

PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL Y SU CORRECCIÓN. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Vaginal vault prolapse and correction. Case report and review of literature.

José Manuel Espinal- Rodríguez,¹ José Manuel Espinal-Madrid,² Jessica Erlinda Sabillón-Vallejo,²
Mercy Bustillo-Fiallos,³ Alejandra S. Rosales.³

¹Médico especialista del servicio de ginecología y obstetricia del H.E.U.

²Médico general egresado de U.N.A.H

³Médico en servicio social de U.N.A.H.

RESUMEN. Introducción. El prolapso de cúpula vaginal es una complicación común después de la histerectomía vaginal con un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres y se considera una condición frecuente que alcanza un 40% en mujeres multíparas. Se asocia con disfunción urinaria, anorrectal y sexual. Una clara comprensión del mecanismo de apoyo del útero y la vagina es importante para tomar la decisión adecuada de procedimiento correctivo. El factor de riesgo más importante suelen ser defectos preexistentes del diafragma pélvico antes de la histerectomía. **Caso Clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 60 años de edad, quien acude por sensación de cuerpo extraño protruyendo de vagina de 30 años de evolución, el cual ha incrementado paulatinamente de tamaño, con antecedentes de histerectomía vaginal realizada hace 12 años, y levantamiento de cúpula hace 10 años. Al examen ginecológico se observa descenso de pared vaginal anterior hasta 4 cms por fuera del introito vaginal, además, descenso del recto por la cara posterior de la vagina. Se realiza levantamiento de cúpula vaginal, con resolución exitosa del problema. **Discusión:** El riesgo de prolapso de órganos pélvicos aumenta con la paridad y edad avanzada. La cirugía para corregir dichos defectos de apoyo de órganos pélvicos se ha identificado como factor de riesgo para el desarrollo de esta patología. El manejo debe ser individualizado, teniendo en cuenta la experiencia del cirujano, la edad del paciente, sus comorbilidades, antecedentes de cirugía previa y su vida sexual. **Conclusión:** No hay consenso sobre el mecanismo del prolapso de cúpula, pero lo que es aceptado por todos es la necesidad de evaluar adecuadamente estas pacientes y ponerse de acuerdo sobre el tipo de cirugía que será adecuado para cada circunstancia. **Palabras Clave:** Prolapso de órganos pélvicos, histerectomía, defectos del diafragma pélvico.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico pueden ser consideradas como un problema de salud en el mundo y es una de las indicaciones de cirugía ginecológicas más comunes.¹ A medida que la esperanza de vida de las mujeres aumenta, dichas disfunciones y su tratamiento adquieren una mayor relevancia dentro de nuestra especialidad². Se ha estimado que más del 50% de las mujeres con partos vaginales presentan algún grado de prolapso de órganos pélvicos; aproximadamente un 10-20% de ellas van a presentar sintomatología derivada de su prolapso que fundamentalmente se presentará en forma de tumoración o sensación de pesadez a nivel de genitales pero que también pueden afectar a la esfera urinaria, intestinal y/o sexual.³

En el caso del prolapso de la cúpula vaginal después de una histerectomía, es una patología con impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres, debido a su asociación con disfunción sexual, anorrectal y urinaria. Tiene una incidencia desconocida, sin embargo, en la literatura se ha estimado que se encuentra entre 0,36 a 3,6 por 1.000 mujeres/año.⁴

La fisiopatología se explica con el debilitamiento del diafragma pélvico; el hiato del elevador se agranda permitiendo la protrusión de los órganos pelvianos a través de él. Secundariamente, se produce un aumento de la tensión sobre la fascia endopélvica, causando separación, elongación, adelgazamiento y ruptura de sus fibras. A lo anterior pueden sumarse alteraciones de la pared vaginal por daño directo secundario a traumatismo y cirugía, o indirecto por hipostrogenismo, con resultado de hernias a través del canal vaginal.⁵

Los defectos de la fascia pubocervical o del cuadrante anterior se dividen en cuatro:⁶

- Defectos laterales o paravaginales. En estos hay un defecto de inserción de la fascia endopélvica al arco tendíneo, resultando generalmente en un cistourethrocele con pérdida del ángulo uretrovesical e incontinencia de orina de esfuerzo.
- Defectos transversos proximales. En este tipo de defecto la fascia pubocervical pierde su inserción proximal alrededor del cérvix, produciéndose un cistocele sin urethrocele, con ángulo uretrovesical conservado.
- Defectos centrales. El defecto de la fascia pubocervical se ubica en la línea media. Se produce cistocele, urethrocele o ambos, con o sin IUE (Incontinencia urinaria de esfuerzo) Estos defectos son los más fáciles de reparar.

Recibido para publicación el 12/2015, aceptado el 02/2016

Dirección para correspondencia: Dr. José Manuel Espinal Madrid
Correo electrónico: joseespinal89@hotmail.com

Conflicto de interés. Los autores declaramos no tener conflictos de interés en relación a este artículo.

- e. Defectos transversos distales. También denominados de los ligamentos pubouretrales. Es el defecto menos frecuente y se caracteriza por protrusión uretral con pared vaginal anterior intacta. Hay modificación del ángulo uretrovesical y presenta IUE.

Los defectos de la fascia rectovaginal o del cuadrante posterior, aunque menos uniformes y constantes, se dividen también en cuatro tipos, de la misma manera que los de la fascia pubocervical. Los defectos del cuadrante posterior transversos distal, longitudinal y lateral traen como consecuencia la formación de un rectocele, mientras que los defectos transversos proximales producen enterocele⁷.

Los factores asociados al prolapso son: A. Partos: Numerosos estudios proponen una asociación entre parto vaginal y denervación parcial del diafragma pélvico con su consecuente debilitamiento. Se ha planteado también que la cesárea podría disminuir en parte el riesgo de desarrollar posteriormente prolapso de órganos pélvicos; y estudios recientes han demostrado que la episiotomía rutinaria aumenta la ocurrencia de desgarros severos con aumento del hiato genital y debilitamiento del piso pelviano. B. Defectos del tejido conectivo. Cuando el prolapso aparece en mujeres nulíparas y jóvenes sin otros factores de riesgo que lo expliquen, hace posible que la causa sea secundaria a enfermedades que se caracterizan por defectos en la matriz de colágeno. C. Factores congénitos. Las condiciones que afectan las vías nerviosas espinales bajas o las raíces de los nervios pélvicos (mielomeningocele, espina bífida, mielodisplasia). D. Otros factores asociados. La obesidad, las neuropatías crónicas, el tabaquismo y las alteraciones en el eje del esqueleto axial, por el aumento crónico de la presión intraabdominal^{7,8}.

El diagnóstico de todo prolapso es estrictamente clínico. Sin embargo, existe la posibilidad de utilizar estudios de imagen, en caso de ser necesario, como ser resonancia nuclear magnética dinámica y ultrasonido transperineal 3D (tres dimensiones) y 4D (Cuatro dimensiones)⁹. Para el tratamiento las opciones quirúrgicas para la corrección de prolapso de cúpula se encuentran entre el abordaje vaginal o el abordaje abdominal. La elección del procedimiento debe basarse en la edad del paciente, comorbilidad, cirugía previa y el nivel de actividad física y sexual. También la experiencia del cirujano influye en la elección de la operación. Es importante destacar que una mayor conciencia de la anatomía pélvica y la técnica en el momento de la histerectomía original deberá reducir significativamente la incidencia de prolapso de la bóveda posterior^{7,10}.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 60 años, para 4, Índice de masa corporal (IMC): 34, refiere que desde su último parto (hace 30 años) notó que presentaba incontinencia urinaria y molestias durante sus relaciones sexuales; además fue teniendo la sensación de una pequeña masa que protruía de su vagina, por lo que en el 2004 se le realizó histerectomía vaginal, sin embargo,



Figura 1. Paciente con prolapso de cúpula vaginal grado III. Se observa cúpula sobrepasando el introito vaginal.



Figura 2. Paciente post quirúrgica de levantamiento de cúpula mediante abordaje abdominal con técnica de colposacropexia.

la paciente meses después continuaba con su molestia. En el 2006 se hace el diagnóstico de prolapso de cúpula, por lo que se le practica cirugía correctiva, a lo que la paciente refiere, no haber tenido mejoría-. Desde entonces hasta el 2015 nota que la masa persiste y que va creciendo paulatinamente, acompañándose de incontinencia urinaria de esfuerzo. Acude nuevamente a consulta médica donde al examen ginecológico se observa BUS (Bartholin, Uretra, Skene) y vulva normal, presencia de prolapso de pared posterior y anterior de la pared vaginal hasta 4 cms por fuera del introito vaginal, acompañado de leucorrea amarillenta, el examen pélvico bimanual era normal. Otro hallazgo fue descenso del recto por detrás de la pared posterior de la vagina. La impresión diagnóstica que se dio de la paciente al ingreso fue: Prolapso de cúpula vaginal, rectocele grado III, hipertensión arterial crónica y obesidad grado I. La paciente se ingresó en la sala de ginecología para programación de cirugía. Los valores de laboratorio muestran Hg 15,2 g/dl Htc 44% PLT 225,000 Glucosa 103 g/dl. Se procede a realizar cirugía de levantamiento de cúpula, bajo anestesia raquídea, donde se emplea la técnica de colposacropexia a cielo abierto, sin complicaciones durante el proceso.

La paciente estuvo hospitalizada nueve días, por presentar infección del sitio quirúrgico, para lo cual cumplió cobertura antibiótica. Posteriormente fue dada de alta del hospital y se dio seguimiento, la cual fue encontrada asintomática y con mejoría clínica.

DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos es una condición que se define como la herniación de los órganos pélvicos más allá de las paredes vaginales; éste puede tener un impacto negativo sobre la imagen corporal y la sexualidad.¹¹ La incidencia de prolapso de cúpula vaginal total después de la histerectomía es desconocida, pero se ha estimado en 2,0 a 3,6/1 000 mujeres-años. Cuando hay algún tipo de prolapso asociado, el prolapso de la cúpula presenta una tasa más alta, pudiendo llegar a 15/1 000 mujeres-años, en pacientes cuya histerectomía fue indicada para el tratamiento del prolapso.¹²

Los términos prolapso de la pared vaginal anterior y prolapso de la pared vaginal posterior se prefieren a los términos cistocele y rectocele. La prevalencia exacta es difícil de determinar por varias razones: los diferentes sistemas de clasificación que se han utilizado para el diagnóstico, los estudios varían en función de la tasa de prolapso informada en mujeres que son sintomáticas o asintomáticas, y no se sabe cuántas mujeres con prolapso no buscan atención médica. El riesgo es de 11 a 19% de toda la vida en las mujeres sometidas a cirugía para el prolapso o incontinencia.^{11,12}

Las pacientes pueden cursar con prolapso de estructuras, sensación de presión vaginal, síntomas asociados con disfunción urinaria, defecatoria o sexual, dolor en la espalda baja o dolor pélvico. La severidad de los síntomas no se correlaciona bien con la etapa del prolapso. Los síntomas se relacionan con la posición, a menudo son menos notables en la mañana o en

decúbito supino y empeoran a medida que avanza el día.^{11,13} El diagnóstico se realiza mediante un examen pélvico e historial médico.¹⁴

El tratamiento es individualizado, dependiendo de los síntomas de cada paciente y el impacto en su calidad de vida. El tratamiento está indicado en mujeres con síntomas de prolapso o condiciones asociadas (urinarias, intestinal es o disfunción sexual).^{10,14} En general, el tratamiento no está indicado para las mujeres con prolapso asintomático. La conducta expectante es una opción viable para las mujeres que pueden tolerar los síntomas y prefieren evitar el tratamiento. Las mujeres con prolapso sintomático o asintomático en quienes falle el tratamiento, sobre todo en estadio III o IV, deben ser evaluados de forma periódica para evaluar el desarrollo o empeoramiento de los síntomas urinarios o defecatorios.¹⁴

Las principales cirugías para la corrección de los prolapsos de cúpula vaginal son: *Promonto fijación de la cúpula vaginal*: consiste en fijar el ápice vaginal o el cuello del útero en el promontorio sacro, generalmente con la interposición de malla de material sintético. *Fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso*: Es la cirugía más utilizada en el tratamiento del prolapso apical, manteniendo el eje vaginal próximo al fisiológico. *Colpopexia transcoccígea*: Se basa en el empleo de prótesis de polipropileno en forma de cinturón, que son aplicadas bilateralmente a través de punciones cutáneas en la fosa isquiorrectal y fijadas a la cúpula vaginal, a nivel de los ligamentos sacroespinosos.¹⁵ Estas técnicas sólo se pueden realizar en pacientes de edad avanzada las cuales se encuentran sin actividad sexual y que no deseen tenerla en el futuro. Su éxito supera el 90% teniendo tasa de complicaciones muy bajas.^{1,14,16}

Los abordajes abdominales incluyen: la colposacropexia, la cual es posible realizar tanto a cielo abierto como por laparoscopia y es considerado como el gold standard ya que reporta un éxito entre un 78-100%, otras técnicas incluyen la reparación paravaginal, la suspensión de la bóveda, la plicatura de ligamentos uterosacos, la ligadura del enterocele y la reparación de la pared vaginal posterior.¹⁶ Sin embargo uno de los principales problemas que surgen en la cirugía reconstructiva del suelo pélvico es la recidiva del prolapso tras la intervención que según algunos autores puede llegar al 58%, requiriendo hasta un 13% de reintervenciones.^{13,15} Existe cierta evidencia del potencial beneficio en el uso de material protésico de refuerzo tanto en la reparación primaria como para los casos de recurrencias.^{12,16} La reparación vía abdominal es más eficaz para la restauración en la topografía vaginal; en comparación, las reparaciones vaginales incurrir en una menor morbilidad y tienen una recuperación más corta.¹⁶

CONCLUSIÓN

Es cada vez más frecuente la consulta ginecológica por problemas resultantes del prolapso de órganos pélvicos y mayor las expectativas y exigencias en relación a su tratamiento. El prolapso de la cúpula vaginal no es causa de mortalidad, pero afecta la calidad de vida de las pacientes y es importan-

te conocer sus implicaciones ya que por lo general suele estar acompañado de enterocele, rectocele y cistocele.

Los objetivos del manejo quirúrgico son el alivio de los síntomas, la corrección del defecto del piso pélvico, la restauración del eje normal de la vagina, de la función vesical normal e intestinal y el mantenimiento de un potencial sexual satisfactorio. La

cirugía de corrección del prolapso de órganos pélvicos debe ser adecuada a cada caso tomando en cuenta edad, estilo de vida, grado y tipo de prolapso. La subvaloración de cualquiera de estos aspectos generará un error en la elección de la técnica o materiales a utilizar, haciendo altamente probable las recidivas o la aparición de complicaciones a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Cohen D. Prolapso de órganos pélvicos femenino: lo que debería saber. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(2) 202-209.
2. Kudish B, Iglesia Ch. Posterior wall prolapse and repair. *Clinic Obstet and Gynecol*. 2010; 53(1):59-71.
3. Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams E, Hagen S, Glazener C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. 2010 *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 30(4):CD004014.
4. Martínez Franco E, Amat Tardiu L, Rodríguez Mias N, Cortés Laguna L, Lailla Vicens JM. Tratamiento quirúrgico del prolapso de organos pelvicos mediante Malla Prolift en pacientes con riesgo de recidiva. *Arch Esp Urol*. 2012; 65(6):616-622.
5. López c, Cifuentes C, de los Rios J, Calle G, Castañeda J, Almanza L, et al. Sacrocolpopexia laparoscópica para el tratamiento del prolapso apical: resultados y seguimiento a largo plazo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013; 78(5): 338-343.
6. Freeman RM, Pantazis K, Thomson A, Frappell J, Bombieri L, Moran P, et al. A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of posthysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. *Int Urogynecol J* 2013;24(3):377-84.
7. Braun BH, Rojas TI, González TF, Fernández NM, Ortiz JA. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatologías y técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014; 69(2): 149-156.
8. Cherem Cherem B, Hernández Bañales JC, Contreras Rendón A. Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente hysterectomizada: Caso clínico. *Rev Med Asociación médica chilena*. 2012;57(4):332- 338.
9. Molina Iza E, Altez Navarro C, Ortiz Lorenzo G. Corrección transvaginal del prolapso total de cúpula vaginal con malla de polipropileno: Presentación de caso clínico. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2011;57(2): 113-11616.
10. Borges Sandrino R, Ramón Musibay E. Reparación de los prolapsos de los órganos pélvicos con bandas de polipropileno preobturador. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011; 30(1): 65-75.
11. Palma P, Ricetto C, Hernández M, Olivares JM. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urol Esp*. 2008;32(6):618-623.
12. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ and pelvic floor dysfunction. *Med J Obstet Gynecol*. 2013;175(1):10-17.
13. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Med J Obstet Gynecol* 2010;47(1):3-17.
14. De Lancey J, Morley G. Total colpocleisis for vaginal meversion. *Med Journal Obstet Gynecol*. 2011; 176(6):1228-32.
15. Descouvieres C, Cohen D, et al. Partial Colpectomy: Surgical alternative in elderly patients with severe in Apical Segment. *Am J Obstet Gynecol Rev*.2012; 195:1762-1771.
16. Benson J, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized. 2010 pp:293-303

ABSTRACT. Introduction. The vaginal vault prolapse is a common complication after vaginal hysterectomy with a negative impact on the quality of life of women and is considered a common condition that reaches 40 % in multiparous women. It's associated with urinary, anorectal and sexual dysfunction. A clear understanding of the support mechanism of the uterus and the vagina is important to make the right decision about corrective procedure. The most important risk factor usually is preexisting pelvic floor abnormalities before hysterectomy. **Case report:** We present the case of a 60 year old woman, who consulted for having a mass protruding vagina with 30 years of evolution, which has gradually increased in size, with antecedents of hysterectomy 12 years ago and also, repair of vault vaginal prolapse 10 years ago. Gynecological examination showed descent of the anterior vaginal wall up to 4 cm outside the vaginal opening. Another finding was a rectal prolapse on the back wall of the vagina. The patient underwent a repair of vault vaginal prolapse, with successful resolution of the problem. **Discussion:** The risk of genital prolapse increases with the number of parity and advanced age. The surgery to correct such defects of pelvic organ support has been identified as a risk factor for the development for this pathology. Management should be individualized, taking into account the experience of the surgeon, patient age, comorbidities, previous surgery and their sex life. **Conclusion:** There is no consensus on the mechanism of vaginal vault prolapse, but it is accepted by all the need to properly evaluate these patients and agree on the type of surgery that will be suitable for every circumstance.

Keywords: Pelvic organ prolapse, hysterectomy, pelvic floor abnormalities.