

PROLAPSO DE CUPULA

Angélica Vargas Campos*

Fernando Otárola Álvarez**

INTRODUCCION

El prolapso de cúpula después de una histerectomía, es una complicación poco frecuente, pero causa de frustración, en el médico y angustia en la paciente (2). Diversos factores pueden predisponer al prolapso como son: edad, paridad, estado del soporte pélvico al momento de la histerectomía; hallazgos en el momento operatorio, como por ejemplo: fibrosis de ligamentos, enterocéle, que pueden pasar desapercibidos. La técnica y la destreza del cirujano así como la evolución del postoperatorio. El tratamiento de este padecimiento ha evolucionado a través del tiempo, desde el uso de pesarios vaginales, técnicas de suspensión de cúpula abdominal (4), especialmente en aquellas pacientes que deseen preservar la función sexual; afortunadamente, la mayoría de estas pacientes son seniles, y no mantienen actividad sexual. Se utilizan también técnicas vaginales, colpopereínocefalias, corrección enterocéles y diversos tipos de colpopleisis. el riesgo de recidivas posterior a cirugía correctiva existe y depende de las características de la paciente, de la técnica utilizada y destreza del médico, así como de la evolución postoperatoria. A continuación revisaremos una serie de casos, analizando cirugía previa, tipo de reparación y evolución posterior, especialmente para evaluar la efectividad de la colpopleisis y técnicas vaginales frente a las técnicas abdominales.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan 30 casos de pacientes tratadas por prolapso de cúpula post-histerectomía, ya sea de tipo vaginal o abdominal. Realizado en el Departamento de estadística pélvica, del Servicio de Ginecología, Hospital México. El período de estudio abarca desde 1967 hasta 1987. Se obtuvo el total de 30 casos en los que se logró documentar los datos completos. El estudio es de tipo retrospectivo y se hará un análisis de tipo descriptivo. Se analizan datos generales de las pacientes: edad, estado civil, paridad, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía previa al prolapso y técnica de reparación, con evaluación de los resultados post-operatorios a los 2 años. Del total de las pacientes, 15 habían tenido la primera cirugía en otro hospital; por esta razón, se analizarán en forma separada, dividiéndolas en grupos A y B para su diferenciación. No se logró establecer datos sobre peso/talla, por ausencia de éstos en la mayoría de

los expedientes. La revisión bibliográfica realizada hasta el año 1986 con los recursos existentes, reveló una escasez de bibliografía sobre el tema, encontrándose únicamente, artículos correspondientes a la década del 70 y en escaso número.

RESULTADOS

La edad promedio para el grupo de las 30 pacientes, fue de 62.5 años, con rango entre los 39 y 80 años de edad. La distribución por edades se observa en el cuadro N° 1, que muestra el mayor número entre los 61-70 años y que está de acuerdo con otras series publicadas (3).

CUADRO N° 1
EDAD

EDAD	N° PACIENTES
30 - 40	1
41 - 50	3
51 - 60	8
61 - 70	12
71 - 80	6
TOTAL:	30

CUADRO N° 2
-ESTADO CIVIL-

ESTADO CIVIL	N°	%
Casadas	22	73.33
Solteras	2	6.66
Viudas	5	16.66
Unión libre	1	3.33
TOTAL	30	100.00

* Jefe de Residentes Servicio de Gineco-Obstetricia.
Hospital México. C.C.S.S.

** Asistente Especialista. Servicio de Ginecología..
Hospital México. C.C.S.S.

En relación al estado civil, se encontró que el 73% de las pacientes se encontraban casadas, un 16% viudas, correspondiendo el resto a pacientes solteras o en unión libre. En su mayoría estas pacientes no mantenían actividad sexual, debiendo de plantearse técnicas abdominales, para aquellas que sí la tenían.

CUADRO Nº 3

Nº HIJOS	GESTAS	PARA	ABORTOS
<5	9	11	10
5-9	10	9	-
>10	11	10	-

En el cuadro Nº 3 podemos observar que la mayoría de las pacientes, tuvieron más de 5 hijos, contribuyendo esto probablemente, a la relajación pélvica predisponente al prolapso de cúpula vaginal posterior a la histerectomía. De las 30 pacientes, sólo en 7 se documentó patología sistemática con: hipertensión arterial en tratamiento, y una con asma de 20 años de evolución. No se encontró ninguna paciente con antecedentes de tabaquismo o alguna otra alteración patológica.

CUADRO Nº 4
- TIPO CIRUGIA PREVIA-

TIPO CIRUGIA	TOTAL	H. MEXICO	OTRO HOSPITAL
Abdominal	19	8	11
Vaginal	11	7	4
TOTAL:	30	15	15

En 15 de las 30 pacientes la cirugía previa se realizó en otro hospital, correspondiendo 11 a cirugía por vía abdominal y 4 a cirugía vaginal. Las restantes 15 pacientes fueron operadas primariamente en este hospital, con proporción similar, de 8 pacientes por la vía abdominal y 7 por vía vaginal. No se documentaron accidentes transoperatorios en ninguna de las intervenciones quirúrgicas. La sepsis complicó 1 de las 7 cirugías vaginales. Para las técnicas abdominales se reportó infección, en 5 pacientes, 2 de ellas con infección a nivel abdominal y otras 2, con infección y dehiscencia de cúpula vaginal; y 1 paciente con bronconeumonía, no se encontró relación con tiempo operatorio. No se documentó problema de sepsis urinaria, como ha sido reportado por otros autores (4). La elección de la técnica para el grupo A, se basó en las características propias de cada paciente.

CUADRO Nº 5
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LAS PACIENTES OPERADAS
EN EL HOSPITAL MEXICO

(Abdominal)

DIAGNOSTICO	TIPO CIRUGIA
1. Adenoca. cérvix I-B	Panhisterectomía
2. Prolapso uterino III	HTA + SOB
3. Prolapso urogenital III	HTA
4. Ca. in situ	Telinde
5. Prolapso uterino, elong. cérvix, cirugía vaginal previa	HTA + SOB
6. Retroversión uterina, prolapso urogenital II	HTA + SOB
7. Prolapso uterino III	HTA + SOB
8. Prolapso uterino total ulcerado, leiomiomatosis uterina calcificada	HTA + SOB

El diagnóstico preoperatorio de las pacientes operadas por vía abdominal, se desglosa en el cuadro Nº 5, donde podemos observar que 6 de los 8 diagnósticos corresponden a prolapso urogenital grado II y III.

CUADRO Nº 6
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LAS PACIENTES OPERADAS
EN EL HOSPITAL MEXICO
(Vaginal)

DIAGNOSTICO	TIPO CIRUGIA
1. Prolapso urogenital ulcerado	Whelland + Colpo. ant. y post.
2. Prolapso urog. III	Whelland
3. Prolapso urog. III	Whelland
4. Prolapso urog. III	Heaney
5. Prolapso urog. III + entorocela	HTV
6. Prolapso urog. III + entorocela	Whelland
7. Prolapso urog. III	HTV

Para las pacientes operadas por vía vaginal, encontramos que todos los diagnósticos corresponden a prolapso urogenital grado III.

CUADRO Nº 7
TIEMPO OPERATORIO Y TIPO DE CIRUGIA
-GRUPO A-

TIPO DE CIRUGIA	0 - 60'	60 - 120'	120' y +
HTA Richardson	2	4	-
HTA ampliada	-	1	1
HTV Whelland	-	4	-
HTV Heaney	3	-	-

Tiempo operatorio varió en rango para cirugías abdominales: 40' a 5 h-10', y para las cirugías vaginales de: 20' a 1 h-40' (Cuadro N° 7). Podemos observar que para ambos tipos de cirugía, el tiempo operatorio osciló, en la mayoría, entre los 60 y 120 minutos.

CUADRO N° 8
TIEMPO DE APARICION DEL PROLAPSO
CUPULA PARA GRUPO A

ABDOMINAL

0 - 6 meses	= 1
7 - 12 meses	= 2
13 m. y más	= 5

En la mayoría de los casos de cirugía abdominal, la recidiva se presentó después de un año de realizada la intervención.

VAGINAL

0 - 6 meses	= 4
7 - 12 meses	= 0
13 m. y más	= 3

Para el grupo de cirugía vaginal, la recidiva fue principalmente observada antes de los 6 meses, reflejando probablemente enteroceles no detectados.

CUADRO N° 9
TIPO DE CIRUGIA CORRECTIVA Y RELACION CON RECIDIVAS PARA
EL GRUPO A
(Abdominal)

TIPO DE CIRUGIA	RECIDIVA	II CIRUGIA	RECIDIVA
Colpocleisis Godall - Power	no		
Godall - Power	no		
Técnica de Lang	8m	Colpocleisis Le Ford	no
Colpocleisis Le Ford	no		
Colpocleisis Le Ford	no		
Vaginectomía colpo. ant. y post.	no		
Colpocleisis Godall - Power	no		
Colpocleisis Le Ford	no		

En el cuadro N° 9 se desglosa el tipo de cirugía utilizada en la reparación del prolapso de cúpula en las pacientes con cirugía previa abdominal. Encontramos colpocleisis por la técnica de Godall-Power en 3 pacientes, al igual que para la técnica de Ford. En un caso se realizó vaginectomía más colporrafia anterior y posterior. Es sobresaliente el hecho de que el único caso en que se corrigió por vía abdominal (técnica de Lang) hubo recidiva, la cual fue nuevamente corregida por colpocleisis Le Ford, sin evidencia de recidivas, en controles subsiguientes. La cirugía abdominal previa fue panhisterectomía y presentó bronconeumonía postoperatoria.

CUADRO N° 10
TIPO DE CIRUGIA CORRECTIVA Y RELACION CON RECIDIVAS PARA EL
GRUPO A
(Vaginal)

TIPO DE CIRUGIA	RECIDIVA	II CIRUGIA	RECIDIVA
Corrección enterocela	no		
Colpocleisis Godall - Power	no		
Vaginectom., colpo. ant. y post. -enterocela.	no		
Vaginectomía corrección enterocela	no		
Colpocleisis Le Ford	no		
Vaginectomía corrección enterocela	no		
Corrección enterocela Colpo. posterior	no		

Si vemos la técnica correctiva utilizada en el grupo de cirugía previa vaginal, llama la atención que todas fueron corregidas por la técnica vaginal, que incluyó colpocleisis por Godall-Power y Le Ford para dos pacientes, respectivamente. En 3 casos: vaginectomía más corrección de enterocela coexiste y en 2 casos el problema fue resuelto, con corrección de enterocela, únicamente.

CUADRO N° 11
TIEMPO POSTOPERATORIO DE
APARICION PARA EL GRUPO B

ABDOMINAL

0 - 6 m.	= 0
7 - 12 m.	= 2
12 m. y +	= 9

VAGINAL

0 - 6 m.	= 1
7 - 12 m.	= -
12 m. y +	= 3

Tomando el grupo B y analizando el tiempo de aparición postoperatoria, encontramos que para las técnicas abdominales previas, el prolapso ocurrió después de los 12 meses en la mayoría de las pacientes, tendencia que se observa, también, en el grupo de cirugía previa vaginal.

CUADRO Nº 12
TIPO DE CIRUGIA CORRECTIVA PARA EL GRUPO B
(Vaginal)

TIPO DE CIRUGIA	RECIDIVA	II CIRUGIA	RECIDIVA
Fijación cúpula vaginal al sacro	sí	Vaginopexia	sí *
Colpocleisis	no		
Fijación cúpula a sacro	no seguimiento		
Colpocleisis Le Ford	no		

* Ameritó 16 meses después colpocleisis de Ford

En el cuadro Nº 12 observamos el comportamiento por cirugía correctiva para el grupo con primera técnica vaginal; una de las pacientes presentó recidiva en 2 ocasiones, posterior a fijación cúpula vaginal al sacro, que fue corregida por vaginopexia de lang y ameritó posteriormente colpocleisis Le Ford.

CUADRO Nº 13
TIPO DE CIRUGIA CORRECTIVA PARA EL GRUPO B
(Abdominal)

TIPO DE CIRUGIA	RECIDIVA	II CIRUGIA	RECIDIVA 12 m.
Ligamentopexia de cúpula	4 años	Colpocleisis	no
Colpocleisis G. Power.	no		
Suspensión cúpula vaginal + Colpo. ant. - post.	5 años	Le Ford	no
Colpocleisis Le Ford	no		
Colpocleisis	no		
Colpocleisis Le Ford	no		
Colpocleisis Le Ford	no		
Colpo. anterior. Corrección enterocele. Vaginectomía	no		
Corrección enterocele, vaginectomía.	no		
Vaginectomía.	no		
Colpocleisis Le Ford	8 meses	Vaginectomía Colpoperineorrافی	no

En las pacientes operadas por vía abdominal en el grupo B, encontramos el mismo comportamiento de recidivas, según técnica de reparación. (Cuadro Nº 13). De las 11 pacientes hubo 3 recidivas, dos de las cuales correspondían a técnicas de reparación abdominal (liga-

mentopexia cúpula y suspensión cúpula vaginal); ambas fueron reintervenidas por colpocleisis. Sólo una de las recidivas correspondió a una cirugía correctiva tipo Le Ford.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Las pacientes del estudio en su mayoría fueron mayores de 50 años, con posible relajación pélvica secundaria a su edad, que predispondría a un mayor riesgo de prolapso postoperatorio.
2. El número de hijos fue grande en el grupo de pacientes, factor también predisponente al prolapso de cúpula por relajamiento del piso pélvico.
3. El prolapso de cúpula se produce casi con la misma frecuencia, en pacientes con cirugía previa abdominal o vaginal, especialmente el diagnóstico preoperatorio de la cirugía abdominal sea por alteración de la estática pélvica.
4. El tiempo operatorio no parece influir en la frecuencia del prolapso de cúpula.
5. El tiempo de aparición del prolapso de cúpula, fue más precoz posterior a histerectomía vaginal que abdominal.
6. La vía de elección para la reparación del prolapso de cúpula, parece ser la vía vaginal, por baja frecuencia de recidivas.
7. Las técnicas abdominales de reparación del prolapso de cúpula, mostraron alta frecuencia de recidivas.
8. Hay frecuencia importante de enterocele en los prolapsos de cúpula, lo que podría estar representando enteroceles no vistos durante la primera intervención quirúrgica y cuya detección temprana, podría disminuir el número de prolapsos postoperatorios.
9. Hay poco interés en el estudio de esta patología dadas las pocas referencias encontradas.
10. Debe crearse protocolos de estudio prospectivos para evaluar, adecuadamente, cada técnica quirúrgica a realizar.

BIBLIOGRAFIA

1. LEE, Raymond A.: Reparación quirúrgica del prolapso de cúpula posthisterectomía. Am. J. Obstet. Gynecol., 1972, 112: 953.
2. MATTINGLY, Richard F.: Malposiciones del útero muñón cervical y vagina. En: Ginecología Operatoria de Richard W. TeLinde, Quinta edición, Barcelona, Editorial El Aneneo, 1983.
3. RIDLEY, Hohn H.: Evaluación de operación colpocleisis. Reporte de 58 casos. Am. J. Obstet. Gynecol., 1972, 113:1114.
4. RUST, Jesse A.: Prolapso de la cúpula vaginal. Am. J. Obstet. Gynecol., 1976, 125: 768.