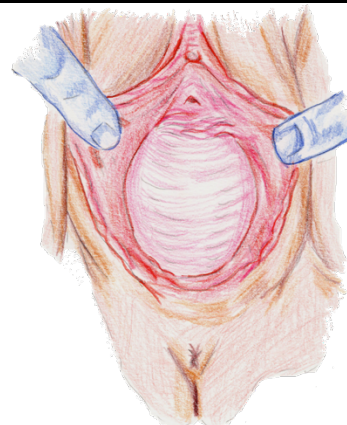




PLASTIA ANTERIOR: TÉCNICA QUIRÚRGICA

En el vídeo de hoy vamos a centrarnos únicamente en la técnica quirúrgica de la plastia anterior para corregir el cistocele, o prolapso del compartimento anterior. La teoría del prolapso anterior se abordará en un vídeo más extenso, en el que se explicarán las causas, las indicaciones, las complicaciones y los cuidados postoperatorios del cistocele y su reparación quirúrgica. Se hablará, por lo tanto, en el vídeo correspondiente de los niveles de DeLancey y de la diferencia entre cistocele medio y cistocele lateral.



Como nota importante: para muchos autores, los términos “fascia de Halban” o “fascia pubocervical” son términos obsoletos. Para estos ginecólogos, la capa más brillante o blanquecina que se observa en la cirugía se trata de la muscularis mucosa de la vagina, siendo esta la que da soporte a la cara anterior de la vagina. Sin embargo, como muchos cirujanos siguen utilizando esta nomenclatura, es preciso que la conozcamos también.

En el caso que se presenta hoy, observamos un prolapso anterior grado II+1 en una paciente con una histerectomía previa.

PREPARACIÓN DEL CAMPO

Colocaremos a la paciente en posición de litotomía y daremos puntos a los labios menores con el propósito de ampliar el campo quirúrgico. Se colocará una sonda vesical para mantener la vejiga vacía, aunque no todos los cirujanos lo hacen.

Antes de proceder a la incisión, marcamos el prolapso con dos pinzas de Allis o de Kocher, en la mucosa vaginal más próxima a la cúpula, y una pinza a 1-2 cm de la uretra.

Algunos autores realizan una infiltración de una solución vasoconstrictora para la hidrodissección, y para facilitar la separación de las dos capas vaginales. Esta técnica es opcional, pues, aunque facilita la disección, puede alterar las características de los tejidos.

En esta paciente se observa también un prolapso grado I de la cúpula vaginal, por lo que se planteó la posibilidad de realizar una colposuspensión mediante la técnica de Richter. Sin embargo, finalmente se decide realizar únicamente la plastia anterior.

COLPOTOMÍA ANTERIOR

Con un bisturí, realizamos una incisión transversal en la mucosa vaginal, en la parte más craneal de la zona prolapsada. Posteriormente se diseca el espacio vesicovaginal. Después de disecar la mucosa vaginal, separándola de la vejiga, realizaremos otra incisión longitudinal desde la cúpula vaginal hasta



aproximadamente 1 cm por debajo del meato uretral. La incisión debe ser superficial para evitar dañar la vejiga.

DISECCIÓN DE LA MUSCULARIS MUCOSA (O FASCIA DE HALBAN)

Disecamos la mucosa vaginal de la muscularis vaginal subyacente. Las fibras más lejanas se seccionan con tijeras o bisturí y posteriormente se diseca mediante disección roma apoyando una gasa en la pared vaginal y traccionando hacia adentro. Podemos coagular pequeños vasos para minimizar el sangrado.

Creamos colgajos laterales que exponen completamente la muscularis. Es importante exponer suficientemente la vejiga, pero teniendo cuidado de no perforar la vagina ni la vejiga, ni dañar las conexiones laterales de la vagina con los arcos tendinosos de la fascia pélvica.

SUTURA DE LA MUSCULARIS MUCOSA

La estructura que reparamos es la muscularis vaginal, una capa resistente de la pared vaginal que soporta la vejiga. Aunque muchos autores modernos desechan términos como "fascia pubocervical" o "fascia de Halban", indicando que no existe una fascia independiente, estos términos aún son ampliamente utilizados por profesionales para referirse a esta capa.

Realizamos una plicatura de la muscularis con suturas absorbibles (evitar los de reabsorción rápida), como vicryl 2-0, usando puntos interrumpidos o sutura continua. Algunos autores recomiendan dar dos capas de sutura, sobre todo en prolapsos grandes.

Se recorta el exceso de tejido vaginal para evitar la redundancia. Es importante no cortar demasiado tejido porque puede quedar a tensión la vagina, sobre todo en mujeres que aun tengan relaciones sexuales.

SUTURA DE LA VAGINA

Cerramos la mucosa vaginal con sutura absorbible, preferiblemente de reabsorción rápida, con sutura continua o puntos sueltos.

FINAL DE LA CIRUGÍA

Colocamos un tampón vaginal embebido en solución antiséptica para promover la hemostasia. Por último, retiramos los puntos de los labios menores.

Recordad que publicaremos próximamente un vídeo en el que se completa la teoría del prolapso anterior y su reparación quirúrgica.