



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Ríos, José F. De Los; González, Pablo A.

COLPOSUSPENSIÓN LAPAROSCÓPICA LATERAL DE DUBUISSON: ALTERNATIVA PARA LA
CORRECCIÓN DEL PROLAPSO APICAL CUANDO HAY CONTRAINDICACIÓN PARA FIJAR AL
SACRO: REPORTE DE TRES CASOS

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 59, núm. 3, 2008, pp. 238-242

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214332009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REPORTE DE CASO

COLPOSUSPENSIÓN LAPAROSCÓPICA LATERAL DE DUBUISSON: ALTERNATIVA PARA LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO APICAL CUANDO HAY CONTRAINDICACIÓN PARA FIJAR AL SACRO: REPORTE DE TRES CASOS

A report of three cases of using Dubuisson's laparoscopic lateral ventrosuspension for correcting apical prolapse when there is contraindication for sacral suspension

José F. De Los Ríos, M.D.*, Pablo A. González, M.D.**

Recibido: octubre 4/07 – Aceptado: septiembre 1/08

RESUMEN

Objetivo: describir la técnica y los resultados a corto plazo de los primeros casos en Colombia sobre la utilización de la técnica de colposuspensión laparoscópica lateral de Dubuisson, como una alternativa para el tratamiento del prolapso apical en pacientes con contraindicación para colposacropexia. Éstos fueron realizados en la Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica, Clínica del Prado, Medellín, Colombia.

Metodología: reporte de tres casos.

Resultados: edad promedio: 59 años (48-72). Tiempo quirúrgico: 160 minutos (120-180), pérdida sanguínea: 66 cc (50-100). No hubo complicaciones intraoperatorias. En el seguimiento promedio durante 6 meses no hay recidivas ni signos de disfunción urinaria, defecatoria o sexual. No hay casos de incontinencia urinaria postoperatoria. Las pacientes están satisfechas con la intervención realizada.

Conclusiones: la colposuspensión laparoscópica lateral de Dubuisson es una alternativa viable en nuestro medio para el tratamiento de pacientes con prolapso apical y contraindicación para suspensión al sacro.

Palabras clave: colposuspensión, laparoscopia, prolapso apical.

SUMMARY

Objective: describing the first 3 cases of Dubuisson's laparoscopic lateral colposuspension in Colombia as an alternative for treating apical prolapse in patients in whom colposacropexy was not feasible at the Gynecological Endoscopy Unit, Clínica del Prado, Medellín, Colombia.

Methods: case report.

Results: mean age: 59 years (48-72). Mean surgical time: 160 minutes (120-180), estimated blood loss: 66 cc (50-100). There were no intra-operation complications. There has been no recurrence of prolapse during mean follow-up period (6 months) or any evidence of urinary, defecatory or sexual dysfunction. The 3 patients have been totally satisfied with the operation result.

* Ginecólogo Endoscopista, Unidad de Endoscopia Ginecológica Clínica del Prado, Medellín, Colombia. Profesor de Endoscopia Ginecológica CES, Medellín, Colombia. Correo electrónico: cristidelos@une.net.co

** Fellow de Endoscopia Ginecológica CES, Medellín, Colombia.

Conclusions: laparoscopic lateral colposuspension is a valid alternative in our setting for treating patients suffering from apical prolapse who have contraindication for sacropexy.

Key words: colposuspension, laparoscopy, apical prolapse.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital se ha convertido en un problema de salud pública, que afecta al 50% de las mujeres mayores de 50 años que hayan tenido hijos.¹ Una revisión de las indicaciones de histerectomía del centro nacional para estadísticas en salud de los Estados Unidos, realizada entre 1988 y 1990, mostró que 16,3% de los procedimientos fueron realizados por prolapso, y en 1996, de un total de 600.000 histerectomías, se calculó que 90.000 se debieron a esta causa.² Se considera además, que el prolapso es la indicación más frecuente de histerectomía en mujeres mayores de 55 años, con un costo anual que supera el billón de dólares.^{3,4}

El prolapso apical posthisterectomía es como cualquier otro, la manifestación de un daño de la fascia endopélvica y/o de sus estructuras de sostén.

El complejo ligamentario uterosacro-cardinal (nivel I de De Lancey) une el cérvix y el útero a las paredes pélvicas y al sacro, y cuando es debidamente reconstruido, provee soporte para el ápex vaginal luego de una histerectomía.⁵ Un daño en este complejo, ocasiona el prolapso de dichas estructuras,^{6,7} bien sea porque los ligamentos se encuentren elongados por debilitamiento o disrupción de sus fibras, o porque estén desinsertados de la vagina en el caso del prolapso apical posthisterectomía.⁸

Marchionni y colaboradores reportaron que la incidencia de prolapso apical posterior a la remoción uterina fue de 1,8%; pero este valor se incrementó a 11,6% cuando la indicación para la histerectomía fue prolapso,⁹ lo cual parece indicar una pobre función preexistente de las estructuras de soporte. Sin embargo, es claro que no todas las pacientes con prolapso previo presentan el descenso de la cúpula, por lo que las técnicas usadas para reforzar y sus-

pender la cúpula en el momento de la histerectomía, también están implicadas en el desarrollo de esta complicación.¹⁰

La opción reconstructiva supone una suspensión de la vagina prolapxada con el fin de restaurar la anatomía y función normales, teniendo en cuenta que cualquier cambio en los ejes de la misma puede causar un nuevo prolapso.¹¹

Dado que no siempre es posible restaurar la anatomía original del nivel I de De Lancey por distintos factores, entre los que se cuentan: mala calidad del soporte nativo original, enfermedades concomitantes de las pacientes que contraindiquen procedimientos extensos, dificultades para la disección del sacro, etc., se han descrito técnicas alternativas, tales como la fijación al ligamento sacroespinoso, la fijación a la fascia del músculo iliococcígeo y la colposuspensión laparoscópica lateral, descrita por Dubuisson en 1998.

Esta última técnica puede servir en determinado momento para solucionar el prolapso apical, teniendo en cuenta que con ella no se está haciendo cirugía reconstructiva. Para su realización, el autor se basa en la descripción de la cirugía para reparación del prolapso por laparotomía, publicada por Kapandji en 1967.^{12, 13}

El objetivo de este reporte es describir la técnica quirúrgica y los resultados a corto plazo, ya que no encontramos en la literatura colombiana ningún otro caso descrito de colposuspensión lateral por vía laparoscópica.

MATERIALES Y MÉTODOS

La muestra para este reporte de casos está constituida por 3 mujeres en quienes se realizó colposuspensión lateral por prolapso apical entre el 17 de febrero y el 16 de mayo de 2007, en la Unidad de Endoscopia Ginecológica de la Clínica del Prado, en Medellín, Colombia; institución privada, centro de referencia en la ciudad para la realización de procedimientos de endoscopia ginecológica avanzada, que atiende población del régimen contributivo. La información se obtuvo a partir de la revisión de historias clínicas,

seguimiento bimestral e interrogatorio telefónico a pacientes intervenidas.

El motivo de consulta de las pacientes fue la sensación de masa protruyendo a través del canal vaginal. En todas ellas, se diagnosticó un prolapso apical grado III. Las indicaciones para la histerectomía realizada en el pasado, fueron prolapso genital en dos de ellas y miomatosis uterina en la tercera, y los tiempos transcurridos desde esa cirugía hasta el momento del prolapso fueron 9, 10 y 34 años. Una paciente había sido sometida a 3 cirugías previas para corrección del prolapso de cúpula, 20 años, 8 años y 6 meses atrás. No se lograron conseguir las descripciones operatorias de las dos primeras intervenciones. La última cirugía consistió en la colocación de mallas de polipropileno en los compartimentos anterior y posterior por vía vaginal. Esta paciente reportaba dificultad para la defecación.

Se identificó enterocele en todas las pacientes, pero no había historia de incontinencia urinaria en ninguna. Se les explicó la posibilidad de realizar técnica obliterativa o reconstructiva. Tras conocer los riesgos y beneficios probables de cada intervención, todas dieron su consentimiento para que se les practicara la colposacropexia por vía laparoscópica como primera opción.

Durante la intervención, en las 3 pacientes fue imposible la disección del sacro, debido a síndrome adherencial severo a este nivel, por lo que se debió abandonar el plan inicial de colposacropexia. Los uterosacos fueron catalogados como de muy pobre calidad en las tres pacientes, por lo que no eran buenas candidatas para la realización de un McCall alto. Dadas las anteriores circunstancias, se decidió en el intraoperatorio utilizar la técnica de colposuspensión lateral para corregir el prolapso.

Luego de la cirugía, las pacientes han asistido a controles bimestrales y, seis meses después de la intervención, se les realizó una encuesta telefónica para conocer datos sobre: satisfacción y posible aparición de disfunción defecatoria, urinaria o sexual.

PROCEDIMIENTO

Recibieron 2 gramos intravenosos de cefalotina 1 hora antes de la cirugía como profilaxis antibiótica. Con anestesia general e intubación endotraqueal, fueron colocadas en posición de litotomía y se les instaló sonda de Foley. Se colocó manipulador de la cúpula vaginal para mejorar su visualización. En todas las pacientes se realizó neumoperitoneo con aguja de Veress hasta alcanzar 15 mm de mercurio de presión intraabdominal y se pasó un trocar de 10 mm en la región umbilical. Posteriormente, se insertaron bajo visión directa 3 trócares auxiliares de 5 mm, dos pararectales izquierdos, en flanco y fosa ilíaca respectivamente y otro pararectal derecho en la fosa ilíaca; en posición de Trendelenburg y con una leve desviación lateral de la mesa quirúrgica a la izquierda.

La técnica descrita por Dubuisson utiliza 2 mallas con un triángulo central para cubrir el defecto vaginal y dos brazos laterales de más o menos diez centímetros que sirven de anclaje. Una de las mallas es aplicada a la porción superior de la pared anterior de la vagina, previa disección de la vejiga, hasta localizar la fascia pubocervical, y la otra a la porción superior de la pared vaginal posterior, previa disección en el tabique rectovaginal, hasta encontrar la fascia rectovaginal. Los extremos laterales de las 2 mallas son unidos y llevados a través de un túnel preperitoneal hacia la aponeurosis del músculo oblicuo externo encima de la cresta ilíaca, y allí son fijados con sutura.

En nuestros casos, se utilizaron mallas de prolene, la sutura se realizó con poliéster 0 y sólo se llevaron los brazos largos laterales de la malla anterior al canal preperitoneal. No se presentaron complicaciones intraoperatorias en ninguno de los casos.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes operadas fue de 59 años (48-72) y el tiempo quirúrgico promedio fue de 160 minutos (120-180), el cual incluyó en los tres casos la duración del intento fallido de

disección del promontorio. La pérdida sanguínea promedio fue de 66 cc (50-100) y no se presentaron complicaciones intraoperatorias. Ninguna requirió laparoconversión ni transfusión sanguínea. Las pacientes fueron dadas de alta sin novedad a las 24 horas de realizado el procedimiento.

Aún no se ha evidenciado recidiva del prolapso y no se ha requerido de hospitalización o procedimientos adicionales en ninguna de las pacientes. No hay reportes de incontinencia urinaria postoperatoria. En cuanto a la función defecatoria, la paciente con los síntomas prequirúrgicos más pronunciados y que requería evacuación digital, ahora refiere mejoría de sus síntomas y ya no requiere de dicho procedimiento para lograr la defecación. Tampoco se han detectado complicaciones generadas por la malla. Una de las pacientes sigue sexualmente activa y no reporta dispareunia ni disfunción coital.

DISCUSIÓN

El enfoque de la paciente con prolapso apical posthisterectomía, puede llegar a ser difícil, debido a que en muchas de estas mujeres existen problemas concomitantes que dificultan la realización de las técnicas consideradas como de elección. Una vez se elige el tratamiento reconstructivo, éste supone la suspensión de la vagina, con el propósito de restaurar su anatomía y función mientras se preserva su eje normal. Esto se logra si la vagina es anclada a una estructura firme y relativamente estable, como un ligamento o fascia existentes. Los ejemplos de tales estructuras incluyen el ligamento sacrotuberoso, el ligamento uterosacro, el ligamento sacroespinoso o el músculo ileococcígeo.¹⁰

Es claro que el cirujano en la medida de lo posible debe tratar de reparar el complejo uterosacro-cardinal con tejido nativo o malla, ya que es la forma más anatómica de corrección; por esta razón, las cirugías como el McCall o la colposacropexia son consideradas las técnicas de elección.¹⁴ Sin embargo, existen procedimientos que por su menor riesgo y por su menor grado de complejidad, pueden constituirse en alternativas válidas para la

corrección del prolapso en pacientes debilitadas o con contraindicaciones para la realización de las técnicas consideradas como de elección.

Este es el caso de la colposuspensión lateral laparoscópica descrita por Dubuisson. El autor propone que dado que durante la disección del sacro por laparotomía, existe un riesgo de provocar una herida de grandes vasos de 1,6 a un 4%, es justificable buscar otras técnicas de corrección del prolapso apical, tanto en pacientes con útero como en aquellas con histerectomía previa.^{15, 16}

El cambio del eje vaginal en esta cirugía, ocasionado por una tracción lateral y anterior, podría en teoría ocasionar la aparición de defectos posteriores.

Como modificación a la técnica original descrita por Kapandji, Dubuisson utiliza 2 mallas en lugar de una, lo cual dispone la prótesis en forma de hamaca y recubre los compartimentos anterior y posterior, con el fin de prevenir defectos ulteriores a dicho nivel.

En nuestra serie el seguimiento es aún corto, pero los resultados son comparables a lo reportado por Dubuisson en su serie de casos, en cuanto a satisfacción de las pacientes y tiempos quirúrgicos. Contrario al autor, hasta ahora no tenemos casos de morbilidad febril, neuropatía ni absceso de pared, pero puede ser debido al bajo número de pacientes y al corto tiempo de seguimiento.^{13, 16}

Consideramos que esta cirugía por vía laparoscópica podría ser una alternativa para aquellas pacientes que por sus condiciones físicas o por sus cirugías previas tienen un riesgo mayor para la disección del sacro.

REFERENCIAS

1. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States 1988–1990. *Obstet Gynecol* 1994;83:549-55.
2. Graves EJ, Kozak LJ. Detailed diagnoses and procedures, National Hospital Discharge Survey, 1996. *Vital Health Stat* 13 1998:1-151.

3. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:108-15.
4. Subak LL, Waetjen LE, Van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol* 2001;98:646-51.
5. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:3-17.
6. Campbell RM. The anatomy and histology of the sacrouterine ligaments. *Am J Obstet Gynecol* 1950;59:1.
7. Cespedes RD. Diagnosis and treatment of vaginal vault prolapse conditions. *Urology* 2002;60:8-15.
8. Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:568-73.
9. Marchionni M, Bracco G, Checcucci V, Carabaneau A, Coccia EM, Mecacci F, et al. True incidence of vaginal vault prolapse. *J Reprod Med* 1999;44:679-84.
10. Arbel R, Lavy Y. Vaginal vault prolapse: choice of operation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19:959-77.
11. Glavind K, Kempf L. Colpectomy or Le Fort colpocleisis-- a good option in selected elderly patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:48-51.
12. Dubuisson JB, Chapron C. Laparoscopic iliac colpo-uterine suspension for treatment of genital prolapse using two meshes. A new operative technique. *J Gynecol Surg* 1998;14:153-9.
13. Dubuisson JB, Yaron M, Wenger JM, Jacob S. Treatment of genital prolapse by laparoscopic lateral suspension: using mesh: a series of 73 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:49-55.
14. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1994;84:885-8.
15. Hardiman PJ, Drutz HP. Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropexy: success rates and complications. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:612-6.
16. Dubuisson JB, Jacob S, Chapron C, Fauconnier A, Decuypere F, Dubernard G. Laparoscopic management of genital prolapse: lateral utero-vaginal suspension with 2 meshes. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:114-20.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.