

Reparación o Plastía Vaginal Anterior (Reparación de Cistocele)

Una guía para la mujer

1. ¿Qué es una plastía vaginal anterior?
2. ¿Por qué es necesario realizarla?
3. ¿Cómo se realiza la cirugía?
4. ¿Cuán exitosa es esta cirugía?
5. ¿Existen complicaciones asociadas a esta cirugía?
6. ¿Qué hacer y no hacer después de la cirugía?

Prolapso de pared vaginal anterior

Alrededor de 1 en 10 mujeres que han tenido hijos requerirá cirugía por prolapso vaginal a lo largo de su vida. El prolapso de la pared anterior de la vagina se debe generalmente a una debilidad de una resistente capa de tejido (fascia) que separa la vagina de la vejiga. Esta debilidad puede causar la sensación de pesadez, ocupación vaginal o de un incómodo bulto que protruye a través de la apertura vagina. También puede causar dificultad para orinar con síntomas como chorro intermitente o débil, así como síntomas de urgencia y frecuencia miccional. Otro nombre para el prolapso de pared anterior es el de cistocele.

¿Qué es una reparación o plastía anterior?

Una plastía anterior, también conocida como colpografía anterior es un procedimiento quirúrgico realizado para reparar o reforzar la capa de tejido (fascia) que sostiene la vagina y vejiga.

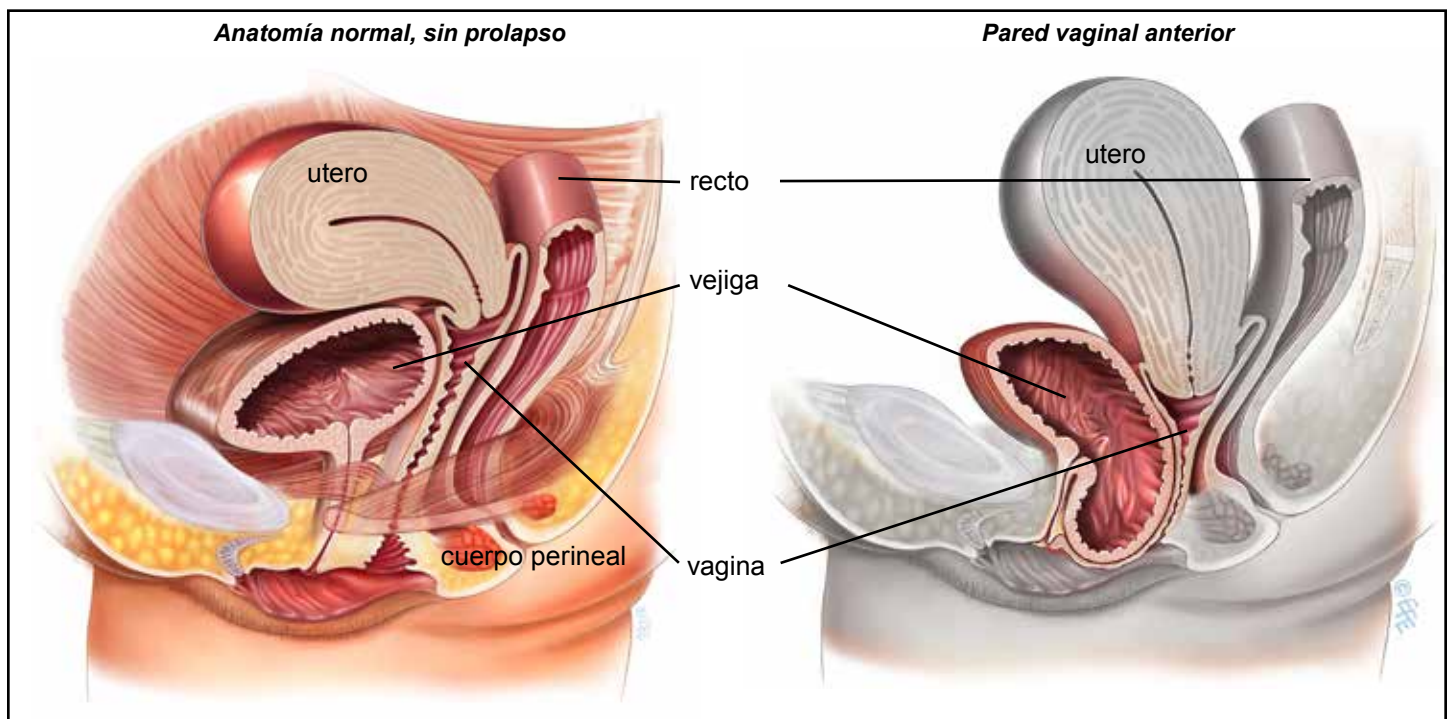
¿Para qué se realiza?

El objetivo de esta cirugía es aliviar los síntomas de bulto vaginal y mejorar la función vesical sin interferir con la función sexual.

¿Cómo se realiza esta cirugía?

Esta cirugía puede ser realizada bajo anestesia general, regional o incluso local: su doctor discutirá cual es la mejor opción para usted. Hay muchas formas de realizar una plastía vaginal. A continuación encontrará una descripción general de uno de los procedimientos más comunes

- Una incisión longitudinal es realizada a lo largo de la vagina, comenzando cerca de la entrada vaginal y terminando cerca del fondo vaginal.
- La mucosa vaginal es separada de la capa subyacente de soporte (fascia). La fascia debilitada es reparada mediante suturas reabsorbibles, las cuales se absorberán entre 4 semanas y 5 meses, dependiendo del material de sutura.
- Algunas veces, el exceso de mucosa vaginal es removida, y la mucosa vaginal es cerrada con puntos reabsorbibles, los cuales toman entre 4 a 6 semanas en reabsorberse completamente.
- Material de refuerzo en la forma de mallas sintéticas (permanentes) o biológicas (absorbibles) puede ser usado para reparar la pared anterior vaginal. Las mallas son generalmente reservadas para casos de recurrencia o prolapso severos.
- Una cistoscopia puede ser realizada para confirmar la normalidad de la vejiga y descartar lesión a los uréteres o la vejiga durante la cirugía.
- Al finalizar la cirugía, una compresa puede ser puesta en el interior de la vagina para minimizar el sangrado y riesgo de hematomas. A su vez, un catéter puede ser instalado en la vejiga para facilitar la micción. Si esto



ocurre, usualmente son retirados entre 3-48 horas post cirugía.

- Comúnmente, la plastía vaginal se realiza asociada a otras cirugías, como histerectomía vaginal, plastía de la pared posterior o cirugía anti incontinencia. Estos procedimientos están detallados en otros folletos de esta serie en la sección de información al paciente.

¿Qué me ocurrirá después de la cirugía?

Cuando usted despierte de la anestesia, tendrá una vía venosa para aportarle fluidos y quizás tendrá también un catéter en la vejiga. El cirujano pudo haber puesto una compresa en la vagina para reducir el sangrado. Ambos, tanto el catéter como la compresa vaginal son usualmente retirados dentro de las 48 horas post cirugía. Es normal presentar una pequeña descarga vaginal cremosa hasta 4-6 semanas post cirugía. Esto es debido a la presencia de suturas en la vagina, una vez que las suturas se absorban, la descarga vaginal se reduce gradualmente. Si el flujo vaginal tiene mal olor, contacte a su médico.

Usted puede tener un leve sangrado vaginal inmediatamente después de la cirugía o comenzar una semana después. Este sangrado es habitualmente escaso y de aspecto antiguo y es resultado de la cicatrización.

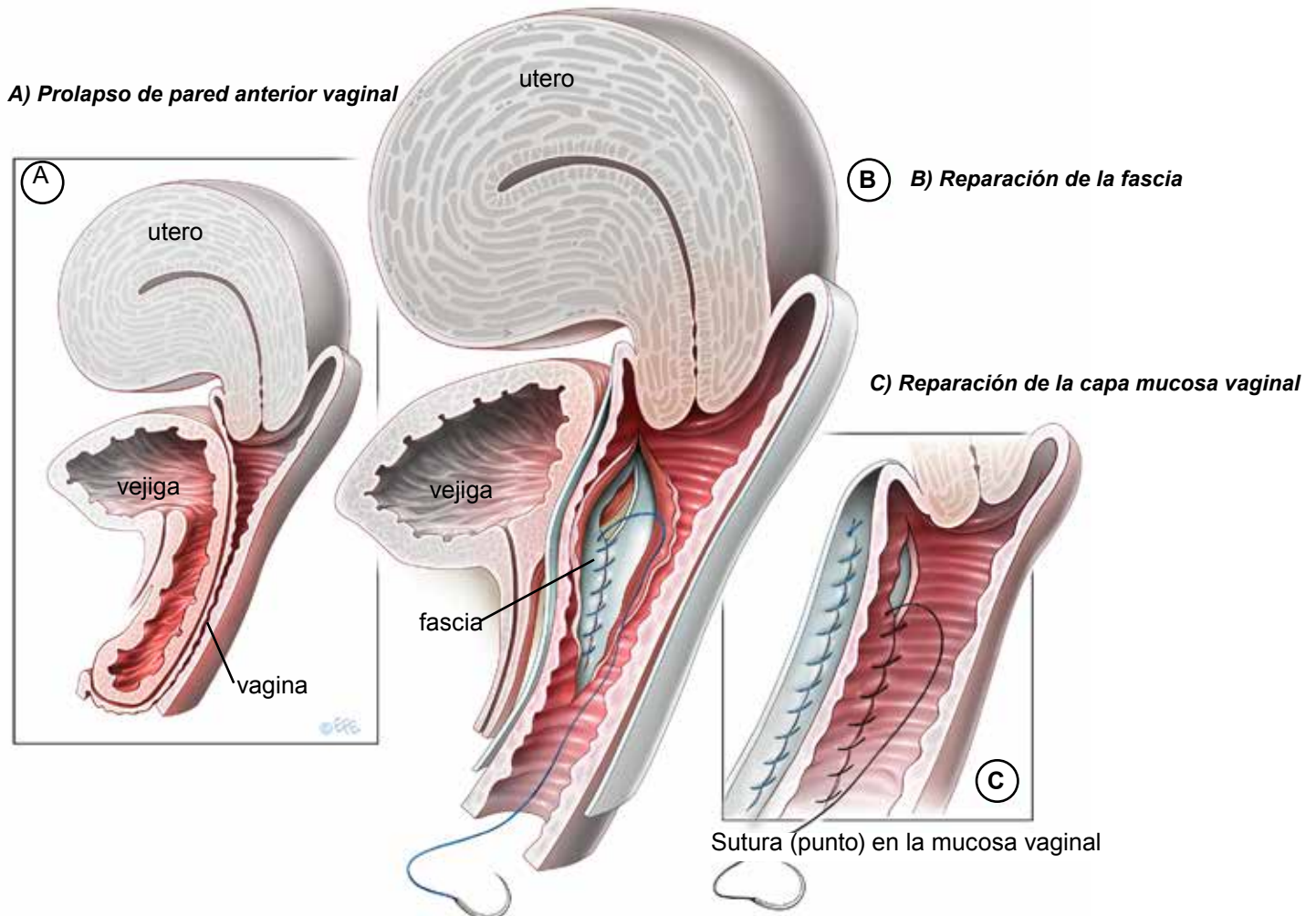
¿Cuán exitosa es esta cirugía?

Las tasas reportadas de éxito para la reparación de pared anterior vaginal es de alrededor de un 70-90%. Existe la posibilidad de que el prolapso regrese o bien, otras partes de la vagina pueden prolapso requiriendo reparación en el futuro.

¿Existen complicaciones asociadas?

Como en cualquier cirugía, existe un pequeño riesgo de complicaciones. Las siguientes son complicaciones que pueden suceder después de su cirugía:

- Problemas anestésicos. Con los anestésicos modernos y los equipos de monitoreo, las complicaciones anestésicas son muy raras.
- Sangrado. El sangrado importante que requiere transfusión post cirugía es raro (menos del 1%)
- Infección post operatoria. Aunque frecuentemente antibióticos son administrados justo antes de la cirugía y todos los esfuerzos sean hechos para mantener la cirugía estéril, existe una pequeña posibilidad de desarrollar una infección en la vagina o en la pelvis.
- Infección urinaria (cistitis). Ocurre en alrededor del 6% de las mujeres post cirugía y es más común en aquellas en las que han utilizado catéter vesical. Síntomas incluyen ardor al orinar, frecuencia miccional y a veces, sangre en la orina. La cistitis es la mayoría de las veces, fácilmente tratable con un curso de antibióticos



Las siguientes complicaciones son más específicamente relacionadas con la plastía vaginal anterior.

- Constipación es un problema postoperatorio común y su doctor puede prescribir laxantes para esto. Mantener una dieta rica en fibra e ingerir suficiente líquido puede ayudar a prevenir este problema.
- Dolor con el coito (dispareunia) Algunas mujeres desarrollan dolor o discomfort durante el coito. A pesar de que se hagan todos los esfuerzos para prevenir que esto pase, a veces es inevitable. Algunas mujeres sienten que el tener relaciones sexuales es más cómodo post cirugía.
- Lesionar la vejiga o los uréteres durante la cirugía es una complicación infrecuente, la cual puede ser reparada durante la misma cirugía.
- Incontinencia. Luego de una reparación anterior vaginal amplia, algunas mujeres pueden desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo, debido al desplegamiento de la uretra (el tubo que sale desde la vejiga).
- Esto es usualmente resuelto poniendo una cinta de soporte bajo la uretra (vea el folleto de incontinencia urinaria de esfuerzo en la sección de información al paciente)
- Complicaciones asociadas a las mallas. Si una malla es usada para refuerzo, existe entre un 5-10% de riesgo de exposición de la malla, requiriendo su recorte, ya sea en la consulta médica o en una cirugía breve.

Raramente, puede presentarse dolor asociado a la malla, requiriendo la remoción total o parcial de esta.

¿Cuándo puedo retomar mi rutina?

En el postoperatorio temprano, usted debe evitar situaciones que ejerzan gran presión en la zona reparada, por ej. levantar peso, pujar, ejercicio vigoroso, tos y constipación.

La máxima resistencia y cicatrización de la reparación se alcanza a los 3 meses, por lo que el cuidado con levantar pesos de más de 10 kg debe ser tomado hasta esta etapa

Habitualmente se aconseja tomar entre a 2-6 semanas fuera del trabajo. Su doctor la puede guiar en esto, dependiendo del tipo de trabajo que usted realiza y del tipo de cirugía al que fue sometida.

Usted debería ser capaz de manejar y realizar actividades livianas como caminatas breves entre 3-4 semanas post cirugía. Debe esperar 5-6 semanas para tener relaciones sexuales. Algunas mujeres refieren que el uso de lubricantes vaginales resulta útil. Lubricantes pueden ser fácilmente encontrados en supermercados o farmacia.