

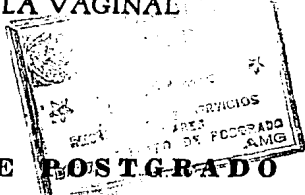
11217  
108  
2e)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

REPARACION DEL PROLAPSO DE  
CUPULA VAGINAL



TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO  
UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA EN  
GINECO - OBSTETRICIA  
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO  
MANUEL MARIO MATUTE GONZALEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



CENTRO MEDICO LA RAZA 1994  
Hosp. de Gineco-Obstetricia  
Instituto de Enseñanza e Investigación



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASESOR DE TESIS.**

**DR. BRAULIO OTERO  
MEDICO GINECO-OBSTETRA  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3  
CENTRO MEDICO LA RAZA.**

**COLABORADOR.**

**DR. OSCAR MARTINEZ  
MEDICO GINECO-OBSTETRA  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3  
CENTRO MEDICO LA RAZA.**

**PRESENTA**

**DR. MANUEL MARIO MATUTE GONZALEZ  
MEDICO CIRUJANO.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MIS PADRES Y HERMANOS.**

**A MIS MAESTROS: DR ZAVALA, DR. OTERO Y MEDICOS DEL HGO # 3**

**A MI ESPOSA.**

**EN MEMORIA DE TERE.**

## **INDICE.**

<b>DEFINICIÓN</b>	<b>1</b>
<b>ANATOMIA</b>	<b>1</b>
<b>ETIOLOGIA</b>	<b>2</b>
<b>SINTOMATOLOGIA</b>	<b>2</b>
<b>EXPLORACIÓN FISICA</b>	<b>3</b>
<b>TECNICAS QUIRURGICAS</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>4</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>4</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>4</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>5</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>6</b>

# REPARACION DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL .

## Definición:

Es la hernia del saco peritoneal en la cúpula vaginal después de una histerectomía abdominal o vaginal. Generalmente se asocia con prolapso de la pared anterior y posterior de la vagina. Sin embargo puede existir un excelente soporte de las paredes vaginales anterior y posterior.

Hay diferentes tipos y grados de prolapso de cúpula vaginal (1). Hay cuatro tipos de prolapso de cúpula vaginal.

- 1.- Prolapso total: la cúpula, la pared anterior y posterior de la vagina se encuentran prolapsadas.
- 2.- Prolapso subtotal: la cúpula está prolapsada, con un buen sostén en la cara anterior y posterior de la vagina.
- 3.- Prolapso subtotal anterior: la cúpula y la pared anterior se encuentran prolapsada, con un buen sosten de la pared posterior.
- 4.- Prolapso subtotal posterior: la cúpula y la pared posterior se encuentran prolapsadas, con un buen sostén de la pared anterior de la vagina (2).

La clasificación en grados es:

- 1.- Severo: la cúpula vaginal esta prolapsda por debajo del introito en reposo.
- 2.- Moderado: la cúpula vaginal esta prolapsada a nivel del introito y hasta un centimetro por arriba de este en reposo, con la maniobra de valsalva protruye ligeramente del introito.
- 3.- Leve: la cúpula vaginal se encuentra un centimetro por arriba del introito en reposo. (2.3).

## Anatomía:

La vejiga, el útero, la vagina y el recto están unidos a las paredes pélvicas por tejido conectivo, que en conjunto recibe el nombre de fascia endopélvica. La fascia endopélvica es una unidad continua pero según diferentes regiones, se le dan nombres individuales. Tiene dos porciones, una dirigida de adelante-atrás y otra transversal. Forma una cruz, en cuya intersección se encuentra enclavado el istmo uterino, cervix y la vagina. La porción anteroposterior forma el ligamento pubo-vesico-utero-sacro. La porción transversal va de la cara interna de un hueso iliaco al otro, cruzándose a nivel de la vagina y el útero. Los nombres que reciben son parametrio-paracolpos, ligamento cardinal o ligamento de Mackenrodt. (4).

Las estructuras que mantienen la vagina en su sitio pueden dividirse en tres áreas diferentes. El tercio superior, que comprende los dos a tres centímetros cefálicos de la vagina, se encuentran suspendidos por el paracolpos, continuación de los parametrios. Las fibras del paracolpos, continuación de los parametrios, tienen su origen en las paredes laterales de la pelvis y sacro, entonces la parte superior de la vagina cuelga de las paredes laterales de la pelvis y sacro. El tercio medio de la vagina está suspendido por el tabique rectovaginal en su cara posterior y la fascia pubocervical unida fuertemente a la sínfisis del pubis en la cara anterior. Se trata de un tejido más denso que el encontrado en los ligamentos cardinales. (5)

El tercio inferior está sostenido por los once músculos y las tres fascias que forman el piso perineal. El elevador del ano es la estructura muscular más importante que da el sosten a los órganos pélvicos. (5.6)

Es importante entender la forma y la posición que tiene la vagina. La vagina tiene forma de S, y termina justo por enfrente de la concavidad del sacro. El eje normal de la vagina es casi horizontal y descansa sobre el recto. La vagina y el recto se apoyan sobre el elevador del ano. La integridad del elevador del ano, así como una buena suspensión de la vagina son indispensables para que no haya prolapso de la cúpula. (7)

## **Etiología:**

Las causas del prolapso de cúpula vaginal son varias y las podemos clasificar de la siguiente forma:

- a) Pacientes en las cuales el prolapso es evidente en los dos primeros años después de la cirugía. En ellas se atribuye el prolapso de cúpula vaginal, a una falta en la atención para la fijación, al momento de realizar la cirugía.
- b) Cuando el prolapso ocurre entre los 2 a 10 años posterior a la cirugía, la causa es menos aparente. Se supone que el prolapso representa una lento progreso de la suspensión vaginal ya existente, defectos en cicatrización, infecciones, hematomas, o un enterocele no corregido.
- c) el prolapso se presenta después de 10 años de la cirugía se asocia con un grado variable de debilidad congénita de la fascia endopélvica. Muchas mujeres tienen hernias en otros sitios, venas varicosas, y hemorroides. Uno o varios factores precipitantes hacen que la deficiencia congénita se manifieste:
  - 1) los embarazos, el aumento de cortisol y la progesterona debilitan la fascia endopélvica.
  - 2) la menopausa, la atrofia de los músculos y la fásica por los bajos niveles de estrógenos.
  - 3) partos, los desgarros e incisiones en los tejidos de soporte pélvico.
  - 4) varios factores como padecimientos pulmonares crónicos, estreñimiento crónico, dificultados para la micción, obesidad, tabaquismo y actividad física extenuante. (8,9)

Un factor que se menciona en forma aislada, como predisponente para el prolapso de cúpula vaginal, es la suspensión uretral suprapúbica, pues hay mayor área de exposición a las presiones intraabdominales. (10)

## **Sintomatología:**

Los síntomas son dolor lumbrosacro, que es característicamente más sévoro al final del día, sensación de cuerpo extraño en vagina, irritación del introito, dolor o falta de sensación en el coito, y sensación de falta de soporte en la vagina. Cada paciente puede referir su sintomatología de una forma muy personal.

Se puede acompañar de sintomatología causada por descenso de la pared anterior de la vagina, y está puede estar relacionada con cistitis, trigonitis, incontinencia urinaria de esfuerzo y obstrucción urinaria. Lo más común en estos casos es la presencia de obstrucción urinaria, que se manifiesta como dificultad para iniciar la micción, disminución del calibre del chorro, y necesidad de reducir digitalmente el prolapso para que se inicie la micción. Hay el antecedente de incontinencia urinaria de esfuerzo que evoluciono a obstrucción urinaria.

También se acompaña de sintomatología por descenso de la pared posterior, la paciente necesita reducir el prolapso digitalmente para lograr una buena evacuación del recto. La constipación no es sintomatología del prolapso de cúpula vaginal. (11)

## **Exploración Física:**

El examen en caso de prolapso de cúpula vaginal se lleva a cabo con separadores de Sims. Se coloca uno en la cara anterior y otro en la posterior y se retira lentamente uno de ellos para valorar el sostén de la cúpula y cara anterior primero, y después se realiza la misma maniobra con la cara posterior. El espejo vaginal utilizado comúnmente para la exploración ginecológica no es útil porque al retirarlo ambas paredes de la vagina se colapsan al mismo tiempo, no permitiendo valorar la cara anterior y posterior por separado. Se puede colocar una pinza de Popsy en la cúpula vaginal y traccionarla gentilmente para valorar el prolapso de la misma. (12)

## **Técnicas Quirúrgicas:**

El abordaje para corregir el prolapso de cúpula vaginal puede ser por vía vaginal o abdominal. (13)

La vía vaginal es particularmente útil si el riesgo quirúrgico para la paciente es elevado. Las técnicas por vía vaginal son: colpocleisis o colpectomía; operación de Simmonds-Prats; y colpopexia sacroespinosa. (14,15,16,17,18,19)

La vía abdominal para la fijación de la cúpula vaginal está indicada cuando la paciente tiene antecedentes de cirugía abdominal extensa, riñón pélvico, tumor en algún anexo, cistopexia retropúbica, o fijación de la cúpula vaginal a la pared abdominal anterior.

Las técnicas de fijación de la cúpula vaginal ventrales se han abandonado por sus malos resultados.

Se ha propuesto la fijación de la cúpula vaginal al sacro. La técnica es la siguiente: Se recomienda el uso de antibióticos preoperatorios, pues existe la posibilidad de contaminación del campo quirúrgico por germen que se encuentran en la vagina. Se coloca una sonda de Foley a derivación en la vejiga. Se colocan gasas estériles en la vagina para facilitar la identificación de la cúpula vaginal. La incisión en el abdomen puede ser media infraumbilical o transversa suprapúbica. Se identifica la cúpula vaginal y se realiza una incisión en el peritoneo que la recubre. La disección del peritoneo debe prolongarse 2 a 3 cms, anterior y posteriormente. De esta forma se logra la disección del tejido músculo-conectivo de la pared vaginal. Se localiza el promontorio y se realiza una incisión longitudinal sobre el peritoneo que lo cubre. La incisión se extiende 5 a 6 cms por arriba y por debajo del promontorio. El peritoneo se disecciona lo suficiente para observar la bifurcación de la aorta y de las venas ilíacas comunes. Se localiza la arteria y vena sacra media que algunos autores recomiendan que se ligan. Se colocan tres pares de suturas del 00 no absorbibles, en la cúpula vaginal, con un centímetro de distancia una de otra. La sutura debe incluir todo el grosor de la pared vaginal, pero sin llegar a su luz. El injerto se fija a la cúpula vaginal con estas suturas. El injerto puede ser aponeurosis o polyester (Mersilene), no debe tener más de 2.5 cms de ancho y un largo de 15 cms. Usando una pinza uterina se realiza un túnel subperitoneal que se extiende del borde inferior de la incisión sobre el promontorio, al borde del peritoneo posterior que cubría la cúpula vaginal y se lleva al promontorio. Se fija el injerto a los ligamentos sacros con sutura del 00 no absorbible. Se cierra el peritoneo en el promontorio y en la cúpula vaginal con sutura del 00 absorbible. Se procede a obliterar el fondo de saco de Douglas. Se puede utilizar la técnica de Moschowitz, que son suturas concéntricas en el fondo de saco de Douglas o aproximar el fondo con la técnica de Halban, que son suturas sagitales. Se procede a realizar una uretropexia retropúbica. En un segundo tiempo en todos los casos se realiza perinorrafia y colpoplastia posterior. La colpoplastia anterior solo se realiza si hay indicación para ella. (20,21,22,23,24,25)



## **Objetivo:**

Determinar las diferencias en tiempo quirúrgico, sangrado y morbilidad entre las cirugías que se llevan a cabo para la corrección del prolapso de cúpula vaginal.

## **Material y Métodos:**

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo. La revisión de los expedientes clínicos se efectuó en los años de 1991, 1992 y 1993. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal.

Las variables que se investigaron en los expedientes son: edad, gestaciones, partos, cesareas, tipo de histerectomía que se llevó a cabo, edad en que se realizó la histerectomía, síntomas, tiempo en que se iniciaron los síntomas después de la cirugía, procedimiento quirúrgico que se llevó a cabo para corregir el prolapso, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, complicaciones y existencia de relaciones sexuales después de la cirugía.

## **Resultados:**

En los años en que se realizó el estudio hay quince pacientes con prolapso de cúpula vaginal. A 9 pacientes se les realizó sacropexia y en 6 pacientes se llevó a cabo colpocleisis. La edad promedio de las pacientes sometidas a sacropexia fue de 57.8 años y en las que se realizó colpocleisis la edad promedio fue de 65.5 años, una diferencia de 7.7 años entre los dos grupos.

El tiempo quirúrgico de la sacropexia en promedio es de 154.4 minutos (120 a 185 min), y el sangrado en el transoperatorio es de 305 mililitros (150 a 500 ml). El tiempo quirúrgico de la colpocleisis es de 61.6 minutos (35 a 70 minutos), y el sangrado transoperatorio es de 175 ml (100 a 400 ml). La diferencia entre los tiempos quirúrgicos y sangrado transoperatorio es significativa,  $p=0.001$

El número de embarazos en promedio de las quince pacientes es de 4.8 (1-9), el número de partos en promedio es de 4.3 (0-9).

El 60% de las pacientes tienen antecedente de histerectomía vaginal y el 40% de histerectomía abdominal. El tiempo en que se presentaron los síntomas en las pacientes: 13.3% los dos primeros años; 46.6% de 2 a 10 años; y el 40% después de 10 años de la histerectomía.

## **Discusión:**

En 3 años tenemos 15 casos de prolapso de cúpula vaginal y Simmonds (9) calcula que el problema se presenta con más frecuencia, en su población hay 40 nuevos casos por año.

El tiempo quirúrgico y el sangrado transoperatorio en nuestras pacientes que les realizó sacropexia es muy similar al reportado en la literatura (20,21,22,23,24), excepto en un estudio de Maloney (23) donde reporta un caso con sangrado de 2600 ml por un accidente transquirúrgico.

La colpocleisis toma menor tiempo quirúrgico y sangrado transoperatorio, por lo que su morbilidad es menor. Sin embargo las pacientes después del procedimiento no pueden tener relaciones sexuales.

La paridad de nuestras pacientes en promedio es de 4.3, en la literatura se reporta 3.2 y 3.5 (17,24). Es importante reconocer que en las pacientes incluidas en este estudio hay una paciente nulípara, lo que nos apoya el origen multifactorial de este problema.

En este estudio el 80% de las pacientes tenían antecedente de histerectomía vaginal y el 40% de histerectomía abdominal, se reportan diferentes cifras que van desde 2/3 de las pacientes con antecedente de histerectomía vaginal, hasta 50% con histerectomía vaginal previa y 50% con histerectomía abdominal (9,17,18,24,27). Hay que resaltar que en ningún estudio fue más frecuente el antecedente de histerectomía abdominal.

En cuanto al tiempo de inicio de los síntomas Simmonds (9) tiene los siguientes resultados: primeros 2 años 39%, de 2 a 10 años 24% y mas de 10 años 37%. Nuestros resultados son los 2 primeros años 13.3%, de los 2 a 10 años 46.8% y mas de 10 años 40%.

## Conclusiones:

La sacropexia y la colpocleisis tiene excelentes resultados para la corrección del prolapso de cúpula vaginal. La sacropexia se debe reservar para las pacientes que tiene posibilidades de continuar con vida sexual y que el riesgo quirúrgico no sea elevado.

La colpocleisis es un buen procedimiento si la paciente tiene un riesgo quirúrgico elevado, y con una cirugía prolongada se pone en riesgo su vida. Faltó valorar en nuestras pacientes la colpopexia sacroespinal que probablemente sea una alternativa para las pacientes con riesgo quirúrgico elevado y deseos de continuar con vida sexual.

## Bibliografía:

- 1.- Beck P. Abnormalities of support in the female Genital Tract: Genital prolapse. Copeland J. Textbook of Gynecology. Philadelphia, Pennsylvania. W:B: Saunders Co.; 1993: 710-734.
- 2.- Beecham CT. Classification of vaginal relaxation. Am. J. Obstet. Gyn. 1980; 136:957.
- 3.- Ranney B. Enterocele, vaginal prolapse, pelvis hernia; recognition and treatment. Am. J. Obstet. Gyn. 1981, 140:53.
- 4.- De Lancey JOL: Correlative study of paraurethral anatomy. Obstet Gynecol. 1986. 68:91.
- 5.- De Lancey JOL: Anatomic aspects of Vaginal eversion after hysterectomy. Am. J. Obst. Gyn. 1992; 166:1717.
- 6.- De Lancey JOL. Starr RA: Histology of connection between the vagina and levator ani muscles. J. Reprod Med. 1990;35:765.
- 7.- Nichols DH. Milley PS: Randal CL. Significance of Restoration of normal vaginal depth and axis. Obst. Gyn. 1970;36:241.
- 8.- Maloney J. Dunton C. Smith K. Repair of vaginal vault prolapse with abdominal sacropexy. J. Reprod Med. 1990;35:6-10.
- 9.- Simmonds R. Williams T. Raymond L. Weeb M. Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. Am. J. Obst. Gyn. 1981;140:852-856.
- 10.- Beck RP. Vaginal vs. Abdominal Surgery for Genuine Stress incontinence. Obstet. Gyn. Rep. 1990;2:232.
- 11.- Mattingly r. Thopson JD: Te Linde's operative gynecology. 6ed. Philadelphia J:B: Lippincott. 1985.
- 12.- Nichols D. Massive Eversion of the Vagina. Nichols D. Gynecology and Obstetrics Surgery. St. Louis Missouri. Mosby. 1993:431-464.
- 13.- Birbaum SJ. Rational Therapy for the prolapse vagina. Am. J. Obstet. Gyn. 1973;115:411.
- 14.- Percy NM: Perí JL: Total colectomy. Surg. Gynecol. Obstet. 1961;113:174.

- 15.- Cruikshank SH. Sacrospinosus Fixation. Should this be performed at the time of vaginal hysterectomy? Am. J. Obstet. Gyn. 1991;164:1072.
- 16.- Miyazaki FS. Miya Hook ligature carrier for sacrospinosus ligamente fixation. Obstet. Gyn. 1987;70:288.
- 17.- Morley GW, De Lancey JOL. Sacrospinosus Ligament fixation for eversion of the vagina. Am. J. Obstet. Gyn. 1988;158:872.
- 18.- Nichols DH: Sacrospinosus fixation for massive eversion of the vagina. AM. J. Obstet. Gy. 1982;142:901.
- 19.- Ritcher K, Albrick W. Long term results following fixation of the vagina on the sacrospinal ligament by the vaginal route. Am. J. Obstet. Gyn. 1981,14:811.
- 20.- Robertson EG, Lansman HH: Sacral colpopexy with dura mater graft. Obstet Gyn. 1990;98:1102.
- 21.- Drutz HP; Cha LS: Massive genital and vaginal vault prolapse treated by abdominal-vaginal sacropexy with use of Merlex mesh. Review of literature. Am. J. Obstet. Gynecol. 1987;156:387.
- 22.- Hendde AE; Berry Cm. Abdominal sacropexy for vaginal vault prolapse. Clin. Obstet. Gyn. 1981;24:1217.
- 23.- Maloney J:C; Dunton CJ; Smitk K. Repair of vagina vault prolapse with abdominal sacropexy. J. Reprod Med. 1990;35:6.
- 24.- Angulo A, Kalyman I. Retroperitoneal sacrocolpopoxy for correction of prolapse of vaginal vault. Surg. Gynecol. Obstet. 1989;169:319.
- 25.- Addison W, Timmons MC; Wall LL; Livengood C. Failed abdominal sacral colpopexy: observation and recomendentions obstetrics and gynecology. 1989;74:480-482.
- 26.- Saxder T, Krantz K. Abdominal-retroperitoneal sacral colpopexy, for corrección of vaginal prolapse. Obst. Gyn. 1991;77:944-949.
- 27.- Kettef M, Hebertson R. An anatomic evaluation of the sacrospinosus ligament colpopexy. Surg. Gyn. Obst. 1989;168:318-322.