

Técnica quirúrgica estandarizada en la cirugía reconstructiva y preventiva de los defectos del compartimento medio: histerectomía vaginal y plastias vaginales

La histerectomía vaginal en sí no es un procedimiento quirúrgico para la corrección del prolapso, si bien en la mayoría de las cirugías clásicas del prolapso que afecta al compartimento medio, con útero presente, suele ser el primer paso para poder realizar una adecuada suspensión de la cúpula vaginal al complejo uterosacro-cardinal (culdoplastia de McCall) o, en casos de prolapso de mayor grado, al ligamento sacroespinoso (fijación al ligamento sacroespinoso o técnica de Richter).

Denominación

Histerectomía vaginal, fijación de la cúpula y/o reparación anterior y/o posterior.

Objetivo

Extirpación del útero por vía vaginal, por prolapso genital (como primer paso para realizar una colpopexia) y fijación de la vagina.

Estructuras clave

Ligamento uterosacro, ligamento cardinal, paracolpio, fondo de saco vaginal posterior, fondo de saco peritoneal posterior de Douglas, fondo de saco vaginal anterior, plica vesicouterina, pilares de la vejiga, espacio vesicouterino, septo supravaginal, vasos uterinos, uréteres.

Procedimiento clásico en la cirugía del prolapso uterino

Histerectomía vaginal seguida de una culdoplastia y fijación vaginal al paracérvix (complejo uterosacro-cardinal: ligamento uterosacro y ligamento cardinal), denominada culdoplastia de McCall. Puede asociarse a una colpoplastia anterior de vagina y/o una colpoplastia posterior de vagina, si estos compartimentos también se encuentran afectados.

Alcance

Nivel I (nivel I de DeLancey).

Técnica

- Al inicio de la histerectomía vaginal se deben localizar la reflexión de la base de la vejiga y la reflexión del fondo de saco peritoneal posterior de Douglas para decidir dónde se realizan las incisiones sobre la vagina. Se identifican mediante una maniobra de tracción-reposición del cérvix uterino con pinzas de garfios (pinzas de Pozzi).
- La intervención comienza realizándose una incisión anterior y posterior sobre la vagina, o circunferencial alrededor del cérvix uterino, que permita acceder a esas estructuras; es prioritario mantener una longitud vaginal suficiente al final de la cirugía (lo que implica, a veces, unas incisiones más alejadas del septo supravaginal y del fondo de saco de Douglas, así como una mayor dificultad técnica).
- Localizar y seccionar el septo supravaginal, para acceder al tejido laxo vesicouterino y alcanzar la plica vesicouterina. Localizar y seccionar los pilares de la vejiga.
- Localizar y seccionar el fondo de saco peritoneal posterior de Douglas.
- En este momento es prioritario colocar una valva de bayoneta (valva de Breisky o similar) en el espacio vesicouterino, para elevar la vejiga y desplazar proximal y lateralmente los uréteres, y minimizar el riesgo de lesión de los mismos. Dicha valva se mantendrá en esa localización durante el resto de la cirugía.
- Cortar, suturar y referenciar ambos ligamentos uterosacros. Es conveniente realizar una sección alta de dichos ligamentos, en el caso de que estén elongados, para acortar su longitud; con la finalidad de conseguir que la sujeción posterior de la vagina sea lo más elevada posible.
- Posteriormente se cortan y suturan ambos ligamentos cardinales, uniéndolos al ligamento uterosacro, previamente referenciado en ambos lados. Se puede realizar la sección de los uterosacros y cardinales en un solo tiempo quirúrgico. De esta forma los ligamentos uterosacros y cardinales se mantienen como el complejo uterosacro-cardinal.
- Sección y ligadura de los vasos uterinos, aprovechando la tracción cervical con pinza de Pozzi y la retracción vesical (y desplazamiento de los uréteres) con la valva de Breisky.
- Localización y sección del peritoneo de la plica vesicouterina y reposición de la valva de Breisky intraperitoneal, elevando la vejiga.

- Opcional volteo del fondo uterino (anterior o posterior) y sección y ligadura de los vasos uteroováricos, el resto del ligamento ancho, las trompas y los ligamentos redondos, en uno o varios pasos. Se dejan referenciados los ligamentos redondos para poder comprobar la hemostasia de los pedículos. En caso de tener que realizar una anexectomía por vía vaginal, es conveniente llevar a cabo primero el pinzamiento y la sección del ligamento redondo, separado del resto de estructuras, con la finalidad de facilitar el descenso del ovario y la trompa.
- Tras finalizar la histerectomía vaginal, se realiza una culdoplastia de McCall, para restablecer el nivel I de DeLancey.
- La culdoplastia de McCall es la genuina cirugía del prolapso genital apical tras la histerectomía, y es de obligada realización (salvo que no se disponga de ligamentos uterosacros viables y se decida otra forma de fijación vaginal, como la fijación sacroespínosa o la técnica de Richter). Proponemos dos opciones de culdoplastia:

1. Se inicia una peritonización alta, mediante una sutura en bolsa de tabaco. Posteriormente se recorta un triángulo del peritoneo posterior, que ha quedado extraperitoneal (distal a la sutura previa del peritoneo). Se da un primer punto desde la parte proximal del ligamento uterosacro, que pasa por la superficie cruenta posterior (el lugar donde se ha recortado el peritoneo), hasta la parte proximal del ligamento uterosacro contralateral, dejándolo referenciado. Se repite la maniobra con 1 o 2 puntos más distales, de forma que se abarque toda la longitud de los ligamentos uterosacros. Se anuda y corta el punto más distal, luego el intermedio y, finalmente, con el primer punto proximal se realiza una sutura continua de todo el borde vaginal posterior, se anuda y se corta. Se dejan referenciadas las suturas de los ligamentos uterosacros, que tras el anudado de los 3 puntos de la culdoplastia se encuentran en la línea media. En caso de que exista mucha vagina redundante, se debe extirpar un triángulo de la pared posterior junto al peritoneo, y se realiza el mismo proceso. A esta técnica se la denomina «culdoplastia de McCall modificada».

2. La segunda opción es que los 3 puntos aplicados en los ligamentos uterosacros sean transfixiantes desde la vagina, comenzando cada punto desde la parte externa de la mucosa vaginal hasta el peritoneo, pasando por el ligamento uterosacro de uno y otro lado y volviendo a la vagina desde el peritoneo (los puntos transfixiantes quedan en la vagina como a la altura de las 5 y 7 horarias).

En este momento, si existe un prolapso del compartimento anterior y/o posterior, se realiza la colpoplastia anterior y/o posterior con una técnica estandarizada.

- Tras finalizar la colpoplastia anterior, se deben aplicar 2 puntos con las suturas fijadas en ambos complejos uterosacro-cardinal, un punto con cada sutura, hasta la zona más proximal de la *muscularis* vaginal anterior ipsolateral; después se anudan y se cortan. De esta manera, estamos fusionando los niveles I y II de DeLancey, y minimizando el riesgo de aparición o recidiva de un prolapso del compartimento anterior.
- Si no se ha realizado una colpoplastia anterior, se procede a la fijación a la *muscularis* de igual forma, y posteriormente al cierre de la mucosa vaginal.
- Todo el material de sutura empleado es reabsorbible.

Puntos clave de la cirugía

- Localización de la base de la vejiga y de la reflexión que el fondo de saco peritoneal de Douglas realiza sobre la vagina.
- Elección de la zona de sección vaginal.
- Localización y sección del septo supravaginal y los pilares de la vejiga.
- Localización y sección del peritoneo del fondo de saco de Douglas.
- Colocación y mantenimiento de la valva de Breisky en el espacio vesicovaginal.
- Localización, sección y referencia de los ligamentos uterosacros y cardinales.
- Localización y sección de los vasos uterinos.
- Peritonización alta.
- Resección del triángulo peritoneal posterior, y de la vagina si fuera redundante.
- Fijación de la vagina al complejo uterosacro-cardinal (culdoplastia de McCall).
- Fijación del complejo uterosacro-cardinal a la *muscularis* de la pared anterior de la vagina. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Baggish M, Karram M. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery, 3.ª ed. St. Louis (Missouri): Elsevier Saunders, 2011.
- Jelovsek E, Brubaker L, Eckler K. Pelvic organ prolapse in women: choosing a primary surgical procedure. Uptodate. 2015.
- Kenton K, Brubaker L, Eckler K. Pelvic organ prolapse in women: surgical repair of apical prolapse (uterine or vaginal prolapse). Uptodate. 2015.
- Walters M, Karram M. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery, 3.ª ed. Filadelfia: Mosby Elsevier, 2007.