, su coste no justifica su uso generalizado actualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cutner AS, Elneil S. The vaginal vault. *BJOG*. 2004;111 Suppl 1:79-83.
2. Marchionni M, Bracco GI, Checcucci V, Carabaneabu A, Cocchia EM, Mecacci F, et al. True incidence of vaginal vault prolapse: thirteen years experience. *J Reprod Med*. 1999;44:679-84.
3. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. 2000;107:1460-70.
4. Nieminen K, Huhtala H, Heinonen PK. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:471-8.
5. Amreich J. Aetiologic und operation des scheidenstumpf prolapses. *Wien Klin Wochenschr*. 1951;63:74-7.
6. Richter K. Die chirurgische anatomie der vaginaefixatio sacro-espinalis vaginalis: ein Beitrag zur operativen Behandlung des Scheidenblindsasch prolapses. *Geburstshilfe Frauenheilkd*. 1968;8:321-7.
7. Miyazaki FS, Miya Hook ligature carrier for sacrospinous ligament suspension. *Obstet Gynecol*. 1987;70:286-8.
8. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:1418-22.
9. Hardimann PJ, Drutz HP. Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropexy: success rates and complications. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:612-6.
10. Shull BL, Capen CV, Riggs MW, Kuehl TJ. Preoperative and postoperative analysis of sitespecific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:1764-71.
11. Callejo J, Jaúregui MT, Rabanal M, Prats P, Laílla JM. Colpopexia transvaginal al ligamento sacroespinal. Técnica, indicaciones y resultados en una serie de 54 casos. *Prog Obstet Ginecol*. 1998;41:582-8.
12. Kettel LM, Hebertson RM. An anatomic evaluation of the sacrospinous ligament colpopexy. *Surg Gynecol Obstet*. 1989;168:318-22.
13. Morley GW, DeLancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;158:872-81.
14. Heinonen PK. Transvaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault and complete genital prolapse in aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1992;71:377-81.
15. Pasley WW. Sacrospinous suspension: a local practitioner's experience. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:1717-23.
16. Sauer H, Klutke CG. Transvaginal sacrospinous ligament fixation for treatment of vaginal prolapse. *J Urology*. 1995;154:1008-12.
17. Sze EHM, Kamun MM. Transvaginal repair of vault prolapse: a review. *Obstet Gynecol*. 1997;89:466-75.
18. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;18:CD004014.
19. Meschia M, Pifarotti P, Spennacchio M, Gattei U, Buonaguidi A. Randomized comparison between posterior IVS and sacrospinous fixation in the management of vault prolapse [abstract 277]. *Proceedings International Continence Society*, 2003.