

## Fijación al ligamento sacroespinoso (técnica de Richter)

La técnica de la fijación al ligamento sacroespinoso se puede realizar de forma unilateral o bilateral. En la forma unilateral, suele ser de elección la parte derecha, por la facilidad de acceso. Con la técnica bilateral aseguramos una mayor fijación, y está indicada en las siguientes situaciones:

- Prolapsos uterinos de grado/estadio III o IV, en los que, tras la realización de la histerectomía vaginal, una suspensión de la cúpula vaginal con los ligamentos uterosacros y cardinales (culdoplastia de McCall) no proporciona una adecuada suspensión.
- Prolapso de cúpula vaginal tras una histerectomía previa.

### Denominación

Fijación al ligamento sacroespinoso bilateral (denominada técnica de Richter).

### Objetivo

Reconstrucción anatómica del compartimento medio ante un prolapso de la cúpula vaginal (que suele asociarse a un enterocele) o cuando, tras una histerectomía vaginal (con prolapso de III o IV grado/estadio), la cúpula vaginal con la fijación de los ligamentos uterosacros y cardinales queda cerca del himen.

### Estructuras clave

Ligamento sacroespinoso, espina ciática, nervio pudendo, arteria y vena pudenda, ligamento uterosacro, ligamento cardinal, paracolpio, fondo de saco vaginal posterior, fondo de saco peritoneal de Douglas, espacio pararrectal, recto y sigma.

### Procedimiento clásico

Fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso y reparación del enterocele, con posible colpoplastia anterior o posterior, según el defecto asociado.

### Alcance

Nivel I de DeLancey (prolapso de cúpula vaginal y enterocele).

Como este defecto se puede asociar al de otros compartimentos, puede alcanzar el nivel II (defectos de pared vagi-

nal anterior y posterior) y ocasionalmente el nivel III anterior (uretra y unión uretrovesical) y posterior (tabique rectovaginal y cuerpo perineal).

### Técnica

- Antes de iniciar la cirugía deben identificarse, mediante un tacto vaginal, ambas espinas ciáticas y ligamentos sacroespinosos. Es preciso reponer la vagina para identificar el lugar adecuado para la fijación.
- En caso de existencia de una vagina corta, que no alcanza al ligamento sacroespinoso, se puede realizar la fijación bilateral de la vagina a la fascia del músculo iliococígeo del músculo elevador del ano. En este caso, se realiza la cirugía con la misma técnica, pero por debajo de la espina ciática.
- Se inicia la cirugía con una opcional infiltración con solución vasoconstrictora.
- Se referencia, con un punto de seda, el lugar de la vagina que alcanza al ligamento sacroespinoso en cada lado, si es bilateral.
- Incisión transversa, en la cúpula vaginal, con separación de la vagina y el enterocele (sólo en el caso de un prolapso de cúpula vaginal). En el caso de indicarse una fijación al ligamento sacroespinoso tras una histerectomía vaginal, no se precisa dicha incisión transversa, ya que la cúpula vaginal estará abierta.
- Disección digital del espacio pararrectal de cada lado, si es bilateral. Para ello, se introducen los dedos índice y medio en este espacio, apoyándose en la pared pélvica lateral, hasta identificar, al tacto, la espina ciática y el ligamento sacroespinoso.
- Reparación del enterocele (nivel I). Para ello, se invagina o se reseca el saco peritoneal, cerrándolo en varias capas.
- Si se asocia un defecto vaginal anterior (nivel II), se realiza una incisión longitudinal anterior hasta la unión uretrovesical, y se procede a la disección separando la mucosa de la *muscularis*, hasta el paracolpio de cada lado. La reparación de dicho defecto se realiza según la técnica estandarizada, mediante el fruncimiento de la *muscularis* en dos capas: una con puntos sueltos y la otra con sutura continua.
- Si existe un defecto vaginal posterior (nivel II), se realiza una incisión longitudinal media, que abarque toda la extensión del defecto. Se procede a la disección del espacio rectovaginal hasta el tabique rectovaginal (nivel III), y el fruncimiento del paracolpios en dicho espacio rectovaginal (según la técnica de reparación estandarizada).

- Atrapamiento con una pinza de Allis, al tacto, del ligamento sacroespinoso.
- Visualización del ligamento sacroespinoso con la ayuda de dos valvas largas de Breisky, colocadas en el espacio pararectal, de forma que se separe el recto para evitar su lesión.
- Colocación de dos puntos, en cada ligamento sacroespinoso si es bilateral, separados más de 1 cm, medial a la espina ciática, para evitar la lesión del nervio y los vasos pudendos. Dada la profundidad del campo y la conveniencia de colocar los puntos verticales al ligamento sacroespinoso, nos podemos ayudar con una pinza especial pasahilos (Dechamp, Miya-hook, Nichols-Veronikis, *endostich* laparoscópico o arpones fungibles). El material de sutura recomendado es el monofilamento. De ambos puntos, por lo menos el más medial debe ser no reabsorbible. La conveniencia de que el punto lateral sea reabsorbible se justifica por su proximidad al nervio pudiendo (por la eventualidad de que pueda ser atrapado y causar dolor, que podría ceder tras la reabsorción del material de sutura).
- Antes de anudar los puntos se debe comprobar, mediante tacto rectal, la integridad de las estructuras rectales.
- Fijación de los puntos colocados en el ligamento sacroespinoso en el espesor de la vagina (en el lugar que previamente habíamos referenciado con unos puntos de seda), sin atravesarla, pasándolos varias veces para conseguir una mayor fuerza de sujeción. Tras ello se retiran las referencias de seda de la vagina.
- Se recomienda suturar la pared vaginal anterior antes de anudar la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso, pues de lo contrario, al estar la vagina muy elevada, la sutura sería muy dificultosa.
- Anudar los puntos de fijación de la vagina, reponiéndola a su posición anatómica. La zona vaginal donde se ha pasado la sutura de fijación se pone en contacto con el ligamento sacroespinoso, con la ayuda de una pinza de Allis. De esta forma se facilita dicho anudado, evitando

las tensiones. Debe anudarse repetidas veces, en ambas direcciones, ya que la memoria de la sutura monofilamento tiene tendencia a quedar floja.

- Reparación del defecto del compartimento vaginal posterior, si lo hubiera, mediante el fruncimiento de los paracolpos en dicho espacio rectovaginal (según la técnica de reparación estandarizada).
- Finalmente se deben cubrir las suturas de fijación con mucosa vaginal, y suturar el defecto posterior reparado, si lo hubiera.
- Se coloca un tapón vaginal compresivo para prevenir hemorragias.

### Puntos clave de la cirugía

- Localización, al tacto, de la espina ciática y el ligamento sacroespinoso.
- Disección y reparación del enterocele asociado.
- Reparación de otros defectos vaginales asociados: anterior o posterior.
- Apertura del espacio pararectal y localización del ligamento sacroespinoso.
- Separación del recto.
- Paso de suturas por el ligamento sacroespinoso.
- Paso de suturas a través del extremo apical de la vagina.
- Anudado del ápex vaginal con el ligamento sacroespinoso, con una tensión adecuada.
- Cierre vaginal, cubriendo las suturas previas. ■

### BIBLIOGRAFÍA

- Baggish M, Karram M. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery, 3.<sup>ª</sup> ed. St. Louis (Missouri): Elsevier Saunders, 2011.
- 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.<sup>ª</sup> ed. Filadelfia: Mosby Elsevier, 2007.