



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

ESTUDIO DESCRIPTIVO

FIJACIÓN SACROESPINOSA EN EL MANEJO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL Y HERNIA PÉLVICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA (1992-2002)

SACROSPINAL FIXATION FOR THE TREATMENT OF VAGINAL VAULT PROLAPSE AND PELVIC HERNIA: TEN YEARS OF EXPERIENCE (1992-2002)

*Luis Guillermo Echavarría Restrepo, M.D.**

Recibido: febrero 9/2004 – Revisado: marzo 17/2004 – Aceptado: abril 22/2004

RESUMEN

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación molesta de la histerectomía abdominal o vaginal, que puede presentarse meses o años después de la cirugía. La fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso es una alternativa por la vía vaginal, para corregir el prolapso de cúpula o la hernia pélvica.

Mediante un estudio descriptivo, se pretende dar a conocer los resultados de la fijación de cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso en 130 pacientes sometidas a este procedimiento en cuatro centros de cirugía ginecológica de Medellín, en el periodo comprendido entre 1991 y 2002.

De las pacientes intervenidas se logró hacer seguimiento a 78 de ellas; 32 (41%) tenían cirugía ginecológica previa, y por ende diagnóstico de prolapso de cúpula; 46 (58%) tenían diagnóstico de hernia pélvica.

Se presentaron complicaciones inherentes a la cirugía en un 13% de las pacientes, todas consideradas menores y ninguna puso en peligro la vida de la paciente ni generó secuelas.

En las pacientes que tuvieron seguimiento, que fluctuó entre seis meses y cinco años, se obtuvieron resultados satisfactorios en el 100% para soporte de la cúpula vaginal, pero se presentó relajación de la pared vaginal anterior, cistocele sintomático, en el 12%. No se detectó ninguna recurrencia de prolapso de cúpula vaginal.

La interpretación final está limitada por desconocer el resultado definitivo de las pacientes a las que no se pudo realizar el seguimiento, 40% de pacientes del estudio, que podría introducir un error. El principal motivo de no seguimiento en éstas fue la imposibilidad de localizarlas, por lo que podemos asumir que se pueden comportar como el grupo base del estudio. El promedio de días estancia hospitalaria fue de 1,7.

La fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso parece ser una alternativa eficiente y segura para el manejo de las pacientes con prolapso de cúpula o hernia pélvica.

Palabras clave: fijación sacroespínosa, prolapso de cúpula, colpopexia.

SUMMARY

The prolapse of the vaginal vault is an annoying complication of the abdominal or vaginal

* Jefe del Posgrado Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

hysterectomy that can appear months or years after the surgery. The vaginal fixation of the vault to the sacrospinal ligament is an alternative to correct the prolapse of vault or genital prolapse. This is a description of the results of the fixation of vaginal vault to the sacrospinous ligament in 130 patients who underwent this procedure in four centers of gynecological surgery of Medellín, from 1991 to 2002. Follow up was possible in 78 patients. 32 of the 78 patients (41%) had previous gynecological surgery, and therefore a diagnosis of vaginal vault prolapse. 46 patients (58%) had pelvic herniation. Complications happened in 13% of the patients, all considered minor complications. In the patients followed between 6 months and 5 years satisfactory results were observed in 100% for support of the vaginal vault. Twelve % presented relaxation of the anterior vaginal wall, with symptomatic cystocele. No recurrence of vaginal vault prolapse was seen. Follow up information was not available for 40% of patients of the study as they could not be located. The average days of hospital stay was of 1,7. The fixation of the vault to the sacrospinous ligament may be an efficient and safe alternative for patients with prolapse of pelvic vault or pelvic hernia.

Key words: sacrospinal fixation, vaginal vault prolapse, colpexy.

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento en múltiples niveles de los aspectos sanitarios ha conducido a un incremento notorio en las expectativas de vida de los pacientes, por ello la longevidad de las poblaciones supera la sexta década de la vida. Se suma a esto que la histerectomía es la cirugía ginecológica realizada con más frecuencia en el mundo. Muchas mujeres, entonces, completan así la sumatoria de factores que predisponen al prolapse de órganos pélvicos y de la cúpula vaginal.^{1, 2}

Es común entonces que una de las causas más frecuentes en la consulta ginecológica sea el prolapse genital o, si la paciente ha sido sometida a una histerectomía, el prolapse de cúpula vaginal. Sus

múltiples molestias clínicas, entre otras: sensación de cuerpo extraño en la vagina, humedad genital, obstrucción al flujo fecal o urinario, y dificultad para las relaciones sexuales hacen que las pacientes sometidas a este proceso tengan dificultades para desarrollar sus labores cotidianas y su “calidad de vida” se ve disminuida.³

Existen varias alternativas para el manejo quirúrgico de la hernia pélvica y el prolapse de cúpula: la fijación de la cúpula al sacro por vía abdominal y la fijación de la cúpula al ligamento sacrociático menor por vía vaginal (fijación sacroespínosa). Esta última, descrita por Richter en 1968, ofrece algunas ventajas sobre otras técnicas al tener menor tiempo quirúrgico, menores costos, recuperación más rápida y abordaje quirúrgico más fácil en pacientes con obesidad o contraindicaciones médicas para la laparotomía, todo esto con resultados posquirúrgicos comparables a la colpexia por vía abdominal.⁴⁻⁷

En nuestro medio hay escasos estudios comparativos o descriptivos sobre el uso de estas técnicas quirúrgicas;^{8,9} sin embargo, en los ginecólogos existe la sensación que la colpexia vaginal es una cirugía poco segura y con gran tasa de complicaciones. El propósito de este estudio es describir la experiencia en los centros de práctica del Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana con la fijación sacroespínosa, resultados a corto y largo plazo, complicaciones peri y postoperatorias y días de estancia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal en todas las pacientes del Servicio de Ginecología de la Clínica León XIII-ISS, Unidad Hospitalaria de Castilla y Servicio de Pensionados del Hospital San Vicente de Paúl y Clínica el Rosario que aparecen registradas en los libros de cirugía como sometidas a una fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespínoso, en el periodo comprendido entre junio de 1991 y junio de 2002.

Los datos de las variables para analizar fueron tomados de las historias clínicas de las pacientes

y del examen clínico posterior que se les realizó y consignados en un formulario prediseñado. Se contó con el aval del comité de ética de la Universidad Pontificia Bolivariana y de los distintos centros hospitalarios.

Todas las pacientes involucradas en el estudio fueron sometidas a la fijación sacroespinal, la cual se realizó con la técnica descrita por Randall (1971), que a su vez Osorio⁸ transcribe y se puede resumir brevemente así: preparación de colon y recto y evacuación vesical, posición de litotomía, abordaje y disección roma lateral derecha hasta el retroperitoneo e identificación del ligamento sacroespinal derecho, colocación de separadores de Deaver y rechazo medial del recto; se colocan dos suturas alrededor del ligamento, aproximadamente a 3 cm de la espina con el propósito de evitar las lesiones vasculares, con la ayuda de portaagujas largo y se reparan estos con pinzas hemostáticas, para comenzar posteriormente con la corrección del rectoenterocele si lo hay, debido que al anudar la colpoxia se limita mucho el espacio quirúrgico. Posteriormente se realiza el anudamiento de las suturas, evitando los puentes de estas con el fin de disminuir la posibilidad de lesión del recto. A la paciente se le completa la perineorrafia y como en una histerectomía vaginal se le deja taponamiento y sonda vesical.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se realizaron 130 fijaciones al ligamento sacroespinal y se logró hacer seguimiento a 78 de estas pacientes, que corresponden a un 63,8% del total de mujeres sometidas a este procedimiento, y que son la población en la cual se basa este estudio.

La edad media de las pacientes fue 62 años (DS 10,25). Se distribuyeron en intervalos entre los 36 y 89 años, siendo el grupo de más frecuencia el de 63-71 años.

La distribución en los distintos centros hospitalarios se muestra en la **gráfica 1**; se observa que es un procedimiento que se realiza con más frecuencia en

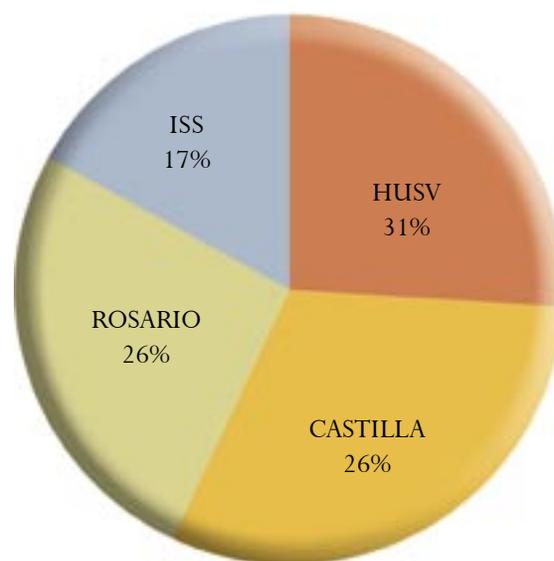
el Servicio de Pensionados del Hospital San Vicente de Paúl (31%).

Del total de pacientes estudiadas se encontró que 32 (41%) tenían cirugía ginecológica previa y por ende su diagnóstico era de prolapso de cúpula vaginal, distribuidas así: histerectomía abdominal total 16 (50%), histerectomía vaginal doce (37,7%), colposacropexia tres (9,3%) (no se tiene en cuenta previo a esto qué tipo de histerectomía se les realizó) y una (3%) tenía el antecedente de fijación sacroespinal previa. De las pacientes, 46 (59%) no presentaban cirugía ginecológica previa y tenían como diagnóstico hernia pélvica.

La cirugía realizada varió de acuerdo al diagnóstico de la paciente: a 46 pacientes (59%) se les practicó histerectomía vaginal más fijación más plastias vaginales; a 29 (37,3%), fijación sacroespinal más plastias y a tres (3,8%), sólo la fijación.

Al revisar las historias clínicas se encontró que no existieron complicaciones intraoperatorias, pero se presentó morbilidad febril en tres pacientes, infección en vías urinarias en cinco, tromboflebitis superficial en una y sangrado catalogado como “leve” en tres; 66 pacientes (84%) no presentaron complicaciones mediatas (**tabla 1**).

En cuanto a complicaciones tardías, se encontró que 66 pacientes (84%) no las tuvieron y de aque-



Gráfica 1. Distribución en los distintos centros hospitalarios

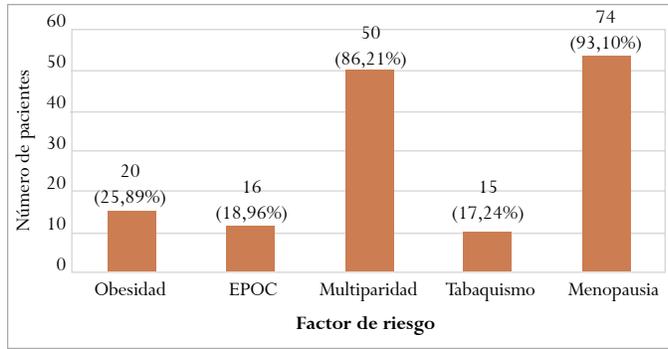


Gráfico 2. Factores de riesgo para prolapso.

llas que sí las presentaron, éstas se subdividieron en: absceso de cúpula cinco (6,5%), disuria cuatro (5,1%), disquexia una (1,2%) y dispareunia dos (2,5%).

El promedio de días estancia hospitalaria fue de 1,7 días, con un intervalo entre uno y cuatro días.

En la **gráfica 2** se muestran los factores de riesgo para relajación de piso pélvico que se encontraron en las pacientes. La menopausia y la multiparidad fueron factores observados en forma frecuente entre las pacientes del estudio.

A las 78 pacientes del estudio se les realizó seguimiento clínico. De ellas, nueve fueron evaluadas antes de los seis meses luego de realizada la cirugía; 21, en un intervalo entre 6 y 18 meses, y 48 (60%) más allá de los 18 meses. Al efectuar esta evaluación posoperatoria, se encuentra que tenían un resultado distribuido así:

Asintomática y cúpula bien suspendida 45 (57%), cistocele asintomático y cúpula bien suspendida 23 (31%) y cúpula bien suspendida pero cistocele sintomático diez (12%).

DISCUSIÓN

Este artículo presenta la experiencia de varios centros hospitalarios de práctica de la Universidad Pontificia Bolivariana con esta técnica quirúrgica que cada día gana más adeptos en el medio, aunque considerada por algunos como “insegura”.

Los doctores Óscar Gómez Ceballos y Orlando Osorio introdujeron la colpopexia sacroespínosa a Colombia, permitiendo la difusión a través de las diferentes escuelas de medicina.^{8,9}

Es el artículo que reúne el mayor número de pacientes sometidas a esta técnica en Colombia y demuestra resultados alentadores con una escasa morbilidad para la paciente, los cuales son comparables con las grandes series de pacientes descritas en la literatura médica.^{4, 6, 10-12}

Cabe resaltar además que en las pacientes evaluadas no se presentaron recurrencias, las cuales tienden a aparecer en el 2,4%, según las series mundiales (**tabla 2**).

En este artículo retrospectivo no se presentan comparaciones con las técnicas de colpopexia por vía abdominal, la cual tiene sus indicaciones precisas y resultados comparables. Sin embargo, la posibilidad de realizar un estudio en nuestra ciudad es difícil, debido a que actualmente casi todos los prolapsos de cúpula se corrigen con colpopexia vaginal al sacroespínoso, en otras escuelas de medicina y otras ciudades del país la técnica de la sacrocolpopexia se utiliza muy frecuentemente.

CONCLUSIONES

- La fijación sacroespínosa en pacientes con prolapso de cúpula o hernia pélvica parece ser una alternativa quirúrgica, con un resultado satisfactorio para soporte de cúpula vaginal en el 100% de las pacientes que fueron seguidas; el 60% tuvo un periodo de observación superior a 18 meses, y el 12% presentó cistocele sintomático.
- El corto periodo de estancia hospitalario (1,7 días) es una ventaja de dicho procedimiento y podría generar menores costos que el abordaje abdominal.
- La histerectomía abdominal fue el procedimiento previo a la cirugía que más se asoció a un prolapso de cúpula.
- Las complicaciones quirúrgicas inmediatas y tardías asociadas a este procedimiento fueron leves y estuvieron ausentes en el 84% de las pacientes, lo cual nos permite concluir que es un procedimiento seguro y de baja morbilidad.
- Los factores de riesgo asociados que predisponen a la relajación de piso pélvico encontrados en esta

Tabla 1. Complicaciones de la fijación sacroespinal.

Autor	Año	No Pacientes	Febril	Hemorragia	Neurológica	Intestinal	Vag. Corta	Infección urinaria	Otras
Nicholls	1982	163	0	0	2	1	3	0	1
Morley	1988	100	20	4	1	0	0	0	0
Impareto	1992	179	36	3	0	0	0	0	0
Cruikshank	1990	48	4	0	0	0	0	0	0
Echavarría	2002	78	3	0	0	0	0	5	0
Total		568	63	7	3	1	3	5	1

Tabla 2. Recurrencias luego de fijación sacroespinal.

Autor	Año	No. Pacientes	No. Recurrencias
Randall	1971	18	0
Nicholls	1982	173	5
Morley	1988	71	3
Impareto	1992	179	1
Cruikshank	1990	48	1
Echavarría	2002	78	0
Total	dd	567 (100%)	10 (1,8%)

investigación fueron los mismos descritos en la literatura médica.

REFERENCIAS

- Diczfalusy E. Menopause, developing countries and the 21st century. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1986;134:45-57.
- Manton KG, Soldo BJ. Dynamics of health changes in the oldest old: new perspectives and evidence. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1985; 63:206-85.
- Thompson JD, Rock JA. Sacrospinous fixation. In: Thompson JD, Rock JA (ed). *Te Linde's operative gynecology*. 7th ed, Philadelphia: Lippincott; 1992. p. 45-72, 746-61, 777-96.
- Randall CL, Nicholls DH. Surgical treatment of vaginal inversion. *Obstet Gynecol* 1971;38:327-32.
- Symmonds RE, Pratt JH. Vaginal prolapse following hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1960;79(5):899-909.
- Cruikshank SH. Sacrospinous fixation-- Should this be performed at the time of vaginal hysterectomy? *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(4):1072-6.
- Morley GW. Vaginal approach to treatment of vaginal vault eversion. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36(4):984-94.
- Osorio O, Cifuentes CA. Colpopexia sacroespinal. *Medicina de Caldas* 1993;13(1):21-6.
- Ruiz B, Cortázar PA, Celades JF. Colpopexia sacroespinal: una alternativa razonable para el manejo del prolapso de cúpula vaginal por vía vaginal. *Rev Colomb Obstet Gynecol* 1996;47:241-5.
- Nichols DH. Sacrospinous fixation for massive eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1982;1:901-4.
- Imparato A, Aspesi G, Rovetta E, Presti M. Surgical management and prevention of vaginal vault prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:233-7.
- Morley GW, DeLancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:872-81.