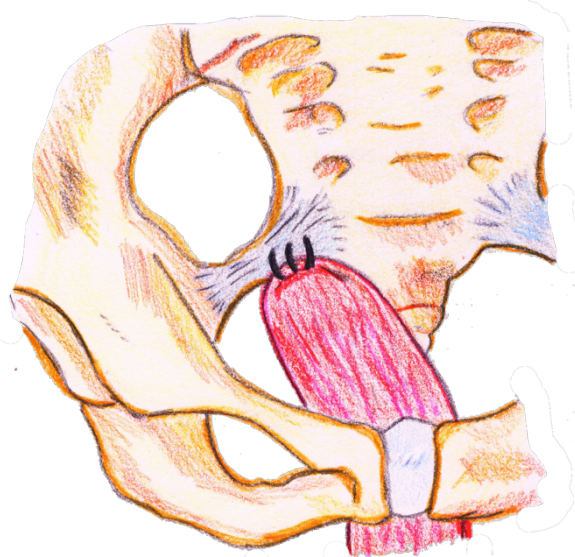




COLPOSUSPENSIÓN DE RICHTER

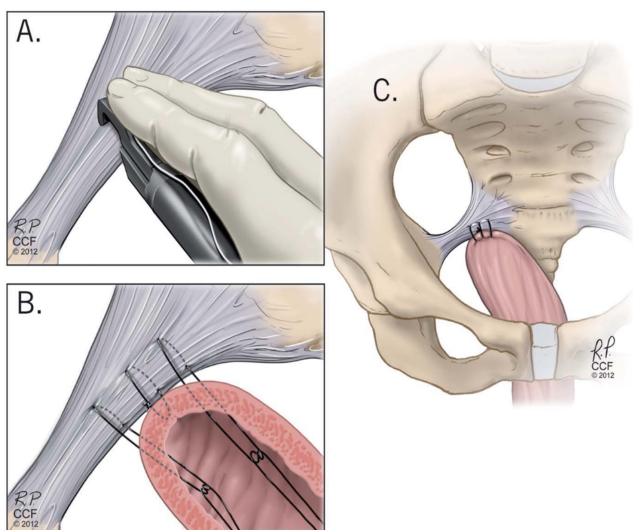
La colposuspensión de Richter, o colposuspensión sacroespinal de la cúpula vaginal, fue descrita originalmente en 1968 por el ginecólogo austriaco Otto Richter como una alternativa mínimamente invasiva para corregir el prolapso apical vía vaginal.

Esta técnica evita los riesgos asociados a enfoques abdominales o laparoscópicos, como incisiones mayores y mayor tiempo de recuperación, posicionándose como la opción de elección en pacientes con comorbilidades o fragilidad. En el contexto actual de un envejecimiento demográfico y una mayor demanda de procedimientos conservadores y eficientes, la técnica de Richter ha ganado relevancia, respaldada por evidencia clínica que destaca su eficacia y seguridad.



EN QUÉ CONSISTE LA COLPOSUSPENSIÓN DE RICHTER

La colposuspensión de Richter es un procedimiento quirúrgico que implica la suspensión unilateral o bilateral de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinal mediante suturas no reabsorbibles o dispositivos de anclaje especializados. El ligamento sacroespinal, una estructura fibromuscular robusta que se extiende desde la espina isquiática hasta los segmentos inferiores del sacro, sirve como punto de fijación estable para restaurar el eje anatómico vaginal y prevenir el descenso apical. A diferencia de la colposacropexia abdominal, que ancla la vagina al promontorio sacro utilizando mallas sintéticas, la aproximación vaginal de Richter minimiza la invasión abdominal, reduciendo riesgos como adherencias intestinales o infecciones de herida.



El procedimiento típicamente se realiza en pacientes post-histerectomía con prolapso de cúpula vaginal, aunque puede adaptarse en casos con útero preservado. Esta técnica puede combinarse con reparaciones de otros compartimentos para reparar el prolapso anterior (cistocele) o posterior (rectocele) en un mismo acto quirúrgico. Su simplicidad relativa y menor morbilidad la convierten en una herramienta valiosa en la cirugía del suelo pélvico.



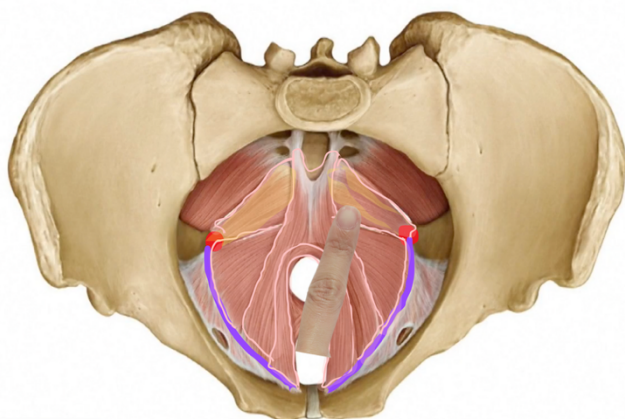
INDICACIONES

La colposuspensión de Richter está indicada principalmente en casos de prolapso del compartimento apical, concretamente en el prolapso de la cúpula vaginal tras una histerectomía. Puede asociarse a la corrección de prolapsos en compartimentos anterior (cistocele) o posterior (rectocele), ofreciendo una corrección simultánea. Además, se puede emplear como medida preventiva de recidivas en prolapsos severos, especialmente en mujeres con factores de riesgo como multiparidad, obesidad o historia de cirugía pélvica previa.

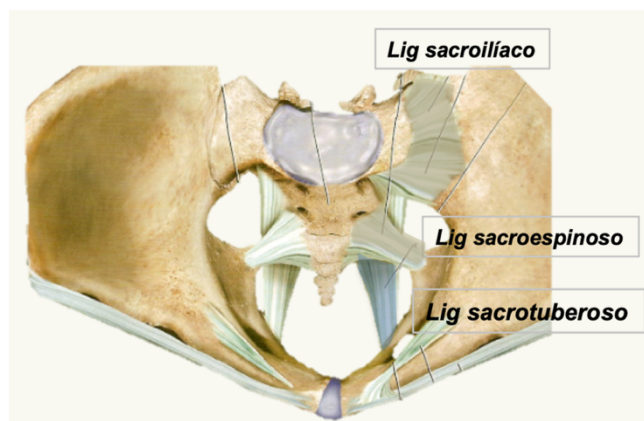
La colposuspensión de Richter será la técnica de elección en pacientes frágiles o con comorbilidades significativas, que contraindiquen enfoques abdominales más invasivos. En mujeres jóvenes, en aras de preservar la actividad sexual, la colposacropexia podría ser superior debido a un menor riesgo de desviación vaginal. En casos de múltiples recidivas, la colposacropexia puede tener mejores resultados clínicos y anatómicos. Por lo tanto, la indicación debe individualizarse considerando la edad de la paciente, sus expectativas y la experiencia quirúrgica del profesional.

ANATOMÍA DE LA CIRUGÍA

Para acceder al ligamento sacroespinoso debemos entrar en el espacio pararectal. Para ello nos apoyaremos sobre el músculo elevador del ano, como explicaremos más adelante.

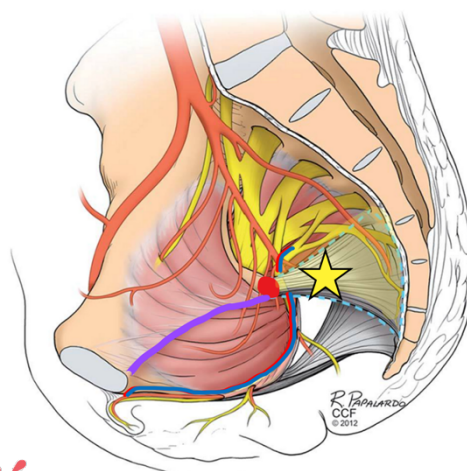


THIEME Atlas of Anatomy



En la colposuspensión de Richter, la espina isquiática (espina postero-inferior) será el punto de referencia. El ligamento sacroespinoso mide aproximadamente de 4-5 cm de longitud, desde la espina isquiática a S2-S4. Este ligamento forma un complejo músculo-ligamentoso junto con el músculo coccígeo.

Es importante recordar que la arteria pudenda interna y el nervio pudendo discurren adyacentes a la espina isquiática, por lo que colocar el arpón (o el punto) demasiado cerca de la espina puede provocar un sangrado importante o causar dolor neuropático crónico. La fijación ideal se realiza 2-3 cm medial a la espina para evitar estos riesgos.





TÉCNICA QUIRÚRGICA

PREPARACIÓN Y EXPOSICIÓN: Antes de comenzar la cirugía se administrará de profilaxis antibiótica (xej. cefazolina 2 g IV). Se coloca a la paciente en posición de litotomía. La mayoría de los cirujanos colocamos una sonda vesical antes de comenzar la disección.

Antes de comenzar la cirugía se recomienda reevaluar el prolapso bajo anestesia, ya que en ocasiones puede ajustarse la indicación quirúrgica. (Recomendamos prevenir a la paciente de que esta circunstancia es posible, para poder actuar con libertad en caso de necesitar ajustar la indicación, por ejemplo, añadir la corrección de un cistocele a la cirugía programada).

Para mejorar la exposición del campo, se pueden colocar puntos desde los labios menores a los labios mayores o a la piel de la ingle. También se puede usar el dispositivo separador tipo “Lonstar®”, que mejora la exposición del campo.

Algunos cirujanos prefieren realizar hidrodissección con suero y adrenalina para minimizar el sangrado y facilitar la disección posterior, aunque este procedimiento puede desdibujar los planos de disección.

INCISIÓN VAGINAL Y DISECCIÓN DEL SACO HERNIARIO: Se inicia con una incisión semicircular o longitudinal en la cúpula vaginal, a la altura deseada para la neocúpula. En algunos casos puede ser útil extirpar la mucosa redundante, aunque no suele ser necesario, (normalmente hace falta conservar toda la vagina posible para que no quede demasiada tensión). Seguidamente, realizaremos la disección rectovaginal meticulosa para delimitar el saco herniario (fondo de Douglas).



CORRECCIÓN DEL ENTEROCELE: Una vez delimitado el saco herniario, se abre con precaución para evitar lesiones a asas intestinales. (En prolapsos leves este paso puede ser prescindible: se puede optar por hacer una, dos o tres bolsas de tabaco concéntricas para reducir el prolapso)

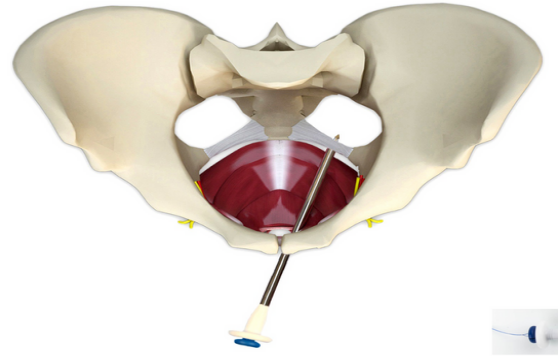
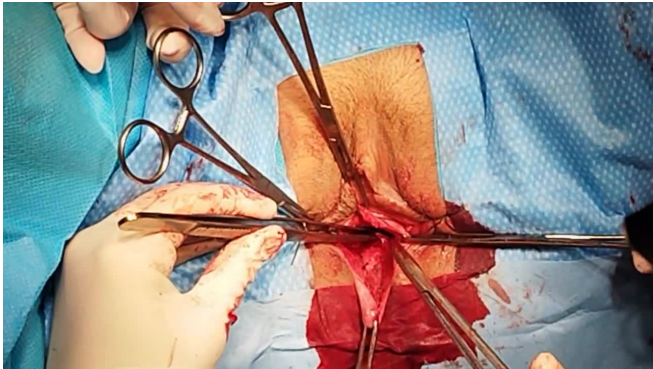
Posteriormente, se cierra el saco herniario con sutura en bolsa de tabaco lo más cefálica posible, utilizando material reabsorbible. Procederemos a reseca peritoneo redundante, en caso de ser necesario.

En este punto corregimos también el cistocele, en caso de tenerlo....

DISECCIÓN DE FOSAS PARARECTALES: Mediante disección digital suave, (o instrumental, menos habitual), sobre el elevador del ano, se accede bilateralmente a las fosas para-rectales hasta palpar la espina isquiática y el ligamento sacroespinoso.



Dependiendo del tipo de dispositivo que vayamos a utilizar, esta disección puede ser más o menos amplia. Con el dispositivo adecuado, esto puede realizarse únicamente con el dedo, pero asegurándonos de profundizar adecuadamente hasta el ligamento sacroespinoso.



COLOCACIÓN DEL PUNTO EN LIGAMENTO SACROESPINOSO: La fijación puede realizarse manualmente con suturas no reabsorbibles usando agujas curvas o dispositivos como “Anchor Sure” (arpón de 5 mm en aplicador, insertado 2 traveses de dedo medial a la espina), Capiro (para captura mínimamente invasiva) o Miya hook. Estos facilitan la colocación sin una exposición amplia, reduciendo trauma tisular.

Este procedimiento puede repetirse contralateralmente o fijar los dos lados de la cúpula vaginal al mismo ligamento sacroespinoso. El resultado anatómico, en este caso, será ligeramente inferior, ya que la vagina quedará desviada, pero minimizaremos la disección. Puede resultar más fácil disecar el ligamento sacroespinoso derecho.

SUTURA DE HILO A LA NEOCÚPULA: los hilos se anclan a la cara submucosa de la vagina sin perforar la mucosa, usando aguja viuda. Esto es importante ya que vamos a utilizar material NO reabsorbible que puede provocar molestias o infecciones si sobrepasan la mucosa vaginal.

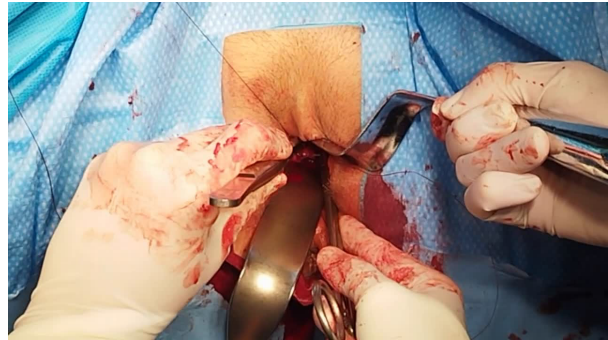
Los puntos se fijan ipsilateralmente, (derecho al lado derecho, izquierdo al izquierdo), para conseguir simetría.



INICIO DE LA COLPORRAFIA: Se inicia el cierre vaginal (colporrafia) con sutura reabsorbible. En este paso simplemente colocaremos los puntos iniciales y los referenciaremos, dejando pendiente el resto de la colporrafia. Este paso es muy recomendable ya que la cúpula vaginal subirá varios centímetros en el paso posterior, lo que puede dificultar mucho la colporrafia.



ANUDADO DE LOS PUNTOS: Se anudan los hilos despacio, asegurando que corran SIN ROMPERSE, ya que sostienen la suspensión.



FIN DE LA COLPORRAFIA: Se completa la colporrafia. Habitualmente estos puntos son dificultosos, ya que el resultado de la colposuspensión de Richter suele ser una vagina profunda (8-10 cm) y funcional.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

Se recomienda colocar un taponamiento vaginal junto con sonda vesical durante 12-24h, para minimizar el riesgo de sangrados y hematomas. (No hay evidencia clara de que el taponamiento reduzca las complicaciones).

El alta se da típicamente a las 24 horas tras verificar micción espontánea y ausencia de retención urinaria. Se indica reposo relativo, evitando esfuerzos físicos, levantamiento de pesos (>5 kg) y relaciones sexuales durante 6-8 semanas, para asegurar una correcta cicatrización.

RESULTADOS

La colposuspensión de Richter demuestra eficacia variable según los estudios. En los primeros dos años, el Richter tiene una tasa de éxito del 88% (59-91%). En series a largo plazo (10 años), el éxito anatómico (POP-Q 0-1) es menor, aunque con mejoría subjetiva permanece alta en la mayoría de las pacientes.

Comparada con la suspensión laparoscópica, el Richter muestra una tasa de éxito general del 88.32% vs 91.45% en sacrocolpopexia abdominal, con recurrencia del 11% vs 6-9% y dispareunia del 14% vs 5%. Sin embargo, la tasa de complicaciones es bajas: hemorragia <1%, infección 3%, gastrointestinales 1% y retención urinaria 3.6%. El tiempo quirúrgico también es significativamente menor en el Richter.

La tasa de éxito subjetiva no ha demostrado ser menor en el Richter frente a la sacrocolpopexia.



RICHTER		COLPOSACRO	
Éxito anatómico POP-Q estadio 0-I.	88% (59-91%)	91% (41-100%)	
Recurrencia	11.5% primeros 8 meses antes de 2 años	5.9-8.3%	
Complicaciones	0,85%	Hemorrágicas	2,5%
	1,3%	Gastrointestinal	6,2%
	3,3%	Infección herida	5,7%
	15%	Retención orina	24%
	2,9%	Erosión malla	5,8%
	14,4%	Dispareunia	4,7%
	15-35%	Dolor glúteo	No reportado 
Tiempo qco	67-121 min 	← 25-82 min menos	117-188 min
Exito subjetivo	No diferencias (>80%)		
Calidad de vida	No diferencias		
Días estancia	No diferencias (2-5 días)		

CONCLUSIÓN

La colposuspensión de Richter es una técnica vaginal efectiva y segura para el prolapso apical, ideal para pacientes frágiles o con contraindicaciones para la sacrocolpopexia. Ofrece buenos resultados funcionales con morbilidad reducida, aunque con tasas de recurrencia anatómica superiores.

El algoritmo de decisión debe ponderar la edad, actividad sexual e historia quirúrgica.