



Corrección del prolapso de cúpula vaginal mediante colpopexia vía abdominal

Correction of vaginal vault prolapse by abdominal colpopexy

Enrique Jesús Reyes Guerrero¹ <http://orcid.org/0000-0002-0420-4428>

Sara Amneris Urgellés Carreras^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-5832-9250>

Guillermo Rodríguez Iglesias¹ <http://orcid.org/0000-0002-2338-0208>

Raiza González Marshall¹ <http://orcid.org/0000-0002-6307-2808>

Vilvia Ramos Zamora¹ <http://orcid.org/0000-0001-7497-1158>

Eneida Gil Agramonte¹ <http://orcid.org/0000-0002-0192-6134>

¹Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: sarauc@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las disfunciones del suelo pélvico se consideran un problema de salud en el mundo y constituyen una de las indicaciones de operaciones ginecológicas más comunes. Entre sus variantes está el prolapso de la cúpula vaginal.

Objetivos: Evaluar los resultados de la corrección del prolapso de cúpula vaginal por la técnica de colpopexia, mediante fijación con tiras aponeuróticas a la pared abdominal anterior.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo. Las variables utilizadas fueron la edad, presencia de comorbilidades, el número de cirugías previas y el grado de satisfacción subjetivo de las pacientes, luego del procedimiento.

Resultados: Hubo predominio de edades avanzadas en la muestra estudiada con 89,5 % de pacientes mayores de 55 años. En la mayoría de las pacientes se encontró una o más comorbilidades que favorecieron la presencia de esta afección. Un total de 8 pacientes habían sido sometidas a una cirugía

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



correctora previa para el prolapso (30,7 %). Al mes de la cirugía el 80,7 % tenía una puntuación de 1-3 de la escala de evaluación PGI-I, valor que fue en ascenso y alcanzó el 96,1 % a los 3 meses, el 100 % a los 6 meses y al año.

Conclusiones: La corrección del prolapso de la cúpula vaginal, mediante colpopexia por vía abdominal es una alternativa de tratamiento para las pacientes, fundamentalmente jóvenes o que quieren conservar la funcionalidad vaginal y la vida sexual activa.

Palabras clave: prolapso de cúpula vaginal, colpopexia abdominal.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic floor dysfunctions are considered a health problem in the world, and constitute one of the most common indications for gynecological surgery. Among its variants is the prolapse of the vaginal vault.

Objectives: To evaluate the results of the correction of the vaginal vault prolapse by the colpopexy technique by means of fixation with aponeurotic strips to the anterior abdominal wall.

Methods: An observational, descriptive, retrospective study was carried out. The variables used were age, presence of comorbidities, the number of previous surgeries and the degree of subjective satisfaction of the patients after the procedure.

Results: There was a predominance of advanced ages in the sample studied with 89.5% of patients older than 55 years. In most of the patients, one or more comorbidities were found that favored the presence of this condition. A total of 8 patients had undergone previous corrective surgery for the prolapse (30.7%). One month after surgery, 80.7% had a score of 1-3 on the evaluation, a value that increased and reached 96.1% at 3 months, and 100% at 6 months, and one year.

Conclusions: Vaginal vault prolapse correction by mean of abdominal way colpopexy is therapeutic alternative, mainly young, and those who want to preserve vaginal functionality, and active sexual life.

Keywords: vaginal vault prolapse, abdominal colpopexy.



Recibido: 16/06/2022

Aprobado: 30/11/2022

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico se consideran un problema de salud en el mundo y constituyen una de las indicaciones de operaciones ginecológicas más comunes. Entre sus variantes está el prolapso de la cúpula vaginal. Alrededor del 10 al 20 % de las pacientes que lo presenta refiere síntomas, fundamentalmente tumoración o sensación de pesadez en los genitales. Puede presentar también alteración del sistema urinario, intestinal o disfunción sexual.^(1,2)

La incidencia de prolapso de cúpula vaginal se encuentra según la literatura revisada entre 3 y 4 por cada 1 000 mujeres, con un riesgo de 1 % a los 3 años y de un 5 % a los 17 años después de una histerectomía. La mayoría de los reportes coinciden en que aproximadamente la tercera parte de la población femenina sería candidata a algún grado de relajación del suelo pélvico y el 45 % resulta histerectomizada antes de los 58 a 60 años, cifras de recurrencia no despreciable.^(3,4)

El tratamiento tiene como opciones la cleisis o cierre total de la vagina (en pacientes que no tienen relaciones sexuales, que por su edad y comorbilidades pudieran tener algún riesgo desde el punto de vista quirúrgico o anestésico) y la colposuspensión por vía abdominal, técnica que se utiliza en las mujeres que mantienen la funcionalidad vaginal, con vida sexual activa. El abordaje quirúrgico puede ser videolaparoscópico.⁽⁵⁾

Las referencias en la literatura abarcan varias técnicas quirúrgicas para el abordaje de esta disfunción. Los primeros reportes fueron publicados por Ward en 1938 y describen la fijación de la cúpula vaginal a la pared abdominal; le siguen los de Richardson y Williams en 1952. En 1954, Arthur y Savage propusieron la fijación de la vagina a la cara anterior del sacro, sin modificar la inclinación y el eje axial. Actualmente se preconiza el tratamiento quirúrgico por mínimo acceso, a través de la laparoscopia, con el uso de materiales biodegradables.⁽⁶⁾

Independientemente de la preferencia que tengan los cirujanos por uno u otro método de abordaje quirúrgico, las ventajas y desventajas han sido motivo de estudio y análisis. La colposuspensión por vía

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



abdominal utiliza bandas aponeuróticas de los rectos abdominales, para la fijación del ápex a la pared abdominal.⁽⁷⁾ En Cuba no existen referencias que relacionen el tratamiento del prolapso de la cúpula con esta técnica.

Varios autores plantean que la colpopexia abdominal presenta menor riesgo de recurrencia y menor índice de dispareunia, que la fijación vaginal al sacro espinoso, aunque se asocia con mayor número de complicaciones. No obstante, se recomienda como opción para las mujeres jóvenes.^(7,8)

Este trabajo se propuso evaluar los resultados de la corrección del prolapso de cúpula vaginal por la técnica de colpopexia, mediante fijación con tiras aponeuróticas a la pared abdominal anterior.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en una serie de pacientes con diagnóstico de prolapso total de la cúpula vaginal intervenidas en un periodo de 8 años, en el servicio de ginecología del Hospital Militar Central “Dr. Luís Díaz Soto”.

Fueron estudiadas 26 pacientes, 14 con antecedentes de histerectomía abdominal y 12 de histerectomía por prolapso uterino, operadas por vía vaginal.

Las variables recogidas fueron:

- Edad (agrupada en 35-55 años; 56-69 años; más de 70 años).
- Tipo de cirugía (vía de abordaje de la histerectomía previa).
- Comorbilidades (diabetes, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad).
- Cifra de operaciones previas para corrección del prolapso.
- Resultados de la encuesta de satisfacción después de la cirugía.

Se tomaron los datos del seguimiento clínico en consulta externa al mes, 3 meses, 6 meses y 1 al año de operadas. Para la evaluación de la satisfacción de las pacientes se utilizó el índice *Patient Global Impression of Improvement* (PGI-I),⁽⁹⁾ escala subjetiva que solicita a la paciente clasificar el alivio obtenido con el tratamiento y se determina a través del puntaje, con la siguiente interpretación:

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



- Muchísimo mejor: 1 punto.
- Mucho mejor: 2 puntos.
- Un poco mejor: 3 puntos.
- Ningún cambio: 4 puntos.
- Un poco peor: 5 puntos.
- Mucho peor: 6 puntos.
- Muchísimo peor: 7 puntos.

Se consideró como resultado exitoso un PGI-I entre 1 y 3.

La técnica quirúrgica realizada fue la colpopexia abdominal, mediante fijación del ápex con bandas aponeuróticas a la pared anterior del abdomen. Consiste en colocar a la paciente en posición de decúbito supino, se realiza anestesia general orotraqueal, asepsia, antisepsia del campo quirúrgico y colocación de una prótesis en la vagina, para que ascienda y facilitar su localización. Se realiza incisión de Pfannestiel por planos, hasta la aponeurosis anterior de los rectos abdominales. Se disecciona la aponeurosis reseccionando 2 tiras aponeuróticas de 1,5 cm de ancho, que se seccionan en la línea media y se accede a la cavidad abdominal. Se localiza la cúpula vaginal y se toma con pinzas de Allis, se labra un túnel subperitoneal hasta la cúpula vaginal, con incisión y apertura del peritoneo visceral a nivel de la cúpula, se fijan ambas tiras aponeuróticas al ápex de la vagina mediante sutura no absorbible. Se cierra el peritoneo con sutura absorbible a corto plazo y se complementa con el cierre del saco de Douglas mediante suturas de material no absorbible, en bolsa de tabaco, según la técnica de Moscovitz, con el objetivo de reparar el enterocele y evitar recidivas. Se culmina con el cierre habitual de la pared abdominal por planos.⁽¹⁰⁾

Se confeccionó una base de datos en Excel, partir de la información obtenida de las historias clínicas de las pacientes. Las variables fueron analizadas mediante frecuencias absolutas y relativas, los resultados se exponen en tablas.

La investigación se realizó de acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki⁽¹¹⁾ y las reglas éticas de confidencialidad con los datos utilizados en el estudio. Todos los datos fueron anonimizados para su análisis.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



RESULTADOS

Se aprecia en la tabla 1 que el 46,1 % de las pacientes con prolapso de cúpula tenían como intervención quirúrgica previa una histerectomía abdominal y el 53,8 % una histerectomía por vía vaginal. La mayoría de los casos tratados tuvieron 56 o más años de edad (88,5 %).

Tabla 1 - Distribución de las pacientes según la edad y tipo de cirugía previa

Edades	Tipo de cirugía previa				Total	%
	Histerectomía abdominal		Histerectomía vaginal			
	n	%	n	%		
35-55 años	1	8,3	2	14,2	3	11,5
56-69 años	9	75	9	64,2	18	69,2
Más de 70 años	2	16,6	3	21,4	5	19,3
Total	12	46,1	14	53,8	26	100

Se observa en la tabla 2 la presencia de comorbilidades previas al procedimiento. El 42,3 % presentó varias comorbilidades; el tabaquismo con 23,07 % y la obesidad con 15,3 % fueron las más frecuentes.

Tabla 2 - Distribución de las pacientes según comorbilidades presentes al momento de la cirugía

Comorbilidades	n	%
Diabetes mellitus	2	7,6
EPOC	3	11,5
Obesidad	4	15,3
Tabaquismo	6	23,07
Varias comorbilidades	11	42,3
Total	26	100

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En la tabla 3 se muestra la frecuencia de pacientes con intervenciones quirúrgicas previas. El 30,5 % tuvo el antecedente; 2 pacientes fueron tratadas en 2 ocasiones (7,6 %) y un en 3 (3,8 %).



Tabla 3 - Distribución de las pacientes según antecedentes de cirugías previas para corrección del prolapso

Número de correcciones previas	n	%
1	5	19,2
2	2	7,6
3 o más	1	3,8
Total	8	30,7

La mejoría clínica, evaluada a través de la escala PGI-I se muestra en la tabla 4. Al mes de la cirugía, el 80,7 % tenía una puntuación de 1-3 de la escala; a los 3 meses el 96,1 % y el 100 % a los 6 meses.

Tabla 4 – Mejoría clínica de las pacientes según el tiempo de evolución y resultados del índice PGI-I

Índice PGI-I	Tiempo de evolución posoperatoria							
	1 mes		3 meses		6 meses		1 año	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	21	80,7	25	96,1	26	100	26	100
4-5	4	15,3	1	3,8	-	-	-	-
6-7	1	3,8	-	-	-	-	-	-
Total	26	100	26	100	26	100	26	100

DISCUSIÓN

A medida que avanza la edad se produce mayor disrupción del suelo pélvico en la mujer, lo cual es más notorio con el aumento en la expectativa de vida. El resultado de esta serie en relación a la edad coincide con otros estudios revisados.⁽¹²⁾

Existen evidencias de la asociación de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el tabaquismo y la obesidad, con la aparición de prolapso ginecológico. Estos factores, además se relacionan con la evolución desfavorable, tanto del tratamiento quirúrgico como del rehabilitador. El tabaquismo, principalmente en las que consumen cantidades superiores a 20 cigarrillos, y los trabajos que requieren esfuerzo físico, son factores de riesgo,



relacionados significativamente con el desarrollo de los prolapsos del aparato ginecológico.^(13,14) Tal y como se describe, el porcentaje de pacientes que fuman es de casi el 25 %; resultados similares han sido encontrados en la literatura revisada.^(13,14)

De las pacientes del estudio, un tercio habían sido operadas con anterioridad, mediante alguna técnica de reparación del prolapso. En todas, la disfunción fue resuelta definitivamente con la técnica realizada.

Las tasas de éxito reportadas en la bibliografía consultada, oscilan entre 70 % y el 100 %, ^(15,16,17) similar a lo encontrado en este trabajo. Otros autores presentan cifras de 89 % al 98 %.^(18,19)

La restitución funcional del suelo pélvico es un proceso complejo y hay autores que describen tasas de curación objetiva, que van de 75 % al 100 %, y de curación subjetiva mayores de 89 %.⁽¹⁹⁾

La corrección del prolapso de la cúpula vaginal, mediante colpopexia por vía abdominal es una alternativa de tratamiento para las pacientes, fundamentalmente jóvenes o que quieren conservar la funcionalidad vaginal y la vida sexual activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Rodríguez N, Martínez-Torres J, García-Delgado J, Rodríguez-Adams E, Rodríguez-Lara H. Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. *Investigaciones Médico quirúrgicas*. 2019 [acceso: 18/04/2022]; 11(1):1-25. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/470>
2. Cruz-Hernández M, Barreras-González J, Gallinat-Martin Y, Morera-Pérez M. Sacrocolpopexia laparoscópica como modalidad de tratamiento en las pacientes con prolapso de cúpula vaginal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018 [acceso: 16/04/2022]; 43(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/193>
3. Leyva-Vázquez F, García-Rodríguez M. Histerectomía vaginal convencional y vaginal asistida por laparoscopia en pacientes sin prolapso uterino. *Archivo Médico Camagüey*. 2021 [acceso: 11/04/2022]; 25(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7848>
4. Romero Barra P, Viguera Torrealba S, Pineda Alarcón R, Miranda Hermosilla V. Histeropexia vs histerectomía para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital: revisión sistemática. *Ars Medica*. 2019 [acceso: 18/04/2022]; 44(3):54–61. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1555>



5. De Petris Valentina V, Laiz Domingo R, Castro Francisco L. Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago-Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2017 [acceso: 18/04/2022]; 82(5):480-90. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500480>
6. Fonnegra Miramón A, Guzmán Alandete RD. Tratamiento del prolapso de cúpula vaginal por la colpocistopexia vía abdominal. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 1963 [acceso: 10/04/2022]; 14(6):631-5. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2421>
7. Kaplan F, Quinchavil H, Riera P, Flores R, Becerra O, Hevia T. Colposacropexia abdominal abierta con malla mixta en el prolapso de cúpula vaginal: experiencia en el Hospital de Quilpué, Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2015 [acceso: 22/09/2022]; 80(3):215-20. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000300003
8. Espinal- Rodríguez JM, Espinal-Madrid JM, Sabillón-Vallejo JE, Bustillo-Fiallos M, Rosales A. Prolapso de cúpula vaginal y su corrección. Caso clínico y revisión de literatura. Rev Med Hondur. 2016 [acceso: 12/05/2022]; 84(1,2):41-4. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-1-2-2016-9.pdf>
9. Douglas S, Lutz A, McVary KT, Masson P, Winters JC, Laborde E. Validation of the Patient Global Impression of Improvement for Penile Prosthesis. Ochsner J. 2016 [acceso: 12/05/2022]; 16(4):492-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158156/>
10. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Ann Surg. 2009; 250(2):187-96. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2
11. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil, Fortaleza: 64^a Asamblea General AMM; 2013 [acceso: 18/04/2020]. Disponible en: <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/-Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1>



12. Pisón R, Laufer J, Scasso S, Blengio V, Pertuso I, Bentancor V, et al. Corrección del defecto apical. Revisión y serie de casos. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2021 [acceso: 24/04/2022]; 59(2):106-18. Disponible en: <https://ago.uy/descargar/adjunto/76-jkofeq-ago59-2-art3.pdf>
13. Dahl Pedersen K, Hojriis Storkholm M, Moller Bek K, Glavind-Kristensen M, Greisen S. Recurrent apical prolapse after high uterosacral ligament suspension in a heterogenous cohort characterised by a high prevalence of previous pelvic operations. BMC Women's Health. 2019 [acceso: 24/04/2022]; 19:96. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0800-8>
14. Franklin JE. Prolapso de cúpula vaginal, prevalencia en mujeres en climaterio, en el Quindío, Colombia, 2007-2017. Urol Colomb. 2021 [acceso: 24/04/2022]; 30:40–47. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1714723.pdf>
15. De Petris V, Laiz D, Castro F. Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago-Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2017 [acceso: 19/03/2022]; 82(5):480-90. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500480>
16. Cruz-Hernández M, Barreras-González J, Gallinat-Martin Y, Morera-Pérez M. Recurrencia en pacientes intervenidas mediante sacrocolpexia laparoscópica por prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía. Rev Cub Obst Ginecol. 2018 [acceso: 19/03/2022]; 43(4):33-42. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/222>
17. Park YH, Yang SC, Park ST, Park SH, Kim HB. Laparoscopic reconstructive surgery is superior to vaginal reconstruction in the pelvic organ prolapse. Int J Med Sci. 2014 [acceso: 19/03/2022]; 11(11):1082-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147633/>
18. Rondón-Tapia M, Reyna-Villasmil E, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Torres-Cepeda D, Fernández-Ramírez A. Culdoplastía de Mayo o colposacropexia abdominal en la corrección del prolapso de la cúpula vaginal post hysterectomía. Revista científica INSPILIP. 2018 [acceso: 19/03/2022]; 2(2):1-15. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980300/culdoplastia-de-mayo-o-colposacropexia-abdominal.pdf>



19. Sutkin G, Zyczynski HM, Sridhar A, Jelovsek JE, Rardin CR, Mazloomdoost D, et al. Association between Adjuvant Posterior Repair and Success of Native Tissue Apical Suspension. Am J Obstet Gynecol. 2020 [acceso: 19/03/2022]; 222(2):161.e1–161.e8. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.024>

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses declarados por todos los autores.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Enrique Reyes Guerrero.*

Investigación: *Sara Urgellés Carreras, Guillermo Rodríguez Iglesias.*

Metodología: *Raiza González Marshall, Vilvia Ramos Zamora.*

Validación: *Enrique Reyes Guerrero.*

Visualización: *Enrique Reyes Guerrero.*

Redacción – borrador original: *Sara Urgellés Carreras.*

Redacción – revisión y edición: *Eneida Gil Agramonte.*