

EDITORIAL

Programa de cirugía vaginal clásica estandarizada

El importante avance en los conocimientos científicos de la medicina de la mujer también ha alcanzado el campo del prolapso de órganos pélvicos (POP), patología ligada, en su mayor parte, a la calidad de vida de las mujeres. La introducción de las mallas vaginales, a principio del siglo XXI, con todos sus aciertos y errores, ha sido uno de los factores que ha impulsado y puesto en valor la necesidad de recuperar la cirugía vaginal clásica de forma actualizada, por lo que se puede hablar de una nueva cirugía vaginal clásica del suelo pélvico posterior a la era de las mallas vaginales¹.

La Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) presentó en el VII Congreso Nacional de Suelo Pélvico de Bilbao, en 2013, una propuesta de Programa de Formación en Cirugía Vaginal Clásica Estandarizada de acceso en la web de la SEGO, cuyo contenido se incluye como una monografía en este suplemento del volumen 12 de la *Revista Española sobre Medicina del Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva*. Este programa va dirigido a los residentes y especialistas que deseen aprender las técnicas vaginales de cirugía del POP, o mejorar y someter a reflexión sus propias técnicas.

Los objetivos de este programa formativo son: ofrecer la terminología anatómica y las definiciones adaptadas a los estándares internacionales actuales; proporcionar material de anatomía quirúrgica de la pelvis actualizado; describir las técnicas quirúrgicas estandarizadas por compartimentos de la pelvis y niveles de soporte de la vagina, del útero y del periné, utilizando las referencias anatómicas de los tejidos propios de la paciente (*landmarks*), y visualizar las videograbaciones tutoriales de estas técnicas realizadas por miembros expertos de la sección, accediendo como socio de la Sección de Suelo Pélvico (<http://seccionessego.es/?section=3&cat=13>).

Se describen las técnicas de cirugía vaginal reconstructiva y obliterativa. El avance en el conocimiento de la anatomía pélvica mediante estudios anatómicos de cadáver y de sus tejidos, de técnicas de imagen, sobre todo de la resonancia magnética y también de la ecografía 2D y 3D, ha permitido clarificar y modificar los términos históricamente confusos mejorando la terminología, los conceptos y las definiciones y, por ende, la técnica quirúrgica. Esta nueva terminología se recoge en un glosario.

La adquisición de una adecuada técnica quirúrgica vaginal se basa en un profundo conocimiento de la anatomía pélvica; ésta se describe de forma rigurosa en un magnífico capítulo del programa. En 1991, DeLancey² inició una serie de estudios en cadáveres de mujeres en los que se describe el soporte de la vagina, el útero, la uretra, el compartimento posterior y la membrana perineal y cuerpo perineal, que suponen una de las mayores aportaciones en el conocimiento de la anatomía pélvica quirúrgica femenina y constituyen los pilares de la estandarización de nuestro programa.

La efectividad de la cirugía depende de diferentes factores: el primero y muy importante es la competencia del cirujano; también influyen la complejidad del prolapso, la técnica quirúrgica y la metodología de los estudios.

La cirugía clásica tiene como fundamento reconstruir los tejidos propios de las paredes vaginales, deterioradas por la distensión y/o la lesión en su estructura o en sus elementos de fijación a la pared pélvica, la mayoría de las veces durante los partos vaginales, sobre una base genética o no de la paciente. La reparación clásica vigente de estos defectos vaginales se realiza mediante el fruncimiento central de la capa muscular vaginal, una vez separada la mucosa y la fijación de la cúpula vaginal a las estructuras más pertinentes según los defectos, como son los ligamentos paracervicales (uterosacros y cardinales), los arcos tendinosos de la fascia pélvica (ATFP), las fascias del elevador del ano y los ligamentos sacroespinosos, así como restablecer la continuidad de los niveles de soporte.

Las ventajas de la cirugía vaginal clásica son consistentes, ya que es una técnica segura y coste-efectiva, tiene pocas complicaciones, la mayoría se ubican en la escala DINDO I y II, y admite convertir muchos de sus procedimientos en cirugía mayor ambulatoria reduciendo aún más sus costes, lo que la sitúa en la línea estratégica de la actividad asistencial sostenible para el futuro. Recientemente se ha demostrado que la cirugía vaginal clásica reduce el riesgo de incontinencia urinaria *de novo* (RR: 0,64; IC 95%, 0,42-0,97) frente a la malla.

Sus limitaciones son también palpables: falta de estandarización de las técnicas y de la terminología («cada cirujano aplica la suya»), lo que conlleva una elevada probabilidad de no identificar bien las estructuras anatómicas de referencia; alto número de recurrencias anatómicas y reoperaciones; las descripciones de las técnicas clásicas en los tratados quirúrgicos se basan en la experiencia individual de los cirujanos, más que en la evidencia científica, perpetuándose los errores. Hay que señalar que el primer estudio aleatorizado que comparaba tres técnicas quirúrgicas en el compartimento anterior se publicó en 2001, a cargo de Weber et al.³.

El compartimento anterior es el que resulta más afectado por la prevalencia y la recurrencia del POP, hecho que se puede explicar porque los defectos del compartimento anterior se acompañan de defectos del compartimento medio en la mayoría de casos; hay evidencia de que el POP anterior se correlaciona con la pérdida de soporte apical ($r=0,73$)⁴. Además, la tecnología moderna que utiliza modelos biomecánicos ha permitido demostrar, con un nivel de evidencia II-2, que el soporte apical del compartimento anterior depende de los ligamentos cardinales y uterosacros⁴. Recordemos que la colpografía anterior tradicional no refuerza la sujeción vaginal apical. Nuestra técnica estandarizada fija la pared anterior al complejo uterosacro-cardinal, una vez realizada la reparación anterior, subsanando este error.

La definición actual de curación del POP se basa en una combinación de parámetros objetivos y subjetivos y en el número de reoperaciones⁵, y se admite que los descensos asintomáticos situados alrededor de 1 cm del himen no se consideran fracasos de la cirugía. Aplicando esta nueva definición a estudios aleatorizados realizados en la primera década del siglo XXI, que comparaban la colpografía con la malla anterior, se comprobó que la malla conllevaba mejores resultados anatómicos, pero no mejores resultados subjetivos, y un mayor número de reoperaciones¹. Por tanto, la tasa de curaciones con la cirugía vaginal clásica puede ser mayor de lo que se esperaba con la cirugía tradicional, manteniendo su fortaleza frente a la malla como alternativa. Todo ello ha de ser comparado con la paciente y sometido a un balance riesgo-beneficio cuando se decide que el tratamiento del POP es la cirugía.

En esta monografía se describen las técnicas tradicionales de la cirugía obliterativa del POP y se introduce el concepto de colpocleisis parcial, que resulta muy resolutivo en mujeres mayores que solicitan una cirugía del POP más definitiva y acorde con su actividad sexual. No se describe la histeropexia vaginal, ya que consideramos que existe controversia al respecto, tanto por lo que atañe a la conservación del útero como por la elección de la vía quirúrgica, teniendo en cuenta que se trata de una cirugía de prolapso. La sacrocolpopexia tampoco se trata en este volumen, aunque consideramos que es un procedimiento clásico llevado a cabo por vía abdominal.

Como resumen podemos decir que el análisis de las ventajas y limitaciones de la cirugía vaginal clásica indica que ésta sigue siendo la mejor opción para el tratamiento primario del POP en la mujer. El Programa de Cirugía Vaginal Clásica Estandarizada ofrece un sistema de adquisición de conocimientos y habilidades adaptado al estado actual de los conocimientos científicos y enfocado a mejorar los resultados de las técnicas. Agradecemos a la SEGO el apoyo recibido para la realización de las videograbaciones y la posibilidad de ofrecerlo a sus socios en su web, por su alcance e impacto docente. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee U, Wolff EM, Kobashi KC. Native tissue repairs in anterior vaginal prolapse surgery: examinig definitions of surgical success in the mesh era. *Curr Opin Urol.* 2012; 22: 265-270.
2. DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 166: 1.717-1.728.
3. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185: 1.299-1.304.
4. Chen LC, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JOL. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol.* 2006; 108: 324-332.
5. Barber MD, Burbaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(3): 600-609.

Los contenidos de esta monografía se han consensuado entre los miembros de la Junta Directiva de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO (2008-2016):

Presidenta: Montserrat España Pons

Secretario: Manuel Fillol Crespo

Tesorera: María Antonia Pascual Amorós

Vocales:

Manuel Carmona Salgado

Juan Fernando Cerezuela Requena

Pilar Miranda Serrano

Eloy Moral Santamaría

Francisco Muñoz Garrido