

Cirugía reconstructiva con tejidos propios del compartimento posterior: reparación vaginal posterior

Anatomía quirúrgica del compartimento posterior

El compartimento posterior de la pelvis se distribuye en tres niveles de soporte anatómico, según DeLancey. Desde la parte posterior a la parte anterior, encontramos los niveles I, II y III.

La cara posterior de la vagina está muy adelgazada en los niveles I y II, en donde es prácticamente imposible separar la *muscularis* de la mucosa. Al disecar la vagina en el nivel I nos encontraremos el saco de Douglas, y en el nivel II el espacio rectovaginal. En el nivel III, la *muscularis* está desarrollada, por lo que se denomina tabique rectovaginal.

El nivel I se extiende desde el fondo de saco vaginal posterior hasta el borde superior del espacio rectovaginal. Las estructuras de soporte de la vagina, con útero, son los ligamentos uterosacros y cardinales; y sin útero, los paracolpios, que constituyen la continuación de los ligamentos cardinales a la vagina.

El nivel II corresponde al espacio rectovaginal. Su límite posterior es la parte más declive del fondo Douglas y su límite anterior es el borde superior del tabique rectovaginal. Las estructuras de soporte lateral son los paracolpios, que se anclan en el arco tendinoso rectovaginal.

El nivel III es el tercio inferior de la vagina y el cuerpo perineal. La capa *muscularis* engrosada forma el tabique rectovaginal, donde se localiza la angulación de la unión anorrectal condicionada por el asa del músculo puborrectal. En el nivel III se insertan los músculos del periné: bulbocavernoso, transverso superficial y la membrana perineal (también denominada «músculo transverso profundo»). El músculo bulbocavernoso no ejerce función de soporte, aunque tiene un papel destacado en la función sexual. Lateralmente, el tabique rectovaginal se fusiona con la fascia del músculo pubococcígeo del elevador del ano, que forma el hiato urogenital. Por la parte posterior se une al esfínter del ano.

Defectos por niveles afectados

- Defecto de nivel III con prolapso de la pared vaginal posterior con periné íntegro y hiato normal. Podemos encontrar un rectocele, por debilidad o roturas de la *muscularis*. El objetivo es corregir el rectocele y restablecer la continuidad del nivel III.

- Defecto de nivel III con prolapso de la pared vaginal posterior, dehiscencia perineal e hiato urogenital aumentado. Puede aparecer un rectocele perineal bajo, una dehiscencia de los músculos transversos superficiales o una discontinuidad de la membrana y cuerpo perineal, con debilidad del músculo pubococcígeo. Los objetivos son corregir el rectocele, reconstruir el cuerpo perineal y restablecer la continuidad del nivel III.
- Defecto de nivel II con prolapso de la pared vaginal posterior. Se suele encontrar un rectocele alto. Los objetivos son la corrección del rectocele y restablecer la continuidad del nivel III.
- Defecto de nivel I con prolapso de la pared vaginal posterior. Corresponde al enterocele. Se observa una hernia del peritoneo del saco de Douglas hacia la vagina posterior. Los objetivos son la extirpación o la reducción del saco herniario, la reconstrucción anatómica y la fijación vaginal y restablecer la continuidad de niveles de soporte.

Cabe señalar que estos defectos se pueden asociar a defectos del compartimento anterior y medio.

Técnica quirúrgica estandarizada en el compartimento posterior

Denominación

Reparación vaginal posterior.

Objetivo

Reconstrucción anatómica de la pared vaginal posterior.

Estructuras clave

Ligamento uterosacro, ligamento cardinal, paracolpio, pilar rectal, fondo de saco vaginal posterior, fondo de saco de Douglas, espacio rectovaginal, tabique rectovaginal, músculo pubococcígeo, músculo elevador del ano, arco tendinoso elevador del ano, arco tendinoso rectovaginal, músculo transverso superficial, músculo bulbocavernoso, membrana perineal (también denominada músculo transverso profundo) y cuerpo perineal.

Procedimiento clásico

Colpoplastia o colporrafia posterior. Plastia posterior. Miorrafia de elevadores.

Alcance

Niveles I, II y III.

Técnica

- Infiltración opcional con solución vasoconstrictora.
- Incisión transversa de la mucosa, paralela al himen, de 3-4 cm (en el nivel III), y otra longitudinal de la pared posterior desde el himen hasta sobrepasar el defecto.
- Disección cortante de la mucosa vaginal del resto de la pared posterior a lo largo del defecto. Se debe tener precaución con el uso del electrobisturí, por la proximidad del recto. Todas las suturas se realizan con material reabsorbible.
- En el nivel I se disecciona todo el fondo de saco posterior, identificando los ligamentos paracervicales (uterosacros y cardinales), que se suturan a la pared vaginal. En caso de que no se identifiquen, como ocurre tras la histerectomía, se fruncen los paracolpos. En los niveles I y II es muy difícil la disección de la mucosa y la *muscularis*, debido a su adelgazamiento, por lo que se suele realizar una disección vaginal en todo su espesor.
- En el nivel II se entra en el espacio rectovaginal. Se identificarán los paracolpos y los pilares rectales, llegando la disección hasta el borde del nivel III (tabique rectovaginal). Se disecciona lateralmente hasta los surcos vaginales posteriores para identificar un posible defecto lateral, por un fallo del anclaje del paracolpo en el arco tendinoso rectovaginal, en cuyo caso se debe reparar, cerrando el espacio rectovaginal.

- En el nivel III se disecciona la mucosa del tabique rectovaginal (*muscularis* engrosada) hasta identificar lateralmente el músculo pubococcígeo del elevador del ano. A este nivel se insertan los músculos perineales: bulbocavernoso, transverso superficial y membrana perineal (también denominada músculo transverso profundo). Todo ello compone el cuerpo perineal. Se identifican, por tacto rectal, los defectos aislados y se suturan de forma individual. Se realiza un fruncimiento central de la *muscularis* (tabique rectovaginal) con puntos continuos o discontinuos, en varias capas.
- Recorte longitudinal de la mucosa vaginal sobrante por niveles de soporte y cierre continuo o discontinuo con suturas reabsorbibles. Se debe evitar la estenosis vaginal de los niveles II y III, permitiendo el paso de 2-3 dedos. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Culligan PJ. Surgical repair of the posterior compartment. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48(3): 704-712.
- DeLancey JOL. Posterior vaginal wall repair of defects. En: Benson JT, ed. Atlas clinical gynecology. Urogynecology and reconstructive surgery. Filadelfia: McGraw-Hill, 2000; 9.19-9.24.
- Muir TW. Surgical treatment of rectocele and perineal defects. En: Walters MD, Karram MM, eds. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery, 4.ª ed. Filadelfia: Elsevier Saunders, 2015; 342-359.
- Park AJ, Muir TW, Paraiso MF. Surgical management of posterior vaginal defects. UpToDate. 2015; 1-20. Walters Kluwer. Section Editor: Linda Brubaker [consultado el 18 de agosto de 2015]. Disponible en: www.uptodate.com