

Colposuspensión transvaginal al ligamento sacroespinoso en una serie de 15 casos

Silvia Torres
Elisabet Segura
Ramón Miralles

Servicio Obstetricia
y Ginecología
Hospital Joan XXIII
de Tarragona

Resumen

Objetivos: Verificar los resultados de la cirugía del prolapso de cúpula vaginal, con fijación del ligamento sacroespinoso vaginal o Richter.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 15 pacientes a las que se les realizó fijación del ligamento sacroespinoso vaginal en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, entre septiembre de 1997 y junio de 2002. Seguimos a estas pacientes y estudiamos la morbilidad intra y postoperatoria y la recurrencia de prolapso.

Resultados: 6 de las 15 mujeres (40%) no tuvieron complicaciones intra o postoperatorias. Entre las complicaciones postoperatorias, 2 pacientes (13,6%) tuvieron infección y 2 pacientes (13,6%) tuvieron hematoma de cúpula vaginal. A largo plazo, 2 pacientes (13,6%) tuvieron incontinencia urinaria de esfuerzo leve y 3 pacientes (20%) tuvieron cistocele, dos de ellos asintomáticos. En el último control ninguna de las 15 pacientes presentaba recidiva del prolapso de cúpula vaginal.

Conclusiones: La fijación del ligamento sacroespinoso vaginal es un tratamiento efectivo para el prolapso de cúpula vaginal con pocas complicaciones.

Palabras clave: Cúpula vaginal. Prolapso. Richter. Ligamento sacroespinoso.

Summary

Objective: To assess the results of vaginal vault surgery, with vaginal sacrospinous ligament fixation or Richter.

Sample and methods: Retrospective study of 15 patients, who underwent vaginal sacrospinous ligament fixation in the University Hospital Joan XXIII between September 1997 and June 2002. We follow this women and we study the intra and postoperative morbidity, and recurrence of prolapse.

Results: Six of the fifteen women (40%) had no major intra or postoperative complications. Postoperative complications were, two patients (13,6%) infection and two (13,6%) vaginal vault bruise.

In long term follow up, two patients (13,6%) had mild stress urinary incontinence, three patients (20%) had cystocele, two of them asymptomatic. In the last control, nobody had recurrence of the vaginal vault prolapse.

Conclusion: Transvaginal sacrospinous ligament fixation in an effective treatment for vaginal vault prolapse with few complications.

Key words: Vaginal vault. Prolapse. Richter. Sacrospinous ligament.

Introducción

La incidencia del prolapso de cúpula vaginal, según De Lancey¹, se sitúa alrededor del 0,5%, independientemente de si la vía de abordaje uterino es vaginal o abdominal^{1,2}. El prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía sigue siendo un reto para el ginecólogo, tanto porque es un reflejo de la técnica con la que se realizó la histerectomía como por los factores de los que depende el riesgo de prolapso de cúpula vaginal. Los factores que influyen son de tipo constitucional o neuromuscular, o por aumento de la presión intraabdominal como en el caso de la obesidad y en enfermedades respiratorias crónicas. También se ve influido por el envejecimiento, la atrofia y la deficiencia estrogénica^{2,3}. Los factores yatrogénicos consisten en un posible error en la técnica realizada en la histerectomía, error en la valoración previa o por corrección quirúrgica inadecuada, como por no reconocer un enterocele concomitante en el momento en que se practica la histerectomía.

En la literatura existen descritas más de 40 técnicas para la reparación del prolapso de cúpula vaginal. Éstas incluyen desde procesos obliterativos, tales como las cleisis, hasta procesos reconstructivos, ya sea por vía abdominal o vaginal³.

La técnica de Richter consiste en un pinzamiento, una ligadura y una sección de los pilares rectovaginales que nos abocará al espacio pararrectal, maniobra muy recomendada porque previene las complicaciones de tipo hemorrágico. Disección de la fosa pararrectal del lado que hayamos seleccionado, usualmente el derecho, e identificación del ligamento sacroespinoso. En este momento se procede a la fijación con Deschamps de uno o dos puntos en el tercio proximal del ligamento, separados entre sí 5-

Correspondencia:
Silvia Torres Ardanuy
Mallafre Guasch, 4
Hospital Joan XXIII
Servicio Obstetricia
y Ginecología
43007 Tarragona
E-mail:
storresardanuy@hotmail.com

10 mm y siempre a más de 2cm de la espina ciática. El otro extremo de ambos puntos se fija sólidamente a la cúpula vaginal, punto que no se anudará hasta que tengamos cerrada la mitad más proximal de la colporrafia posterior. Se completa la colporrafia con una sólida fijación de los haces del músculo elevador del ano y puntos perineales sueltos.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de 15 pacientes sometidas a colpopexia transvaginal al ligamento sacroespinoso unilateral para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal entre septiembre de 1997 y junio de 2002. Se ha realizado un posterior seguimiento de las pacientes, de manera que todas ellas tuvieran un último control ambulatorio en noviembre de 2002. Así pues, el tiempo de seguimiento oscila entre 1 y 5 años, con una media de seguimiento de 3,4 años.

Resultados

La edad de las pacientes está comprendida entre 38 y 81 años, con una media de 70,4 años. 14 pacientes son menopáusicas (93,3%) y tan sólo 1 paciente es no menopáusica (6,6%). Sus pesos oscilan entre 64 y 69 kg., con una media de 66,4 kg. Ninguna paciente es obesa. La mayoría de las pacientes presentan factores predisponentes (86,6%) como cirugía previa y realización de trabajos que han requerido de esfuerzo físico o laxitud ligamentosa inherente.

De los 15 prolapso de cúpula vaginal, 6 casos son tras histerectomía vaginal y 8 casos tras histerectomía abdominal. En un caso no consta la vía de abordaje.

El tiempo entre la histerectomía y el prolapso de cúpula vaginal oscila entre 12 y 40 años, con una media de 22,4 años. El tiempo de seguimiento postcirugía varía entre 1 y 5 años.

Las complicaciones post-operatorias se explican en la Figura 1. Cabe destacar que ninguna paciente requirió reintervención inmediata.

A largo plazo, las complicaciones se muestran en la Figura 2. Sólo 2 pacientes (13,6%) presentan incontinencia urinaria de esfuerzo leve en el último control.

La corrección del suelo pélvico fue correcta, excepto en 3 casos de cistocele. Sólo un caso (6,6%) de los

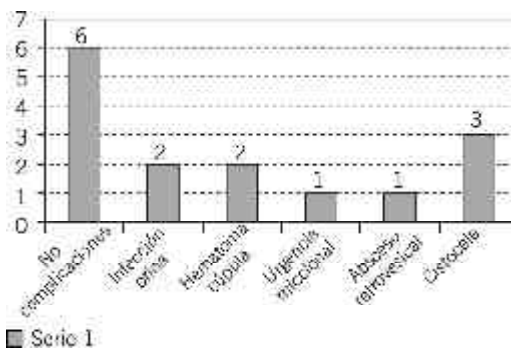


Figura 1.
Complicaciones postoperatorias

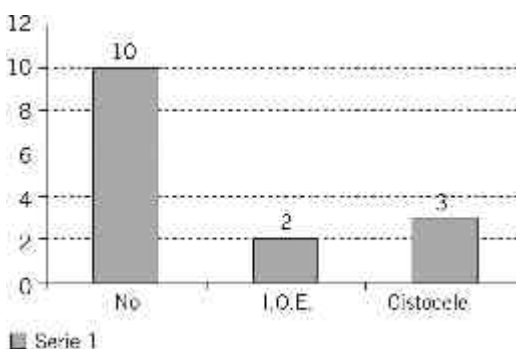


Figura 2.
Complicaciones a largo plazo

cistoceles es de grado III, el resto son de grado mínimo. En el último control, en las restantes 10 pacientes (66,6%) no se detectó ninguna patología y ninguna de las 15 pacientes ha recidivado el prolapso de cúpula vaginal.

Discusión

La suspensión sacroespínosa tiene un índice de éxito del 81-100%⁴, mientras que en las recidivas suele ser inferior al 5%, según las series publicadas³. Schull, *et al.*⁵ estiman que la ausencia de alteraciones pélvicas a las seis semanas de la cirugía hace que sea improbable que la paciente presente recidiva en los próximos 3 a 5 años. En nuestra casuística la tasa de éxito es del 100%, pues no hay ninguna recidiva del prolapso.

Se puede plantear la realización profiláctica de la fijación del ligamento sacroespínoso a la cúpula vaginal durante la histerectomía vaginal. Cruikshank⁶ define los criterios de riesgo de prolapso de cúpula en los que se podría realizar la intervención de Richter de forma simultánea a la histerectomía vaginal. Esta profilaxis durante la cirugía vaginal se debería realizar siempre cuando la indicación sea prolapso uterino con enterocele manifiesto.

Benson, *et al.*² concluyen que la vía de abordaje abdominal para la reparación del prolapso de cúpula es más resolutoria, con una probabilidad de buen resultado dos veces mayor que la vía vaginal, lo que es contradictorio con otros autores³. También concluyen que el 67% de las pacientes operadas por vía vaginal presentan buenos resultados a largo plazo. Aconsejan la vía vaginal para casos de múltiple cirugía abdominal previa, enfermedad pélvica, patología intestinal y obesidad mórbida.

En nuestra casuística la vía de abordaje es vaginal, pues los resultados a largo plazo son favorables, el tiempo quirúrgico es menor, la hospitalización es más corta, la pérdida hemática es menor, se preserva la longitud vaginal y la función sexual, la relación coste-efectividad es adecuada, se puede realizar corrección en el mismo acto de cistocele y rectocele si coexisten y no hay morbilidad derivada de la laparotomía.

La complicación más frecuentemente asociada a la intervención de Richter es la relajación de la pared anterior vaginal⁷. Anthuber, *et al.*⁸ comparan el desarrollo de un cistocele dependiendo de si la vía de abordaje para la colposacropexia ha sido abdominal o vaginal y obtienen un 38% de cistocele moderado o severo en el grupo de la vía abdominal y un 43% en la vía vaginal.

La recidiva del cistocele tras la intervención de Richter, según diferentes series, está entre el 6 y el 92%; la del enterocele entre el 6 y el 10% y la del rectocele entre el 5 y el 17%. Marinkovic, *et al.*⁹, en un estudio con 12 pacientes, encuentran una paciente con cistocele grado I, una con rectocele grado I, una paciente en la que aparece de novo urgencia miccional y una paciente que presenta de novo incontinencia de esfuerzo.

Según Paraíso, *et al.*⁴, la pared vaginal anterior durante la intervención se empuja hacia atrás, es decir que yatrogénicamente se puede provocar un cistocele grado I. A pesar de la recidiva de los cistocelos, generalmente éstos resultan asintomáticos y no requieren corrección posterior⁴. Nieminen, *et al.*¹⁰, presentan un estudio con 122 casos, de los cuales 26 (21%) presentaron una recurrencia, 14 de los cuales fue cistocele. De esta recurrencias, 10 pacientes presentaban sintomatología y 6 fueron reintervenidas.

Sze, *et al.*⁷ sugieren la práctica de colporrafias anteriores rutinarias para prevenir la recidiva del cistocele.

En nuestra serie tenemos 3 casos de cistocele posterior. Sólo un caso (6,6%) de los cistocelos es de grado III, el resto son de grado mínimo y asintomáticos.

Algunos autores como Pohl, *et al.*¹¹ sugieren que la colpopexia bilateral previene el estrechamiento del ápex vaginal y mantiene la cúpula más ancha. Las indicaciones propuestas por estos autores para realizar esta técnica de forma bilateral son el prolapso de cúpula recurrente y el deseo de una cúpula ancha. En nuestra casuística se ha realizado únicamente en el lado derecho, por razones de menor tiempo operatorio y menor morbilidad. No hemos comprobado que la desviación del eje vaginal tenga consecuencias negativas.

Como toda técnica quirúrgica, la intervención de Richter tiene complicaciones inmediatas a la aplicación de la técnica^{12,13}.

La lesión de arteria, vena y nervio pudendos, del recto y del uréter son complicaciones posibles. La lesión del recto se puede evitar con una correcta disección del espacio pararectal. La lesión del plexo se evita fijando la sutura en el tercio medial del ligamento sacroespinoso. Otra complicación descrita es el dolor en nalgas por la disección del espacio pararectal, pero que suele desaparecer de forma espontánea.

Otras complicaciones son hemorragia, absceso de cúpula, retención de orina, vagina corta y lesión del nervio ciático⁶.

En nuestra casuística hemos tenido un caso de hemorragia que requirió transfusión y dos casos de hematoma de cúpula, probablemente por el abordaje del espacio pararectal antes de la disección, pinzamiento y sección del pilar rectovaginal. Por otro lado, el hecho de dejar la cúpula abierta evita las complicaciones infecciosas, como el absceso de cúpula, pero tenemos un caso en nuestra serie (6,6%).

La suspensión es un procedimiento de probada efectividad y bajas complicaciones. Sus recurrencias se relacionan con factores personales predisponentes.

Se ha de añadir a la reparación del prolapso de cúpula vaginal, la reparación de posibles defectos anatómicos concomitantes, tanto colporrafia anterior como posterior y una técnica anticontinencia si existe incontinencia de orina de esfuerzo añadida^{14,15}. Amundsen¹⁴ obtuvo buenos resultados en la corrección de la incontinencia de orina de esfuerzo en el seguimiento de 33 pacientes intervenidas de corrección del prolapso de cúpula vaginal más bandas de fijación. Mientras que la incontinencia de urgencia se corrigió en 14 de 17 pacientes y la mayoría presentaban disfunción en la defecación. En nuestra serie sólo 2 pacientes (13,6%) presentan incontinencia urinaria de esfuerzo leve, en el último control.

Existen 2 técnicas laparoscópicas para el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal que son la suspensión de la cúpula al ligamento uterosacro y la sacrocolpopexia¹⁶. Parece ser que esta última técnica presenta mayor éxito en el seguimiento a largo plazo, con unas tasas del 92%.

En conclusión, la técnica de suspensión sacroespínosa continua teniendo eficacia y seguridad y puede ser utilizada en pacientes seleccionadas. Sin embargo, se necesitan más estudios randomizados para comparar las diferentes técnicas tanto vía abdominal, como vaginal, o vía laparoscópica y diferentes procedimientos como suspensión al ligamento sacroespínoso o suspensión al ligamento uterosacro¹⁷.

Bibliografía

- De Lancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1717-23.
- Benson JT, Lucente B, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long term outcomes evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1418-22.
- Pasley WW. Sacroespínoso: a local practitioners experience. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:440-8.
- Paráiso MFR, Ballalt LA, Walters MD, Lee JC, Mitchinson AR. Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacroespínoso ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1423-31.
- Schull BL, Capen CV, Riggs MV, Kuehl TJ. Preoperative and postoperative analysis of sitespecific pelvic support defects in 81 women treated with sacroespínoso ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;166:1764-71.
- Cruikshank SH. Sacroespínoso fixation should this be performed at the time of vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1991;1072-6.
- Sze EHM, Kamun MM. Transvaginal repair of vault prolapse: a review. *Obstet Gynecol* 1997;89:466-75.
- Anthuber C, Stosius P, Rebhan H, Dannecker C. Influence of abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospínal fixation (according to Amreich-Richter) on the anterior compartment. *Gynacol Geburtshilfliche Rundsch* 2002;42(3):146-52.
- Marinkovic SP, Stanton SL. Triple compartment prolapse: sacrocolpopexy with anterior and posterior mesh extensions. *BJOG* 2003;110(3):323-6.
- Nieminen K, Huhtala H, Heinonen PK. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacroespínoso fixation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(5):471-8.
- Pohl JF, Frattarelli JL. Bilateral transvaginal sacrospínoso colpopexy : preliminary experience. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1356-62.
- Alevizon SJ, Finan MA. Sacrospínoso colpopexy: management of postoperative pudendal nerve entrapment. *Obstet Gynecol* 1996;88:713-9.
- Verdeja AM, Elkins TE, Odoi A, Gasser R, Lamoutte C. Transvaginal sacroespínoso colpopexy: anatomic landmarks to be aware of to minimize complications. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1468-9.
- Amundsen CL, Flynn BJ, Webster GD. Anatomical correction of vaginal vault prolapse by uterosacral ligament fixation in women who also require a pubovaginal sling. *J Urol* 2003;169:1770-4.
- Cruikshank SH, Muniz M. Outcomes study: A comparison of cure rates in 695 patients undergoing sacrospínoso ligament fixation alone and with another site-specific procedures -a 16- year study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1509-12.
- Wattiez A, Mashach R, Donoso M. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:315-9.
- Lovatis d, P Drutz H. Vaginal surgical approach to vaginal vault prolapse: considerations of anatomic correction and safety. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:435-7.