

# Prevención del prolapso genital en histerectomía abdominal utilizando los ligamentos redondos. Experiencia personal

Dr. Farith Atías\*

Cátedra y Servicio de Ginecología, Universidad Central de Venezuela (UCV) y Hospital Universitario de Caracas

## RESUMEN

**Objetivo:** Prevenir el prolapso de la cúpula vaginal, empleando una técnica peroperatoria que consiste en fijar la cúpula vaginal a los ligamentos redondos, en el momento de realizar la intervención.

**Métodos:** Realizada la histerectomía, se procedió al cierre de la cúpula vaginal con puntos separados en número de 6 a 8 con material no absorbible, dependiendo de la amplitud de la vagina. Los cabos distales son utilizados para anudar horizontalmente los ligamentos redondos. La fijación de las dos paredes del extremo superior de la vagina, garantiza mayor estabilidad de la vagina y menor posibilidad de producir el prolapso de la cúpula y/o de las paredes anterior y posterior de la vagina.

**Ambiente:** Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas

**Resultados:** Las 124 pacientes histerectomizadas y controladas anualmente en un lapso entre 2 y 27 años, con un promedio de 7 años, ninguna de ellas presentó prolapso de cúpula vaginal. Las histerectomías se realizaron en el ejercicio privado. En centros asistenciales públicos, es muy difícil hacer seguimiento y evaluar las pacientes, por razones múltiples. **Conclusiones:** La histerectomía ocupa el primer lugar de las intervenciones ginecológicas, esto obliga a realizar la suspensión y fijación de la cúpula vaginal y simultáneamente corregir la patología asociada del aparato genital. El procedimiento que hemos empleado tuvo resultados muy favorables. La calidad de vida de las mujeres intervenidas quirúrgicamente no se desmejoró, como suele suceder cuando se produce el prolapso de la cúpula vaginal.

**Palabras clave:** Prevención de prolapso genital. Histerectomía abdominal. Ligamentopexia con ligamentos redondos.

## SUMMARY

**Objective:** To prevent vaginal vault prolapse, using a preoperative technique to fix the vaginal vault to the round ligaments in total abdominal hysterectomy, and identify associated pathology in the genital area.

**Methods:** After hysterectomy, we proceed to the closure of the vaginal vault with interrupted sutures with non-absorbable material, in number of 6-8, depending of the amplitude of the vagina, the distal ends are used to tie horizontally bilateral round ligaments. The setting of the two upper walls of the vagina, ensures greater stability of the vagina and lower possibility of occurrence of prolapse of the dome and/or the anterior and posterior vaginal walls.

**Setting:** Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas

**Results:** The 124 patients undergoing hysterectomy, checked annually over a period of time between 2 and 27 years, with an average of 7 years, neither had vaginal prolapse.

**Conclusion:** Hysterectomy is the firstone gynecological operation. It requires making the suspension and fixation of the vaginal vault and simultaneously correct the genital tract associated pathology. The procedure we used had very favorable results. We can not compare our results with other techniques, do to scarce national an international references. The quality of life of women surgically intervened did not deteriorated, as usually happens when there is prolapse of the vaginal vault.

**Key words:** Prevention of genital prolapse. Abdominal hysterectomy. Fixation with the round ligaments. Personal experience.

## INTRODUCCIÓN

Es de suma importancia emplear una técnica apropiada que permita estabilidad de la cúpula vaginal, al practicar una histerectomía abdominal total para prevenir la producción del prolapso de la

cúpula vaginal. Efectuar una evaluación integral del aparato genital para descartar la presencia de alguna patología, como la existencia de cistocele, afecciones del compartimiento vaginal posterior: rectocele,

enterocele, disfunción del piso pélvico, disfunción urinaria, anal entre otras y corregirlos en el mismo acto quirúrgico. Somkuti y col. (1) formularon varios factores de riesgo: técnica quirúrgica no adecuada, infección posoperatoria, hematoma, coito precoz, edad de la paciente, radioterapia, empleo de corticosteroides, vaginoplastia previa y maniobras de Valsalva.

La presencia del prolapso de la cúpula vaginal posterior en una histerectomía abdominal, además de las causas antes expuestas, influye en alto grado sobre las pacientes posmenopáusicas en edad avanzada, debido al debilitamiento de los medios de suspensión de los órganos genitales internos, la multiparidad, partos instrumentales y el daño indirecto debido a la distensión y compresión del nervio pudendo (2), tos crónica y constipación, entre otras.

Las pacientes histerectomizadas, complicadas con prolapso de la cúpula vaginal les repercuten en su calidad de vida, suelen presentar depresión, dificultad en la deambulación, se convierten en insociables, trastornos en la micción y aquellas con vida sexual activa presentan coito insatisfactorio. El prolapso de la cúpula vaginal se incrementa con la edad, se estima que alrededor del 50 % de las mujeres la padecen y 10 % - 20 % son sintomáticos (3).

No existe consenso en cuanto unificar criterios para emplear técnicas que garanticen la eficacia y seguridad en alto grado la fijación de la cúpula vaginal y corregir los factores de riesgo que presenten las pacientes antes de realizar la histerectomía abdominal total. Algunos ginecólogos utilizan para la corrección primaria de la disfunción del piso pélvico, la técnica de Mc Call (4). Las pacientes de edad bien avanzada suelen tener un 15 % de riesgo de padecer prolapso genital y/o incontinencia urinaria.

#### **Factores de riesgo del prolapso de la cúpula vaginal**

Son múltiples los factores que influyen en la aparición del prolapso de la cúpula en las pacientes histerectomizadas, resumiremos algunos de ellos:

Cuando la fijación de la cúpula se realizó con una técnica inadecuada, infección de la zona operatoria (5,6), suele ser un factor determinante en la aparición del prolapso de la cúpula, debilitamiento de los medios de fijación del aparato genital, en pacientes posmenopáusicas (7,8), aumento de la presión abdominal, constipación, tos crónica, trauma obstétrico previo, parto vaginal, principalmente en las multíparas, parto instrumental, obesidad.

La aparición posoperatoria del prolapso de la cúpula vaginal, suele conducir a las pacientes a

múltiples consecuencias desfavorables (9).

Son importantes las causas atribuidas a la aparición del prolapso de la cúpula: defectos del compartimiento anterior y posterior, el enterocele, defectos del piso pélvico, que no fueron corregidos antes de la histerectomía abdominal.

#### **Algunos procedimientos empleados para la suspensión de la cúpula vaginal**

Desde tiempos remotos vienen empleándose numerosas técnicas para la fijación de la cúpula vaginal durante la realización de la histerectomía abdominal total, suelen practicarse con aquellos órganos que soportan el aparato genital: útero y vagina, urológico y rectal. Comentaremos algunos de ellos:

##### **Técnica de Mc Call**

Consiste en la suspensión del fondo de saco posterior a los ligamentos útero-sacos, cierre del fondo de saco de Douglas aproximándolos a los ligamentos útero-sacos en la línea media posterior. En la culdoplastia de Mc Call se utiliza material de sutura no absorbible.

##### **Técnica de Richter**

Esta técnica fija los ligamentos útero-sacos a los sitios más altos de la pared vaginal posterior y el ligamento sacro-espinoso en uno de los extremos de la cúpula vaginal. Igual que la técnica anterior cierra el fondo de saco de Douglas. Se emplea material no absorbible (10).

##### **Técnica de Moschowitz**

Consiste en realizar una jareta o en bolsa de tabaco, comenzando desde la parte más inferior del fondo de saco de Douglas, incluyendo los ligamentos útero-sacos, la vagina posterior y el peritoneo muy superficial de la serosa del colon. Se utiliza material de sutura no absorbible.

##### **Técnica de Halban**

El autor a diferencia de la técnica de Moschowitz, utiliza suturas en número de seis, sagitales, superficiales a través del peritoneo de la pelvis anterior y posterior, incluyendo la cara posterior de la vagina y la anterior del recto. Utiliza sutura absorbible o de absorción tardía.

**Sacropepexia:** algunos ginecólogos suelen emplear variedades de suturas, utilizaron originalmente fascia lata, actualmente lo suelen hacer con material no absorbible, sintético.

**Sacrocolpopexia:** fijación del borde superior de la vagina al sacro con material no absorbible, además, se fija a los ligamentos útero-sacos o a los ligamentos sacro-ciáticos.

**Pexia** de la cúpula vaginal al ligamento de Cooper.  
**Fijación** al ligamento sacro-espinoso, solo o combinado.

**Suspensión** con el **ligamento de Mackenrot**, frecuentemente asociado con los ligamentos útero-sacros.

**Sacro pexia infracoccigea.**

**MÉTODOS**

Se estudiaron 124 pacientes a quienes se les practicó histerectomía abdominal total, utilizando una técnica, la cual realiza la fijación de ambos ligamentos redondos a la cúpula vaginal, incluyendo la pared anterior y posterior. Las pacientes que presentaban defecto incipiente, asintomático, en el compartimiento anterior, entre el grado I y II, se les practicó incisión y resección en V con el vértice hacia abajo, en el sitio más alto de la pared vaginal anterior, el cual se suturó al borde de la cúpula. La sutura utilizada fue crómico intestinal uno (Figura 1).

**Técnica**

Practicamos laparotomía horizontal, suprapúbica o incisión de Pffannenstiel a las pacientes con diagnóstico de patología benigna y en lesiones malignas o sospechosas, se practicó suprapúbica en sentido vertical.

Realizada la laparotomía, se ligan bilateralmente los ligamentos redondos a 1 cm de los cuernos uterinos. Los cabos distales se dejan entre 12 y 15 cm de largo, se anudan y son referidos con pinzas de Crile.

Efectuada la histerectomía se procede a suturar y cerrar la cúpula incluyendo la pared anterior y posterior de la misma con crómico intestinal uno, a puntos separados, un total de seis a ocho puntos, dependiendo de la amplitud del extremo superior de la vagina. La intervención concluye cumpliendo los pasos quirúrgicos de rutina en la histerectomía abdominal convencional (Figuras 1 - 4).

La fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacro-espinoso ha adquirido gran auge, constituyendo el tratamiento quirúrgico de elección en muchos centros ginecológicos de Europa y Estados Unidos (11).

**RESULTADOS**

En las Figuras 5 a la 8, se señalan la edad de las pacientes al momento de la histerectomía, su paridad y el tiempo de seguimiento posoperatorio, este varió de 2 a 27 años, con un control total de 880 años, y promedio de 7 años. No detectamos ningún descenso

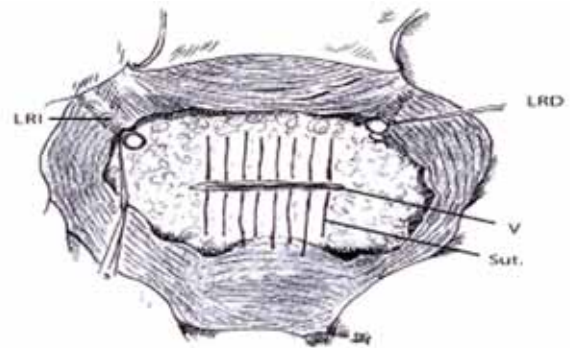


Figura 1. Cierre de la cúpula vaginal. LRI: ligamento redondo izquierdo, LRD: ligamento redondo derecho. V: vagina o cúpula vaginal, Sut: sutura.



Figura 2. Cierre de la cúpula vaginal, con puntos separados, referidas con pinzas de Crile. V: vagina o cúpula vaginal.

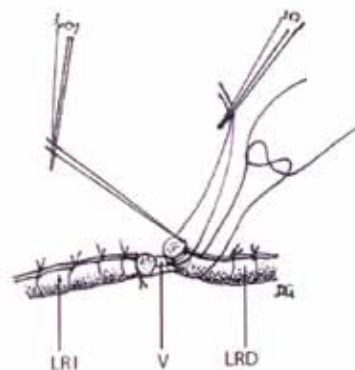


Figura 3. Fijación de los ligamentos redondos a la cúpula vaginal. LRI: ligamento redondo izquierdo, LRD: ligamento redondo derecho, V: vagina o cúpula vaginal.

de la cúpula vaginal. En las 124 pacientes intervenidas, solo se evidenciaron 14 con cistocele grado I-II, asintomáticos en pacientes posmenopáusicas.

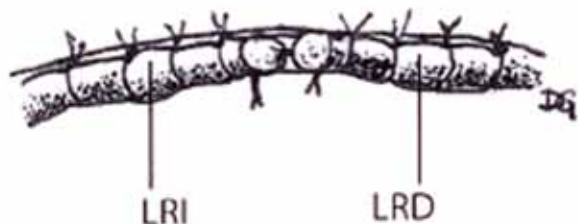


Figura 4. Pexia de la cúpula vaginal. LRI: ligamento redondo izquierdo, LRD: ligamento redondo derecho.

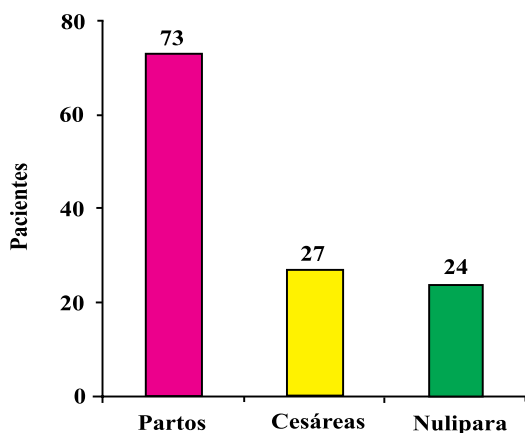


Figura 5. Paridad.

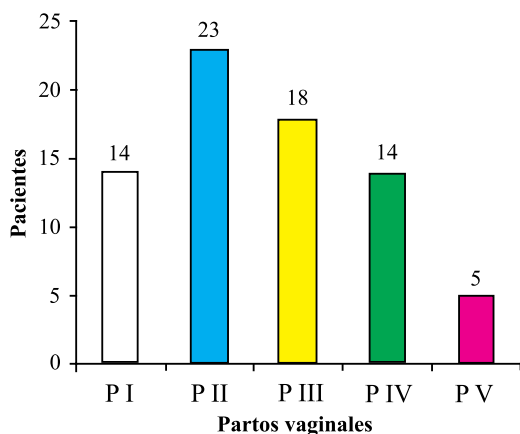


Figura 6. Distribución según paridad.

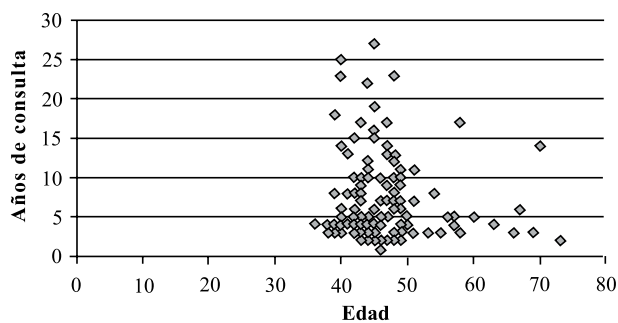


Figura 7. Distribución de pacientes según edad y años de consultas.

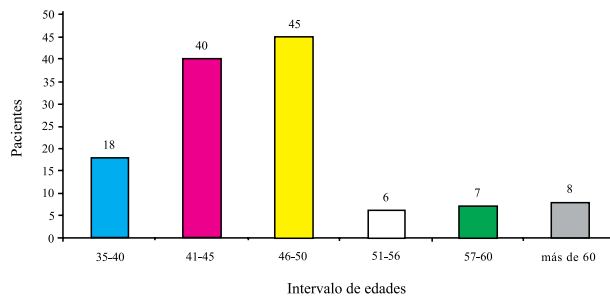


Figura 8. Distribución de las pacientes según intervalo de edades.

### Diagnósticos posoperatorios

Leiomiomatosis uterina: 112 pacientes (90,3 %), tumores de ovario, hiperplasias complejas y cáncer de endometrio en 12 pacientes (9,7 %).

### DISCUSIÓN

Cuando practicamos la histerectomía abdominal total, empleamos los ligamentos redondos para realizar la suspensión de la cúpula vaginal, esta técnica constituye un procedimiento capaz de prevenir el prolapso de la cúpula.

La tracción producida por la fijación de la pared anterior y posterior de la vagina superior a los ligamentos redondos, suele corregir la deficiencia incipiente del compartimiento anterior y posterior de la vagina. La mayoría de las técnicas, solo utilizan la pared posterior de la vagina.

La evaluación preoperatoria para practicar la laparotomía, debe estar sustentada por una revisión

exhaustiva de los genitales externos con la finalidad de detectar algún defecto asociado y corregirlo en el mismo acto quirúrgico.

La histerectomía ocupa el primer lugar de las intervenciones ginecológicas, en Estados Unidos de Norte América se practican alrededor de 650 000 histerectomías cada año.

No podemos comparar nuestra técnica con otras similares ya que no encontramos literatura al respecto (12,13), pero el seguimiento que hicimos de las pacientes intervenidas, en un lapso de tiempo comprendido entre 2 y 27 años, con promedio de 7 años, nos hace pensar que el procedimiento que empleamos es válido.

#### REFERENCIAS

- Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, Harley LW, et al. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: A presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:567-568.
- Coya Núñez F. Depósito en Dirección Nacional del Derecho de Autor Exp. N°03865-NR Inconti DIV. 19/08/99. Dispositivo intravaginal para el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia de orina en la mujer. *Boletín de Marcas y Patentes – Instituto Nacional de Propiedad Industrial.* 2000; 1877 / 341:6-7.
- Maher C, Baessier K, Glazener CMA. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 4: CD004014, 2004.
- Cruikshank SH, Kovac SR. Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:859-865.
- Thompson JD, Warshaw J. Histerectomía. En: Te Linde. *Ginecología Quirúrgica.* 8ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2000.p.794.
- Pinilla GR, Pardo GG. Antibióticoterapia perioperatoria. *Rev Cubana Cir.* 1998;37:126-133.
- Diczfalusy E. Menopause, developing countries and the 21<sup>st</sup> century. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1986;134(Suppl):45-57.
- Manton KG, Soldo BJ. Dynamics of health changes in the oldest old: New perspectives and evidence. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1985;63:206-285.
- Richter, Kurt. Massive eversion of the vagina: Pathogenesis, diagnosis and therapy of the “true” prolapse of the vaginal stump. *Clin Obstet Gynecol.* 1982;25:897-912.
- Echavarría RLG. Fijación sacroespinal en el manejo del prolapso de cúpula vaginal y hernia pélvica: diez años de experiencia. 1992-2002. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2004;55:30-34.
- Morley G, De Lancey J. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;158:872-881.
- Osorio O, Cifuentes CA. Colpopexia sacroespinal. *Medicina de Caldas.* 1993;13:21-26.
- Ruiz B, Córdazar PA, Celades JF. Colpopexia sacroespinal: una alternativa razonable para el manejo del prolapso de cúpula por vía vaginal. *Rev Col Obstet Ginecol.* 1996;47:241-245.

#### Agradecimientos

Al Dr. Itic Zighelboim por su valiosa colaboración en la corrección del manuscrito.

Al Dr. Doménico Guariglia por la cortesía de sus excelentes dibujos ilustrativos.

---

## La Asociación Mundial de Editores Médicos (WAME)

*R Pérez D'Gregorio*

La Asociación Mundial de Editores Médicos (WAME, siglas en inglés de *World Association of Medical Editors*) es una asociación voluntaria que agrupa editores de muchos países que buscan fomentar la cooperación internacional entre los editores y los árbitros de revistas médicas.

La membresía es gratuita y abierta a todos los editores de revistas médicas arbitradas; tiene más de 1 213 miembros que representan 764 revistas de 85 países (para el 7 de julio del año 2005).

WAME ayuda a los editores de revistas médicas a cumplir con la responsabilidad de asegurar que los

informes de la investigación médica provean una información válida, que sea rápidamente accesible a los investigadores, a los clínicos y otros, y a la vez que suministra información para educación y la discusión de los aspectos de la publicación científica.

En particular WAME intenta asistir a los editores de los países en desarrollo y a los editores de revistas pequeñas quienes, frecuentemente, tienen dificultades para obtener manuscritos de alta calidad, que pueden carecer de un entrenamiento formal en la edición, que tienen recursos financieros limitados y poco acceso a expertos en publicación.