
OPERACIÓN DE RIDLEY MODIFICADA PARA CORRECCION DEL PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL

Drs. Pascual P, Scarlet., Puerta R., Stefani C., Plaza A., José L., Colina C., Oscar L.
Hospital "Carlos J. Bello" Cruz Roja Venezolana.
E-mail: drapascualpetit@gmail.com

RESUMEN: Los músculos que dan soporte a la vagina son: el diafragma pélvico, formado por el músculo elevador del ano y el coccígeo (isquiococcígeo), el diafragma urogenital formado por el músculo transverso profundo del periné y la fascia profunda del periné (o aponeurosis perineal media). El músculo coccígeo se origina en la cara interna de la espina ciática y en el borde anterior de la escotadura ciática mayor. Termina en la cara y borde anterior de las dos últimas vértebras sacras y en las dos vértebras coxígeas (1). El prolapso de la cúpula vaginal, según Baden se clasifica en tres grados. Grado 1: No llega al introito. Grado 2: llega al introito, Grado 3: va más allá del introito. Sin embargo, en la actualidad se recomienda la clasificación de Pelvic Organ Prolapse Quantification system que está constituido por un conjunto ordenado de valores que permiten una descripción precisa del soporte pélvico sin necesidad de establecer un grado de severidad y no es objeto de esta revisión bibliográfica. El prolapso apical post histerectomía (PAPH), es el descenso de la cúpula vaginal a menos de 2 cm del introito, su incidencia varía del 1,8% a 11,6% (2). En 1976, Ridley describió una técnica quirúrgica combinada para PAPH. En el presente caso se describe el uso de la modificación de esta técnica, que consiste en la suspensión de la cúpula vaginal por vía abdominal mediante dos tiras de malla protésica que se conectan a través de dos túneles retroperitoneales y se fijan a la fascia de los músculos rectos del abdomen en contraste a lo descrito por Ridley quien utilizaba 2 tiras de fascia lata vía vaginal y las fijaba a la cúpula por medio de dos túneles retroperitoneales y posteriormente a la aponeurosis de los músculos rectos del abdomen. La técnica de Ridley modificada se realiza en menor tiempo operatorio, utiliza exclusivamente la vía abdominal y ofrece los mismos resultados en manos experimentadas (3). **RCM 2024. 63;157(1): 4-6.**

Palabras claves: Prolapso de cúpula vaginal, Técnica de Ridley, Ridley modificado, colpoperineoplastia.

MODIFIED RIDLEY OPERATION FOR POST HYSTERECTOMY APICAL PROLAPSE (P.H.A.P.)

ABSTRACT: The muscles supporting the vagina are: the pelvic diaphragm formed by the levator anus muscle and the coccygeus (ischiococcygeus), the urogenital diaphragm formed by the deep perineal transverse muscle and the deep fascia of the perineum (or medial perineal aponeurosis). The coccygeus muscle begins in the inner side of the sciatic spine and in the anterior edge of the greater sciatic notch. It ends in the anterior face and edge of the last two sacral vertebrae and in the two coccygeal vertebrae. It is classified in three grades according to Baden: Grade I: Does not reach the introitus. Grade II: reaches the introitus. Grade III goes beyond the introitus. However, the Pelvic Organ Prolapse Quantification system classification is currently recommended which is constituted by a tidy set of values allowing a precise description of the pelvic support instead of establishing a degree of severity and is not the point of this bibliographic review. The Post Hysterectomy Apical Prolapse (PHAP) is the vaginal apex drop to less than 2 cm from the introitus, its incidence varies from 1.8% to 11.6%. In 1976, Ridley described a combined surgical technique for PHAP. In the present case the use of this modification technique is described, the vaginal apex is suspended by abdominal route through two prosthetic mesh strips connecting through two retroperitoneal tunnels and is attached to the fascia of the abdominal rectus muscles in contrast as described by Ridley who used 2 strips of fascia lata through vaginal route and set them to the apex through two retroperitoneal tunnels and posteriorly to the aponeurosis of the rectus abdominal muscles. The modified Ridley's technique results in less operating time, exclusive use of the abdominal route and offers the same results in experienced hands. **RCM 2024. 63;157(1): 4-6.**

Key words: Apical Prolapse, Ridley technique, Modified Ridley, colpoperineoplasty.

DISCUSIÓN

El prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía (PAPH), es el descenso de la cúpula vaginal a menos de 2 cm del introito y su incidencia varía del 1,8% a 11,6%. La misma es una condición que afecta de manera trascendental al paciente, limitando sus actividades diarias, estética genital y actividad sexual.

Existen factores que favorecen el prolapso de cúpula asociados a la técnica quirúrgica: como lo son: seccionar los ligamentos redondos y anchos, dejar con o sin sustento los ligamentos uterosacros y cardinales. La pérdida de este soporte relaja el diafragma pélvico y la membrana perineal, y aquellos no asociados a la técnica, entre los cuales destacan: la alteración de la integridad de los tejidos de la paciente, trauma obstétrico, aumento de la presión intraabdominal (tos crónica, obesidad), alteraciones de la inervación en esta zona. Pueden ser Congénitas o Iatrogénicas (aumento de colagenasas o disminución en la síntesis de matriz celular, calidad de síntesis de colágeno- elastina, fumadoras, ciertas condiciones reumatológicas y factores postquirúrgicos como la infección y formación de hematoma).

El motivo de consulta es la protrusión de una masa por la abertura externa de la vagina. Para su diagnóstico basta con un examen físico completo, donde se exponga la región genital y se evidencie el descenso de la cúpula vaginal hacia el introito vaginal o restos del himen.

Es importante entender que en el abordaje y análisis de dicha afección en la que está comprometida la estática de los órganos pélvicos, conviene tomar en cuenta la dinámica del aparato de suspensión y sostén en cuyos elementos debemos preservar su integridad y utilizarlos adecuadamente en la reconstrucción de la arquitectura para que asegure la correcta posición de la cúpula vaginal.

Históricamente se han estudiado múltiples abordajes para corregir dicha patología. Inicialmente se empleaba abordaje vaginal y abdominal para corrección de prolapsos de cúpula; la misma consistía en la preservación del canal vaginal evitando la colpocleisis

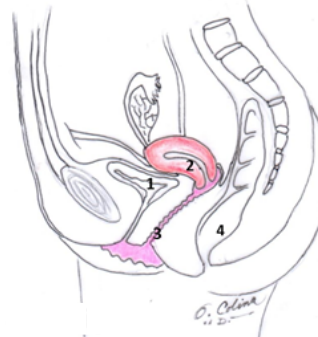


Fig. 1. Anatomía normal.

1. Vejiga
2. Útero
3. Vagina
4. Colon

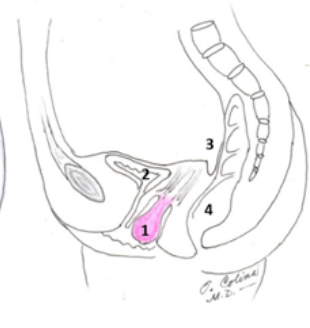


Fig. 2. Prolapso de Cúpula Post histerectomía

1. Vagina prolapsada
2. Vejiga
3. Fondo de saco de Douglas
4. Colon

(técnica utilizada con regularidad para el momento). Como ya se expuso anteriormente, la técnica original consiste en la colocación de fascia lata como elemento de fijación de la cúpula vaginal hacia la fascia de los rectos abdominales a través de túneles retroperitoneales, el cual al ser tejido homólogo aportaba altos índices de tolerancia; sin embargo en vista que la técnica alargaba el tiempo quirúrgico (extracción de fascia Lata), además de requerir cambios de posición transquirúrgico, se planteó utilizar prótesis heterólogas naturales y sintéticas tal como: fascia de buey, de canguro y materiales inorgánicos como alambre o acero inoxidable. Evidenciándose en estos últimos, sobretodo una alta tasa de rechazo y complicaciones inherentes a su colocación a lo largo del tiempo (3).

En los primeros pacientes quienes se sometieron a intervención bajo esta técnica se evidenció además una incidencia considerable de enterocele o prolapso de compartimiento posterior, al cabo de los primeros 6 a 8 meses; por lo cual se plantea que la repercusión a mediano plazo del cambio en el eje vaginal y su influencia de manera determinante sobre los otros elementos pélvicos contiguos; en particular en el compartimiento posterior. Por lo que se plantea al realizar este procedimiento combinado con colposuspensión de Moschowitz (con inclusión de parte más posterior de

fondo de saco de Douglas, ligamentos útero-sacros, vagina posterior) y finalmente una Colpoperineoplastia (4).

Actualmente la técnica ha sufrido múltiples modificaciones entre las cuales se encuentran el empleo de mallas protésicas de polipropileno, las cuales se dividen en dos rectángulos simétricos que se fijan firmemente con seda 2-0 a los fondos de sacos laterales de la vagina respectivamente, incorporando mucosa vaginal, pedículos, base del ligamento ancho, utero-sacros (todo esto bajo visión directa). En cuanto al abordaje abdominal se procede a realizar el mismo mediante incisión de Pfannestiel o Kustner, donde expondremos la aponeurosis de los rectos. Accediendo además al espacio de Retzius. Cada extremo libre de la malla se pasa a través de dos túneles retroperitoneales respectivamente que comunican hacia la cúpula vaginal. Utilizando pinzas de Kelly para acceder través de la pared abdominal anterior, el vientre del músculo recto, con cuidado de no lesionar los vasos epigástricos. Los extremos libres se toman para ser fijados sin tensión debajo de la superficie anterior de la aponeurosis de los rectos con el fin de suspender la cúpula vaginal a 50 grados aproximadamente a manera de no sobre corregir, para lo que se fija a 2 cm de la línea media.

Cabe destacar que el médico John H. Ridley en 1976

describió la técnica cuyo nombre le adjudicó la cual ofrece una cura adecuada del prolapso de cúpula vaginal y tiene como ventaja en contraste con la colposacropexia: menor riesgo de sangrado, menor número de lesiones vasculares incidentales y ausencia de las complicaciones inherentes al abordaje de la región retroperitoneal (sacra), incluso con el uso de clavo de titanio a nivel del promontorio. (5).

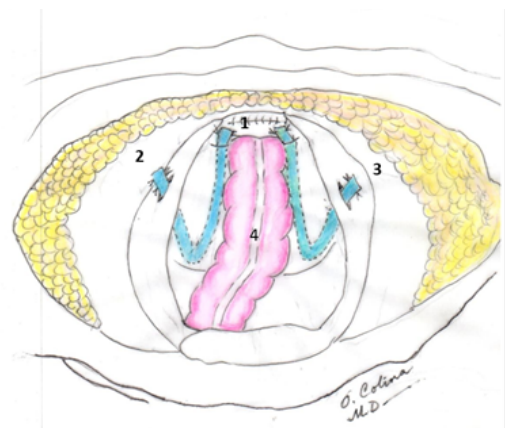


Fig. 5. Operación finalizada (vista superior)

1. Cúpula vaginal
- 2 y 3. Tiras de malla a través de túneles retroperitoneales
4. Colon sigmoide y recto

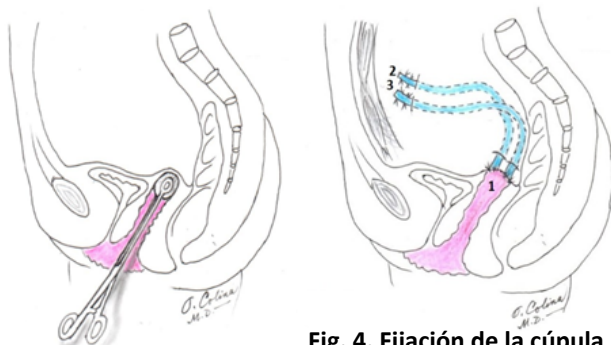


Fig. 3. Reducción del prolapso con torunda

Fig. 4. Fijación de la cúpula vaginal

1. Cúpula vaginal
- 2 y 3. Tiras de malla a través de túneles retroperitoneales (líneas punteadas)

Referencias

1. De Lancey .1 O. Anatomía y biomecánica del prolapso genital. In: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1 993; 4: 845-855.
2. Morley GW. Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía vaginal. In: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1993 ; 4: 926-933.
3. Addison W A., Timmons MC. Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía abdominal In: Clínicas Obstétricas y ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1993; 4: 935 -944.
4. Magazine. Diagnosing and manogiry genitourinary prolapse. British Medical Journal. March 22 1997 .
5. John H Ridley MD. Atlanta Georgia 1966 Appraisal of the Goebell-Frangenheim-Stoeckel Sling procedure. American J. Obst & gyn. July 1. 1966 .