

## Técnica quirúrgica estandarizada en la cirugía reconstructiva de los defectos del compartimento medio: técnica de Manchester

La técnica de Manchester es una cirugía clásica vigente, menos invasiva que la histerectomía vaginal, de la que se pueden beneficiar un grupo de pacientes cuyo prolapso uterino se deba principalmente a una elongación del cuello, y con un moderado o leve descenso del cuerpo uterino. En este capítulo tratamos los fundamentos anatómicos y la estandarización quirúrgica de la amputación del cuello elongado y de la histeropexia a los complejos uterosacro-cardinales, cruzándolos por delante del cuello restante.

### Denominación

Amputación cervical con técnica de Manchester.

### Objetivo

Amputación del cuello elongado e histeropexia a los complejos uterosacro-cardinales.

### Estructuras clave

Ligamento uterosacro, ligamento cardinal, fondos de saco vaginales posterior y anterior, fondo de saco peritoneal posterior de Douglas, plica vesicouterina, pilares de la vejiga, septo supravaginal, capa *muscularis* vaginal.

### Procedimiento clásico en cirugía del prolapso uterino por elongación cervical

Amputación del cuello elongado e histeropexia anterior del cérvix restante con los complejos uterosacro-cardinales mediante la técnica de Manchester. Puede asociarse a una plastia anterior de vagina y/o una plastia posterior de vagina, si estos compartimentos también se encuentran afectados, según las técnicas estandarizadas.

### Alcance

Nivel I y proporcionar un anclaje al nivel II (niveles de DeLancey).

### Técnica

• Al inicio de la cirugía, se deben localizar la reflexión de la base de la vejiga y la reflexión del fondo de saco peritoneal posterior de Douglas para localizar los ligamentos

uterosacos y 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 vaginal circunferencial alrededor del cérvix uterino, que permita acceder a los ligamentos uterosacos y cardinales, la plica vesicouterina y los pilares de la vejiga. Así se puede seccionar, con seguridad, la parte de cuello elongado; 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 de la inserción de los ligamentos uterosacos y, por ende, una mayor dificultad técnica).
- Desplazamiento proximal sólo de la mucosa vaginal pericervical con amplitud suficiente para dejar visibles, al menos, 2-3 cm de los ligamentos cardinales y uterosacos.
- Localizar y seccionar el septo supravaginal, para acceder al tejido laxo vesicouterino. Localizar y seccionar los pilares de la vejiga para poder desplazar proximalmente la vejiga.
- 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 su lesión.
- Pinzar y seccionar ambos ligamentos uterosacos y ambos ligamentos cardinales. Se puede realizar la sección de los uterosacos y cardinales en un solo tiempo quirúrgico. La unión de estos ligamentos es fundamental para el restablecimiento del nivel I de DeLancey.
- Una vez seccionado el complejo uterosacro-cardinal, y antes de su sutura, hay que proporcionarle movilidad suficiente para que pueda alcanzar la cara anterior del cuello uterino. Para movilizarlo, sin provocar desgarros de los vasos cervicales y uterinos, se realiza una maniobra de deslizamiento proximal del complejo uterosacro-cardinal, presionando contra el cérvix en dirección craneal y medial (nunca con tracción).
- Tras esta movilización, se suturan y se unen los ligamentos uterosacos y cardinales. Se mantiene la sutura referenciada.
- Se puede dilatar el canal cervical con tallos de Hegar (hasta el n.º 6-8) para facilitar su localización y la reconstrucción cervical con las suturas de Sturmdorf.

- Sección de la porción hipertrofiada del cérvix, realizando un corte frío cuando nos acercamos al canal endocervical para evitar la estenosis secundaria del mismo y el riesgo de hematometra.
- Sutura a la cara anterior del cuello restante de los complejos uterosacro-cardinales seccionados y referenciados, lo más medial posible para producir una adecuada elevación cervical.
- Reconstrucción cervical con puntos de Sturmdorf. Generalmente, es suficiente con un punto de Sturmdorf anterior y otro posterior. Cuando se anudan estas suturas, los dos colgajos de mucosa vaginal se fusionan al borde endocervical seccionado y cubren completamente el muñón amputado. Las dos hendiduras de los lados se cierran con 1 o 2 suturas discontinuas. Finalmente, es opcional introducir una sonda en el canal endocervical, para evitar la estenosis.
- Si existe un prolapso del compartimento anterior y/o posterior, se puede asociar una colpoplastia anterior y/o posterior con técnica estandarizada. En estos casos puede ser más fácil realizar la colpoplastia previamente a la técnica de Manchester. Tras concluir ambos procedimientos, debemos anclar la *muscularis* de la pared vaginal al complejo uterosacro-cardinal para fusionar los niveles I y II de DeLancey.
- 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 y movilización proximal de la mucosa vaginal.
- Localización y sección del septo supravaginal y los pilares de la vejiga.
- Localización, sección, movilización y referencia de los ligamentos uterosacos y cardinales.
- Dilatación cervical y amputación del cuello hipertrófico.
- Sutura cervical anterior de los complejos uterosacro-cardinales.
- Puntos de Sturmdorf.
- Fijación del complejo uterosacro-cardinal a la *muscularis* de la pared vaginal en caso de asociar colpoplastia. ■

### BIBLIOGRAFÍA

- De Boer TA, Milani AL, Kluivers KB, Withagen MIJ, Vierhout ME. The effectiveness of surgical correction of uterine prolapse: cervical amputation with uterosacral ligament plication (modified Manchester) versus vaginal hysterectomy with high uterosacral ligament plication. *Int Urogynecol J*. 2009; 20: 1.313-1.319.