

Tema 44

Cirugía abdominal del prolapso de cúpula

JESÚS MORENO SIERRA; M.^a ISABEL GALANTE ROMO; ENRIQUE BLANCO JIMÉNEZ y SARA B. PRIETO NOGAL

**Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos.
Universidad Complutense. Madrid.**

Introducción

Los prolapsos pélvicos son una patología en auge en el momento actual, dado al aumento de la incidencia tanto de su padecimiento, como de las técnicas diagnósticas para su corrección. Se calcula que una de cada nueve mujeres en Estados Unidos será intervenida de cirugía de la incontinencia o prolapsos pélvicos antes de los 80 años y aproximadamente un 30% de ellas requerirá una reintervención por recidiva.

A la hora del diagnóstico de prolapsos pélvicos, es muy infrecuente que encontremos defectos aislados del compartimento anterior o posterior, siendo lo más frecuente que se encuentre asociados al prolapsos de la cúpula vaginal.

Son muchos los procedimientos descritos para la reparación quirúrgica del prolapso de cúpula, la mayoría de los cuales tendrán un nivel III de evidencia por ser ensayos clínicos, aleatorizados de series muy largas. Son muchas las técnicas y los resultados descritos de la propia experiencia, así como muy frecuentes las modificaciones de cada una de las técnicas para evitar las complicaciones.

El primer paso a la hora de plantear la técnica quirúrgica será establecer de forma clara y en consenso con la paciente las expectativas de la misma y el objetivo que se pretende conseguir. La mayoría de las técnicas descritas tienen un alto índice de éxitos si tenemos en cuenta los resultados objetivos, mientras que los resultados son inferiores en relación con la satisfacción del paciente. A la hora de tomar la decisión sobre cual es la técnica quirúrgica que mejor se adapta a cada paciente tendremos en cuenta factores como:

- Duración tanto de la intervención como de los resultados de la cirugía.
- Tiempo de recuperación.
- Complicaciones postoperatorias tardías.

- Complicaciones postoperatorias inmediatas.
- Riesgos de la presencia de un cuerpo extraño.
- Relaciones sexuales.

Así, por ejemplo, una mujer joven podría inclinarse más hacia una corrección abdominal, primando el menor índice de recurrencias frente al mayor tiempo de recuperación postquirúrgica. Por el contrario, mujeres de edad más avanzada pueden optar por la cirugía vaginal por tener un menor tiempo de recuperación de las actividades de su vida diaria.

La colposacropexia

Fue descrita por primera vez en 1962 por Fredrick Lane. Consiste en realizar una fijación de la cúpula vaginal al sacro mediante la utilización de material autólogo, alogénico o sintético. En el momento actual no se han demostrado diferencias significativas entre los materiales utilizados.

Vía de abordaje abdominal

La vía de acceso es un punto de controversia a la hora de establecer el tratamiento quirúrgico de elección. Hay estudios aleatorizados que comparan la vía vaginal y la abdominal que sugieren unos mejores resultados anatómicos de la vía abdominal a expensas de una mayor morbilidad y complicaciones secundarias a la presencia de un cuerpo extraño. Sin embargo, la mejoría subjetiva descrita por ambos grupos al cabo de los dos años de la cirugía es muy similar. Como contrapartida, las pacientes intervenidas por vía abdominal tendrán un mayor período de recuperación postquirúrgico y por lo tanto requieren más tiempo para reincorporarse a sus actividades cotidianas.

Además, la vía abdominal parece incrementar la durabilidad de los efectos beneficiosos de la cirugía, a expensas como se ha comentado previamente de un mayor período de recuperación y más complicaciones postquirúrgicas tanto inmediatas como tardías, incluyendo el rechazo a cuerpo extraño ocasionado por la colocación de la malla.

Indicaciones

- En caso de fracaso de una cirugía vaginal previa.
- Cuando se precisa una cirugía abdominal por otro motivo.

- Preferencia del cirujano.
- Prolapso recurrente.

Técnica

La paciente se coloca en posición de litotomía baja para permitir un acceso abdominal. El sondaje es imprescindible. Se realiza laparotomía, apertura por planos y se diseca hasta el espacio de Retzius. Tras colocar el separador se colocan paños húmedos para separar las asas intestinales. Se identifica el vértice vaginal mediante la introducción de una pinza de anilla en la vagina. Posteriormente se disecan vejiga y recto para exponer al menos un área de 3-4 cm de la pared vaginal. Una vez expuesto el campo vaginal se aplicarán cuatro puntos sueltos del vértice vaginal de un fornix lateral al contralateral. Apertura del peritoneo que cubre el sacro. A estos puntos se anclará una malla de aproximadamente 3 cm de ancho que se extienda desde el vértice vaginal hasta el promontorio sacro. El extremo libre de la malla se fija al ligamento longitudinal anterior del sacro (fascia presacra), cerca del promontorio usando al menos dos puntos de sutura permanente. Se corta la malla a medida y se fija con puntos sueltos de sutura monofilamento. Para finalizar se cierra el peritoneo sacro y pelviano que sea posible sobre la malla.

Detalles técnicos

Para evitar la hemorragia es fundamental evitar el anclaje de la malla a nivel de S3-S4, donde se localizan los vasos presacros.

Algunos autores opinan que el anclaje de la malla al apex vaginal favorece el posterior fallo de la técnica y aumenta el riesgo de erosión de la malla, por lo que debería evitarse.

La culdoplastia sistemática según las técnicas de Halban y Moschowitz (Figuras 1 y 2) simultánea a la colposacropexia para prevenir el enterocele no ha demostrado mejoría del índice de éxito y sin embargo produce alteraciones de la defecación y dispareunia.

Resultados

- Tasa de éxito anatómico 75-90%.
- Recurrencia del cistocele 18%.
- Enterocele 12%.

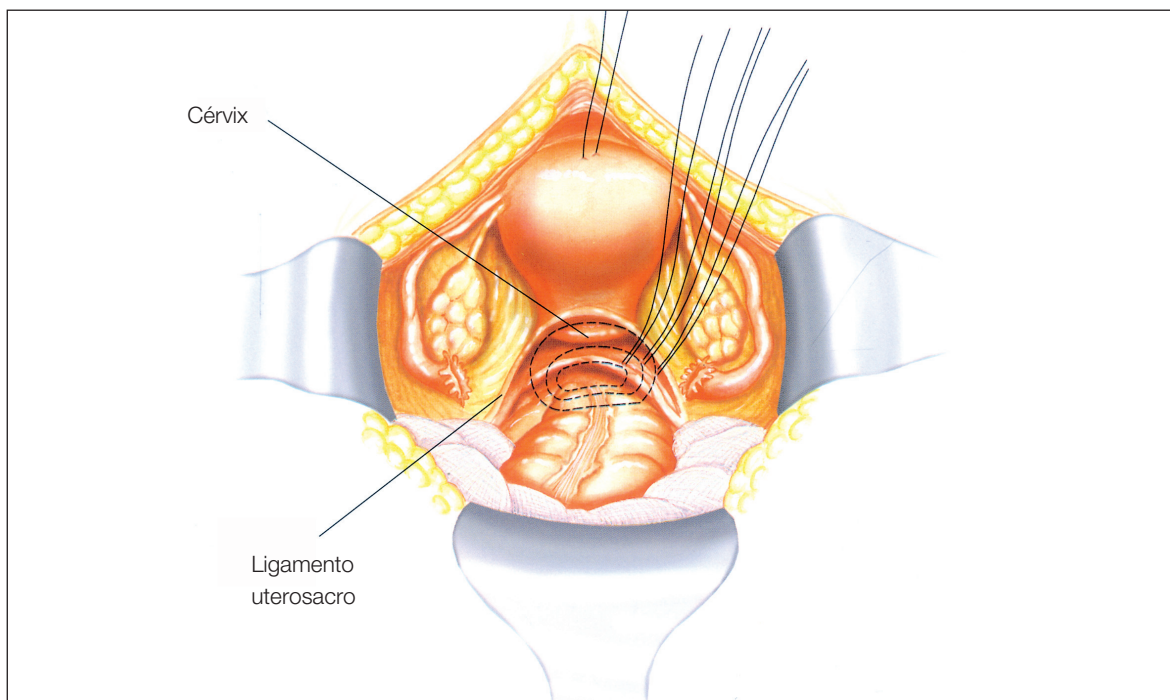


Figura 1: Técnica de Moschowitz.

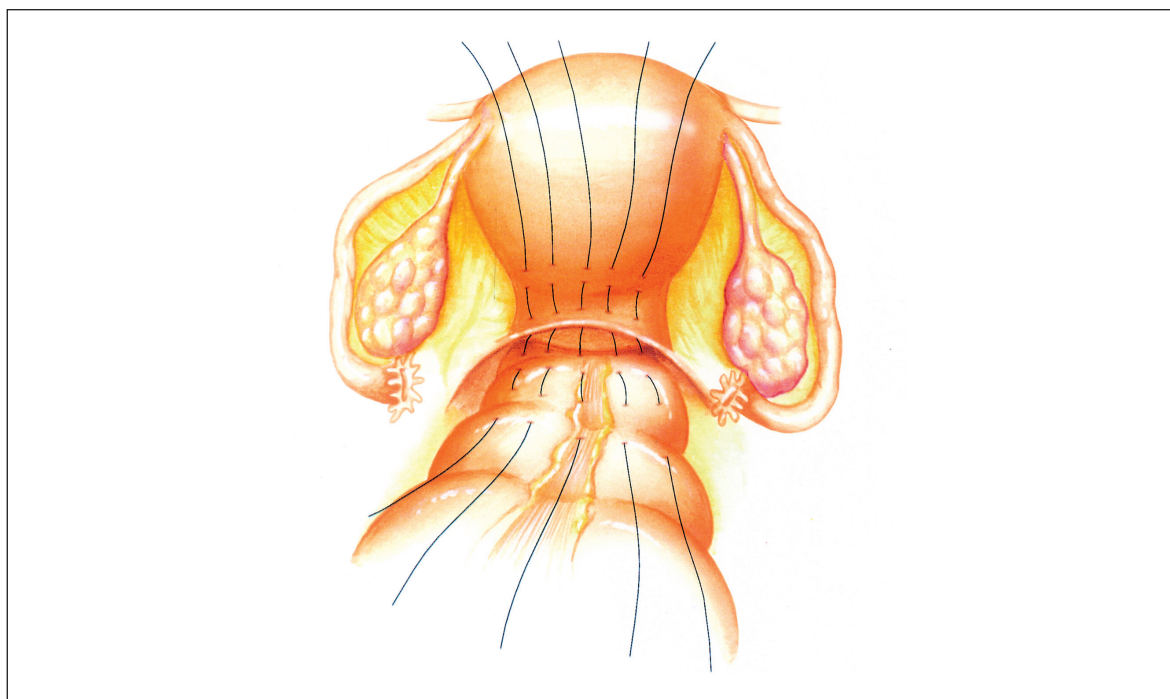


Figura 2: Técnica de Halban.

Complicaciones

- Disfunciones intestinales y del tracto urinario inferior: suelen estar presentes antes de la cirugía y no se corrigen con la misma, aunque no es frecuente que aparezcan “de novo”.
- Lesiones de la vejiga 3%.
- Lesiones del aparato digestivo 1,6%.
- Complicaciones de la incisión 4,6%.
- Íleo paralítico 3,6%.
- Complicaciones tromboembólicas 3%.
- Hemorragia que precisa transfusión 4%.

Bibliografía

1. Kenton K, Mueller E. Surgical Repair of the Middle Compartment. *Clinical Obstet and Gynecol* 2005; 48: 691-703.
2. Benson JT, Lucente V. 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: 1418-1421.
3. Maher CF, Qatawneh AM. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse. A prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 20-26.
4. Lane FE. Repair of posthysterectomy vaginal-vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1962; 20: 72-77.
5. Nygaard I, McCreeery R. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 805-823.
6. Culligan PJ, Murphy M. Long-term success of abdominal sacral colpopexy using synthetic mesh. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1473-1480.
7. Valaitis SR. Sacrocolpopexy: a retrospective study of a clinician's experience. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 518-522.
8. Virtanen H. Outcome of thirty patients who underwent repair of posthysterectomy prolapse of the vaginal vault with abdominal sacral colpopexy. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 83-87.

