

Prolapsos urogenitales: revisando conceptos

Urogenital prolapse: Reviewing Concepts

Paulo Palma, Cassio Riccetto, Miguel Bigozzi

Departamento de Urología, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), San Pablo, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Se estima que el riesgo de desarrollo de prolapsos urogenitales se duplica en cada década de la vida. De esta forma, en los últimos años, las pesquisas resultaron en modificaciones significativas en la interpretación de la fisiopatología de los prolapsos, lo que derivó en nuevas propuestas para el diagnóstico y, sobre todo, para el tratamiento quirúrgico.

Se debe considerar que el tratamiento también podrá variar en función de la edad, las condiciones clínicas

de la paciente y su perspectiva de vida sexual activa en el futuro.

Las cirugías obliterativas tienen como objetivo tratar el prolapso a través de la oclusión parcial o total de la vagina. Dependiendo de la exéresis o no del tejido vaginal son denominadas colpectomías o colpocléisis, respectivamente. Presentan un bajo índice de recidiva y complicaciones, y sin embargo, imposibilitan la actividad sexual futura, motivo por el que se indican dichos procedimientos predominantemente en las mujeres más ancianas y con peores condiciones clínicas (Ver Imagen 1 A-D).





Imagen 1 (A-D). Colpocleisis según técnica de Lê Fort. (A) Exéresis de la pared vaginal posterior. (B) Exéresis de la pared vaginal anterior. (C) Invaginación del cuello uterino a través de la sutura de la pared vaginal anterior con la posterior. (D) Aspecto final. En esta técnica permanecen canales laterales que permiten la toma de material para citología oncológica del cuello uterino.

Los **procedimientos reconstructivos** tienen como objetivo mantener la longitud, el diámetro y el eje vaginal fisiológicos, a fin de preservar las funciones sexual, urinaria e intestinal. Los recientes avances en la comprensión de la estática y la anatomía del suelo pélvico femenino produjeron la introducción del concepto del abordaje quirúrgico sitio-específico de los defectos responsables del prolapso genital. La necesidad de la corrección simultánea de todos los defectos tiene como objetivo el mejor resultado anátomo-funcional posible, exige del cirujano pélvico el conocimiento de varias técnicas quirúrgicas, y la decisión final sobre la conducta tomada es en muchas ocasiones posterior a la disección intraoperatoria. De esta forma, se concluye que la combinación de técnicas quirúrgicas diferentes se realiza con frecuencia, especialmente en los prolapsos acentuados.

Diversas técnicas reconstructivas han sido descritas, asociadas con varias tasas de cura y relacionadas con riesgos específicos de complicaciones. De forma semejante a las de las hernias de la pared abdominal, existe consenso acerca de la deficiencia del tejido conjuntivo como factor preponderante de la génesis primaria y de la recidiva posoperatoria de los prolapsos urogenitales. Tal factor tiene determinado el empleo creciente de las prótesis, de origen sintético o biológico, en detrimento de las técnicas convencionales, basadas exclusivamente en la corrección por medio de las suturas. El empleo de prótesis permite, todavía, mayor estandarización de los procedimientos y disminución del tiempo quirúrgico y de recuperación posoperatoria, haciendo posible el

regreso precoz de la paciente a sus actividades habituales. Sin embargo, las implicaciones del empleo de las prótesis para la reconstrucción del suelo pélvico todavía no se encuentran definitivamente establecidas, particularmente sus interacciones a largo plazo con la vejiga y el recto, así como sus posibles consecuencias sobre la función sexual. Por lo anterior, su empleo es reservado a las pacientes con prolapsos acentuados y con significativo compromiso tisular, en los que, cualquier técnica basada exclusivamente en suturas de las estructuras lesionadas resulta en elevados índices de recidiva.

PROLAPSO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR

Se considera actualmente que los prolapsos de la pared vaginal anterior pueden ser provocados por tres defectos diferentes, que pueden surgir de forma combinada: defecto pericervical, lateral y central.

La importancia de la desinserción de la fascia véscico-vaginal del anillo pericervical estuvo subvalorada durante varios años. Actualmente, sin embargo, es considerada como altamente prevalente en los prolapsos vaginales anteriores. Es tratada por medio de sutura de la fascia en el anillo pericervical, asociada generalmente con colporrafia anterior o implante de prótesis (Ver Imágenes 2 y 3).

Cuando en la rotura de la fascia véscico-vaginal del arco tendinoso, ya sea unilateral o bilateralmente, se verifica desaparición de los surcos laterales de la pared vaginal

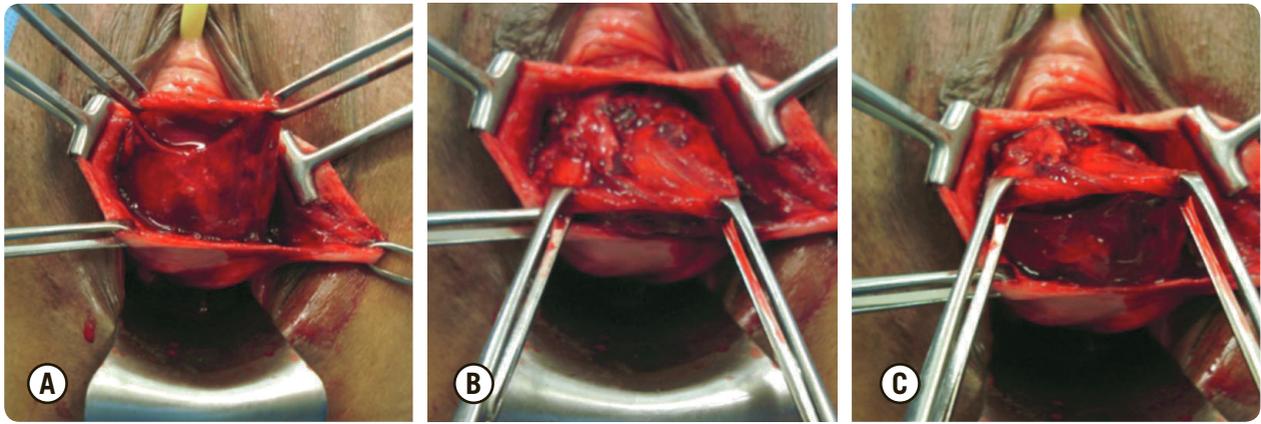


Imagen 2 (A-C). (A, B y C). Paciente con cistocele por defecto pericervical. Observar la fascia pubocervical disecada (reparada con Allis) y desinsertada de la cara anterior del cuello uterino.

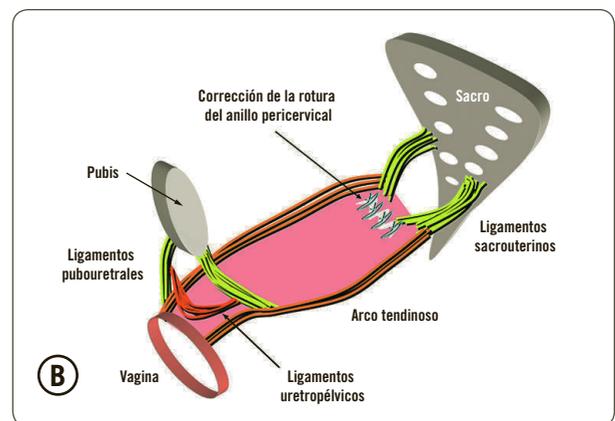
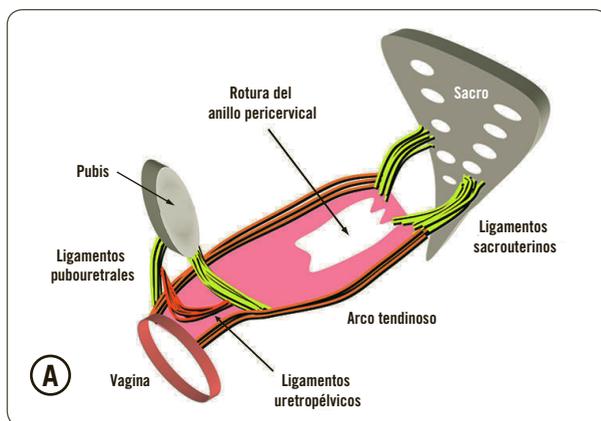


Imagen 3 (A-B). (A) Representación de la rotura de la inserción de la fascia pubocervical en la cara anterior del anillo pericervical. (B) Representación de la corrección quirúrgica.

anterior, y su tratamiento es realizado a través de la aplicación de suturas en el borde lateral de la fascia desinsertada, se afecta al arco tendinoso de la fascia pélvica (Ver Imagen 4).

La plicatura central de la fascia pubocervical es empleada, generalmente, de forma asociada a las correcciones descritas anteriormente, cuando existe adelgazamiento central de la fascia (Ver Imagen 5).

De forma alternativa, se puede optar por el empleo de prótesis, para lo que se debe considerar, preponderantemente, la gravedad del prolapso y las condiciones tróficas locales de las estructuras anatómicas.

PROLAPSO APICAL (ÚTERO O CÚPULA VAGINAL)

En condiciones normales, y con la paciente en posición ortostática, el tercio superior de la vagina se encuentra en posición horizontal, reposando sobre la musculatura del diafragma pélvico. El ápice de la vagina es mantenido en esta posición por los ligamentos cardinales y sacrouterinos. Sin embargo, en la corrección de las distopías se debe buscar reposicionar la vagina lo más próximo posible a su posición original, sea usando los ligamentos naturales de suspensión vaginal (cardinales y sacrouterinos) o empleando otros puntos de suspensión (tales como el ligamento sacroespinal o la fascia del músculo íleooccígeo) o, también, buscando la creación de neoligamentos por medio de prótesis. Las principales

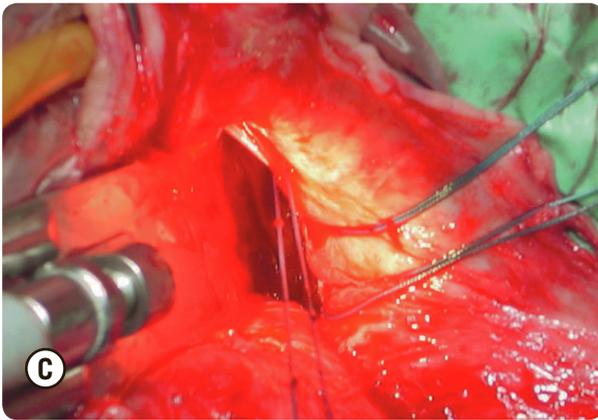
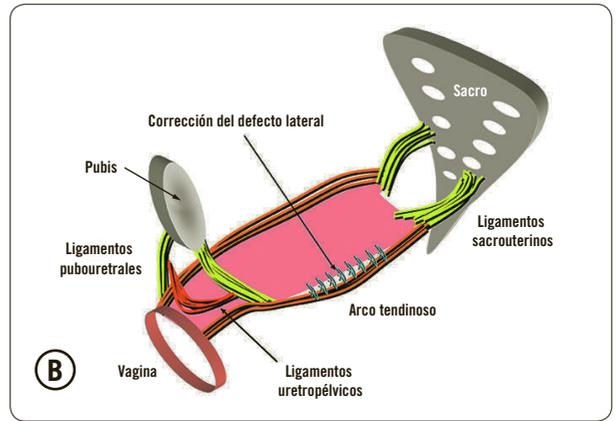
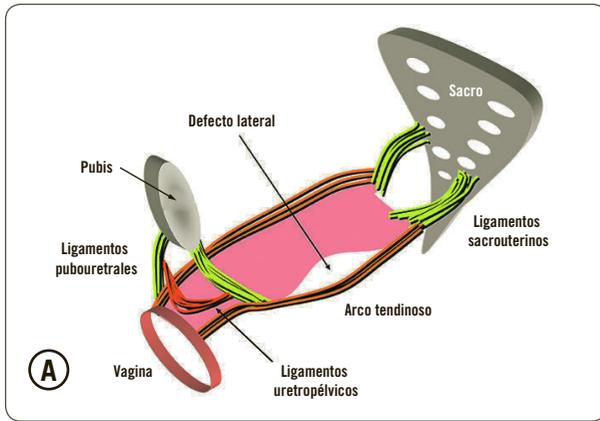


Imagen 4 (A-C). (A) Representación de la rotura de la inserción de la fascia pubocervical en el arco tendinoso de la fascia pélvica. (B) Representación de la corrección quirúrgica. (C) Aspecto intraoperatorio de la aplicación de los puntos en el arco tendinoso.

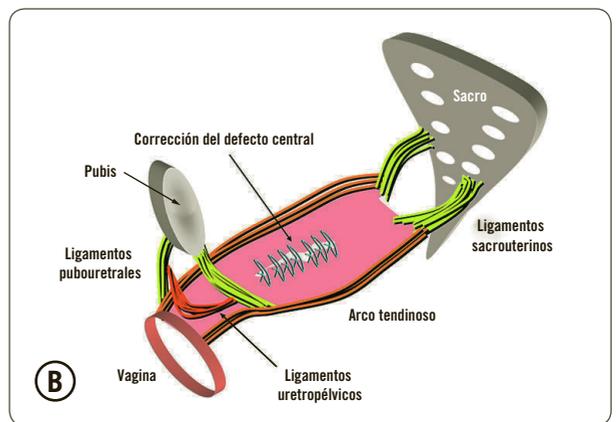
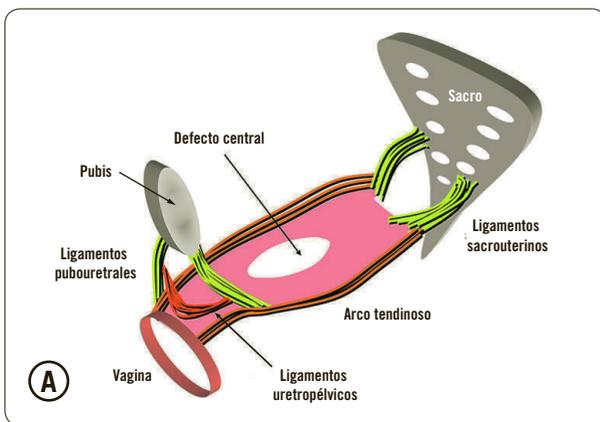


Imagen 5 (A-B). (A) Representación de la rotura central de la fascia pubocervical. (B) Representación de la corrección quirúrgica.

cirugías para la corrección de los prolapsos apicales son las siguientes:

- ♦ *Promontofijación de la cúpula vaginal:* Consiste en fijar el ápice vaginal o el cuello del útero en el promontorio sacro, generalmente con la interposición de malla de material sintético. El procedimiento puede ser efectuado de forma convencional y, más recientemente, por vía laparoscópica. Se trata de una técnica muy difundida y adecuadamente estandarizada, con un elevado índice de éxito, además de preservar parcialmente el eje vaginal. Presenta como desventaja la necesidad eventual de acceso combinado por vía vaginal para corrección de otros defectos asociados.

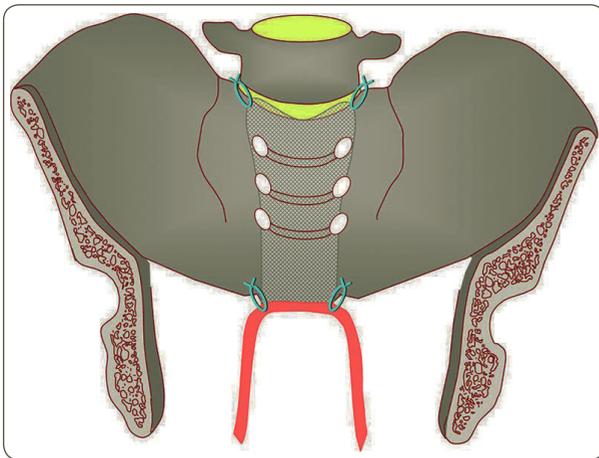


Imagen 6. Representación esquemática de promontofijación de la cúpula vaginal. Se emplea malla sintética o injerto de material biológico para fijación de la cúpula vaginal al promontorio sacro.

- ♦ *Fijación de la cúpula al ligamento sacroespinal:* Es la cirugía más frecuentemente utilizada en el tratamiento del prolapso apical, manteniendo el eje vaginal próximo al fisiológico, sin embargo, dislocado lateralmente, con alta tasa de cura. Generalmente se utiliza el ligamento sacroespinal derecho, no siendo necesaria la fijación bilateral. Presenta como riesgo principal la posibilidad de lesión inadvertida de los vasos o nervio pudiendo interno durante la aplicación de las suturas, con sangrado o dolor persistente en la nalga.
- ♦ *Colpopexia transcoccígea:* Se basa en el empleo de prótesis de polipropileno en forma de cinturón, que son aplicadas bilateralmente a través de punciones

cutáneas en la fosa isquiorrectal y fijadas en la cúpula vaginal a nivel de los ligamentos sacroespinales. Tiene como objetivo reproducir la fijación natural conferida por los ligamentos sacrouterinos. Este procedimiento fue descrito recientemente, y presenta como ventaja la facilidad técnica, así como la posibilidad de mantener el eje vaginal fisiológico. Puede ser empleada en conjunto con mallas para corrección de rectoceles y enteroceles.

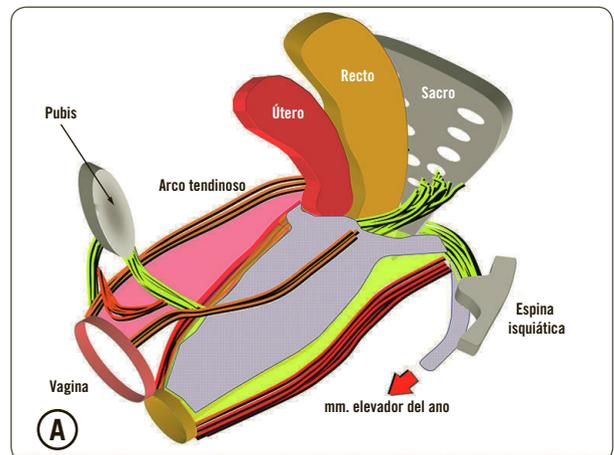


Imagen 7 (A-B). Colpopexia transcoccígea. (A) Representación esquemática. Observar que las hastas de la prótesis son ancladas en los ligamentos sacroespinales. (B) Tomografía tridimensional en perfil evidenciando la prótesis radiopaca (en blanco) al frente del recto. Observar las hastas que sustituyen la función de los ligamentos sacrouterinos.

CORRECCIÓN DE LOS PROLAPSOS DE LA PARED POSTERIOR

El septo rectovaginal se condensa alrededor del cérvix uterino, posteriormente, en conjunto con los ligamentos sacrouterinos, cardinal y fascia endopélvica, formando una estructura denominada anillo pericervical. A partir del anillo pericervical, el septo rectovaginal se extiende en dirección al cuerpo perineal. Lesiones en esta estructura conducen a la formación de rectocele y/o enterocele.

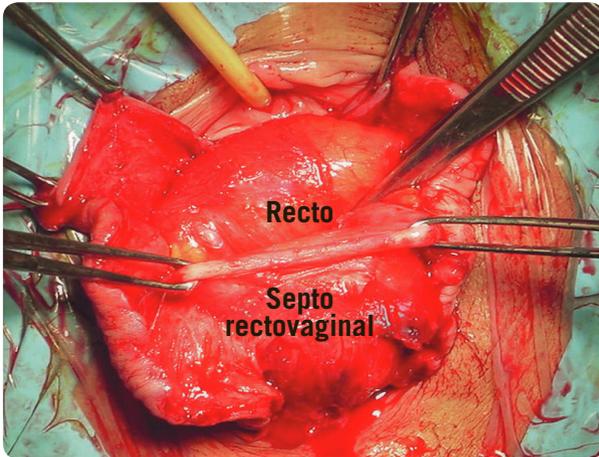


Imagen 8. Diseción intraoperatoria evidenciando la transición entre el recto y el septo rectovaginal roto.

Durante varios años, la miorrafia de los elevadores del ano fue la técnica más empleada para su corrección. Se asocia con un largo período de recuperación posoperatorio, en virtud del dolor resultante de la plicatura antianatómica de la musculatura elevadora del ano anteriormente al recto. Se trata de una técnica no fisiológica, pues la musculatura elevadora del ano no se localiza anteriormente al recto en mujeres en condiciones normales, además de asociarse con un elevado índice de recidiva, encontrándose actualmente en desuso.

La desinserción del septo rectovaginal del anillo pericervical, por lo general, ocurre posterior a partos vaginales en los cuales la insinuación del occipucio fetal se dirige posteriormente a la pelvis (ejemplo: insinuación occipito-sacra). La desinserción del septo rectovaginal puede conducir a la formación de enterocele y rectocele proximal y es considerado, actualmente, como el principal determinante fisiopatológico de los defectos posteriores y apicales de la vagina. En la reconstrucción del anillo pericervical, la pared vaginal

posterior es disecada, desde el introito vaginal hasta el fondo del saco vaginal posterior, procurando identificar el septo rectovaginal desinsertado, que generalmente se encuentra retraído en el tercio distal de la vagina. Inmediatamente, el septo es suturado a los ligamentos sacrouterinos y a la cara posterior del cuello uterino, reconstituyéndose el anillo pericervical.

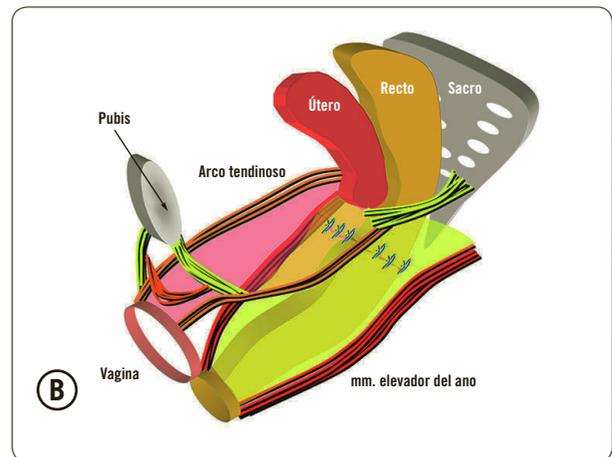
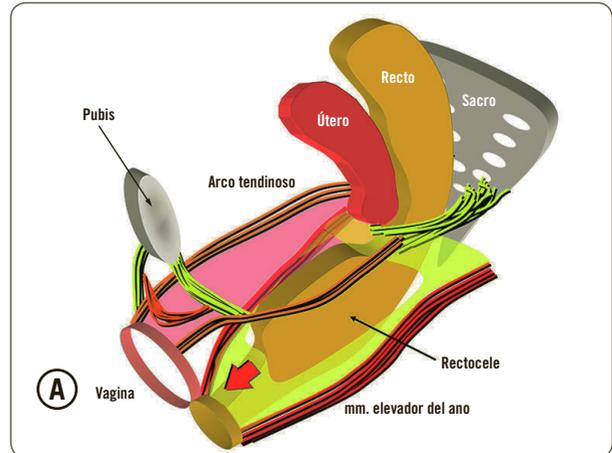


Imagen 9 (A-B). (A) Representación esquemática del rectocele por rotura de la inserción del septo rectovaginal del anillo pericervical y su corrección (B).

En los grandes prolapsos, en los cuales las condiciones del septo rectovaginal son desfavorables, pueden ser empleadas prótesis para la reconstrucción de la pared vaginal posterior, tales como la técnica de colpoxia transcoccígea ya descrita, utilizándose prótesis ancladas bilateralmente a los ligamentos sacroespinales y que presentan prolongaciones que son aplicadas por sobre el recto y fijadas en el septo rectovaginal a nivel del introito vaginal. Pese a su empleo restringido, la posibilidad de corrección combinada del defecto apical y posterior

convierte a esta técnica en un procedimiento interesante, particularmente en los casos de prolapsos acentuados.

Se debe considerar que, generalmente, los defectos de la pared vaginal posterior se asocian con grados variables de rotura del cuerpo perineal. Su lesión se manifiesta por el adelgazamiento del conjunto muscular entre la vagina y el ano. Su reconstrucción es realizada por medio de suturas en el septo rectovaginal distal y los músculos bulbocavernosos. Las roturas perineales pueden provocar la formación de rectocele distal (que disecan la región perineal). La perineorrafia con reconstrucción del cuerpo perineal, englobando el septo rectovaginal corrige esta distopía y restituye el introito vaginal a sus dimensiones normales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, y cols. The standardization of terminology of female pelvic organ and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul; 175 (1): 10-7.
2. Castro EB, Palma PCR, Herrmann V, y cols. Aspectos atuais no tratamento do prolapso de cúpula vaginal. *Femina.* 2005; 33: 187-92.
3. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol.* 2004 Mar; 47 (1): 3-17.
4. Palma PCR, Netto JR, NR. *Uroginecologia Ilustrada.* Primera edición. San Pablo, 2005.