

## Técnica quirúrgica estandarizada en la cirugía obliterativa, total o parcial

### Denominación

Colpocleisis (realizada mediante colpectomía total o parcial). Puede realizarse tras finalizar una histerectomía vaginal o en el caso de un prolapso de la cúpula vaginal, que se suele asociar a un descenso del fondo de saco posterior (enterocele), y puede combinarse con un defecto vaginal anterior y/o posterior.

### Objetivo

Técnica obliterativa del compartimento medio (nivel I), con obliteración vaginal anterior y posterior (nivel II), llegando a alcanzar el nivel III en los casos de una obliteración total.

### Estructuras clave

Ligamento uterosacro, ligamento cardinal, fondo de saco vaginal posterior, fondo de saco peritoneal de Douglas, *muscularis* de la pared vaginal, paracolpio, arco tendinoso de la fascia pélvica, arco tendinoso rectovaginal, espacio rectovaginal, cuerpo perineal, músculo pubococcígeo del elevador del ano, arco tendinoso del elevador del ano, unión uretrovesical, unión uretrovaginal.

### Procedimiento clásico

Colpectomía de los compartimentos vaginales anterior (total o parcial), medio (total) y posterior (total o parcial). Reparación del enterocele. Reparación vaginal anterior y posterior.

### Alcance

Niveles I y II, y opcionalmente nivel III (niveles de DeLancey).

### Técnica

- Se puede realizar una opcional infiltración por debajo de la mucosa con una solución vasoconstrictora.
- En el caso de un prolapso de la cúpula vaginal, de grado/estadio III o IV, se realiza una incisión transversal en la cicatriz de dicha cúpula vaginal, seguida de una incisión longitudinal anterior hasta la unión uretrovesical. En el caso de colpectomía tras histerectomía, no procede realizar dicha incisión, porque la cúpula está abierta.
- Separación de la vagina y el enterocele. Posteriormente, se separan la mucosa y la *muscularis* de la cara anterior de la vagina.

- Reparación del enterocele (nivel I). Para ello se invagina o se reseca el saco peritoneal, cerrándolo en varias capas.
- Reparación del defecto vaginal anterior (nivel II), mediante el fruncimiento de la *muscularis* vaginal en dos capas (una de ellas continua).
- Incisión longitudinal posterior hasta la altura del himen.
- Disección del espacio rectovaginal, hasta llegar a los paracolpios y al músculo elevador del ano (nivel II). Disección de la mucosa y la *muscularis* hasta la fascia del pubococcígeo (nivel III).
- Fruncimiento del paracolpio posterior, en línea media con puntos sueltos, cerrando el espacio rectovaginal (nivel II).
- Fruncimiento de la *muscularis* vaginal del tabique rectovaginal (nivel III).
- Miorrafia opcional del pubococcígeo, según el tamaño del hiato urogenital.
- Colpectomía total del compartimento medio, seguida de colpectomía total o parcial del compartimento anterior y del compartimento posterior.
- Sutura longitudinal continua de toda la mucosa vaginal.
- En los casos de defecto perineal, se debe asociar una perineorrafia.

### Cirugía obliterativa estandarizada en un prolapso genital de grado/estadio III-IV tras una histerectomía

**1. Exploración de la paciente.** Valoración del grado de prolapso ayudado con valvas. Inspección de los defectos existentes por compartimentos y por niveles de DeLancey. En el compartimento medio nos encontramos siempre un prolapso uterino de grado III y IV (nivel I), con la exteriorización del cuello, el útero y un posible enterocele; en el compartimento anterior nos podemos encontrar un cistocele (nivel II) y un posible uretrocele (nivel III); en el compartimento posterior nos podemos encontrar con un rectocele alto (nivel II) y rectocele bajo, con posible ensanchamiento del hiato urogenital y descenso del cuerpo perineal (nivel III).

**2. Realización de histerectomía vaginal** con sus pasos estandarizados.

#### 3. Colpectomía tras la histerectomía vaginal:

- a. Se aprovecha la incisión circular de la colpotomía para acceder a la disección entre la mucosa vaginal y la *muscularis*. La pared vaginal anterior suele estar engrosada, mientras que la posterior está adelgazada.

- b. El empleo de hidrodissección submucosa vaginal, con un agente vasoconstrictor, es opcional.
- c. Colpotomía y disección vaginal anterior:
- Incisión longitudinal anterior media de la mucosa vaginal, desde la incisión de la colpotomía hasta la unión uretrovesical, teniendo cuidado de no dañar el cuello de la vejiga y dejando intacta la mucosa vaginal a la altura de la uretra.
  - Disección separando la mucosa vaginal y la *muscularis* en ambos cuadrantes anteriores (derecho e izquierdo) mediante tijera de Metzemaubum, bisturí o electrobisturí. Maniobra facilitada por tracción con pinzas de Allis, en varios puntos del borde libre de la incisión anterior y contracción, que ejerce el ayudante, con gasa sobre la *muscularis* en dirección medial. El objetivo es realizar una disección completa que llegue al surco vaginal lateral anterior (condicionado por la fijación de la vagina al arco tendinoso de la fascia pélvica).
- d. Colpotomía y disección vaginal posterior:
- Incisión longitudinal posterior de la mucosa vaginal, desde la incisión de la colpotomía hasta el cuerpo perineal.
  - Disección vaginal posterior. En la parte proximal de la vagina, la *muscularis* está tan adelgazada que se accede directamente al complejo uterosacro-cardinal (nivel I) y al espacio rectovaginal (nivel II). La disección debe alcanzar los paracolpos, hasta llegar al surco vaginal posterior y al músculo elevador del ano. En el nivel III, ya se puede separar la mucosa de la *muscularis* vaginal (que constituye el tabique rectovaginal), hasta llegar a la fascia del músculo pubococcígeo.
- e. Reparación de los defectos prolapsados. El enterocele se repara invaginándolo o resecaando el saco peritoneal y cerrándolo en varias capas. El cistocele se repara mediante el fruncimiento de la *muscularis* en dos capas (una de ellas continua), el primer punto en la unión uretrovesical, evitando dañar el cuello de la vejiga y dejando intacta la mucosa vaginal a la altura de la uretra, y el último punto abarcando el complejo uterosacro-cardinal. El rectocele se repara frunciendo los paracolpos y ocluyendo el espacio rectovaginal. En caso de existir un defecto del nivel III, se frunce la *muscularis* del tabique rectovaginal, asociando en la mayoría de los casos una miorrafia del pubococcígeo. El plano de reposición, tras la reparación, ha de quedar, como mínimo, al nivel del himen o a 1 cm cranealmente. La vagina quedará con la longitud de la uretra respetada.
- f. Recorte de la mucosa vaginal en 360°, a unos 0,5-1 cm del límite de la disección, que permita el cierre de la incisión mediante una sutura continua cruzada, sin excesiva tensión sobre la mucosa vaginal.
- g. Finalizado el procedimiento de reparación del prolapso con el acortamiento en profundidad de la vagina, resulta recomendable reducir el área del hiato urogenital mediante la realización de una perineorrafia (según la técnica estandarizada).

El material de sutura empleado es reabsorbible.

### Cirugía obliterativa estandarizada en un prolapso genital de grado/estadio III-IV conservando el útero (tipo Le Fort)

**1. Exploración de la paciente.** Valoración del grado del prolapso ayudado con valvas. Inspección de los defectos existentes por compartimentos y niveles de DeLancey. En el compartimento medio nos encontramos siempre un prolapso uterino de grado III y IV (nivel I), con la exteriorización del cuello, el útero y un posible enterocele; en el compartimento anterior nos podemos encontrar un cistocele (nivel II) y un posible uretrocele (nivel III); en el compartimento posterior nos podemos encontrar con un rectocele alto (nivel II) y rectocele bajo, con posible ensanchamiento del hiato urogenital y descenso del cuerpo perineal (nivel III).

**2. Realización de la incisión** de la mucosa vaginal de forma rectangular, en sentido longitudinal medio, que abarque desde la unión uretrovaginal (en el punto de unión uretrovesical) hasta el cérvix, en la pared anterior y, desde las proximidades del himen hasta el cérvix, en la pared posterior. Se conserva intacto un puente de mucosa en cada lado de 1-2 cm.

**3. Resección** de la mucosa mediante tijera, bisturí o electrobisturí, de ambos rectángulos de la mucosa vaginal, respetando la *muscularis* vaginal anterior (nivel II) y visualizando el espacio rectovaginal posterior (nivel II) y la *muscularis* del tabique rectovaginal (nivel III).

**4. Sutura invaginante** con puntos sueltos, o continuos, que engloben la *muscularis* vaginal anterior, pasen por delante del cérvix y abarquen el paracolpos y la *muscularis* posterior en la misma línea de sutura. Al anudar estos puntos, se produce un ascenso del cérvix con cada línea de sutura. Se realizarán tantas capas de sutura como se precisen para conseguir que el punto más declive del prolapso ascienda por dentro del nivel del himen.

**5. Cierre vaginal** mediante una sutura continua de la mucosa vaginal.

Finalizado el procedimiento de reparación del prolapso con el acortamiento en profundidad de la vagina, resulta recomendable reducir el área del hiato urogenital mediante la realización de una miorrafia de los músculos elevadores del ano (opcional) y una perineorrafia (según la técnica estandarizada).

El material de sutura empleado es reabsorbible. ■

### BIBLIOGRAFÍA

- Baggish M, Karram M. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery, 3.ª ed. St. Louis (Missouri): Elsevier Saunders, 2011.
- Kenton K, Brubaker L, Eckler K. Pelvic organ prolapse in women: obliterative procedures (colpocleisis). Uptodate. 2015.
- Walters M, Karram M. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery, 3.ª ed. Filadelfia: Mosby Elsevier, 2007.
- Wheeler TL. Obliterative vaginal surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009; 36: 637-658.