



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Ávila, Carla; Gurreonero, Édgar; Huamán, Rosa; Gonzales, Israel
Evaluación a dos años de la promontofijación laparoscópica con anclaje de titanio del prolapso de la
cúpula vaginal

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 57, núm. 4, 2011, pp. 267-271

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428202009>

- 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



COMUNICACIÓN CORTA SHORT COMMUNICATION

EVALUACIÓN A DOS AÑOS DE LA PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA CON ANCLAJE DE TITANIO DEL PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL

Resumen

Objetivos: Analizar la eficacia de la promontofijación laparoscópica con malla y anclaje helicoidal de titanio, en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal, así como describir el estado de salud autorreportado por las pacientes sometidas a la corrección quirúrgica. **Diseño:** Estudio descriptivo, transversal. **Institución:** Servicio de Ginecología, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Lima, Perú. **Participantes:** Pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal tratadas vía laparoscópica. **Intervenciones:** Se revisó las historias clínicas de cinco de ocho pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula que fueron intervenidas mediante la técnica de promontofijación laparoscópica, con malla y anclaje helicoidal de titanio, durante el periodo enero a setiembre de 2008. Las pacientes fueron examinadas dos años después de la cirugía y se las evaluó con una escala visual analógica (EVA) que contiene cuatro dimensiones de salud y posibilidad de tres alternativas de respuesta, que orientan en relación a su calidad de vida luego de la cirugía. **Principales medidas de resultados:** Corrección del prolapso de cúpula y mejora en la calidad de vida. **Resultados:** La edad media fue 67,2 años, la paridad 4. Se corrigió el prolapso en 60% (3/5); un 60% (3/5) presentó dificultades leves en la realización de sus actividades diarias, 20% (1/5) problemas severos con relación a la sexualidad, 60% (3/2) problemas leves con respecto a dolor vaginal y 80% (4/5) depresión leve, pero básicamente en relación a una demora en atención de sus problemas por la institución. **Conclusiones:** El porcentaje de cura estuvo por debajo de lo obtenido por otras publicaciones. Se señala la necesidad de un seguimiento más exhaustivo de las pacientes, para solucionar problemas asociados.

Palabras clave: Promontofijación laparoscópica, calidad de vida.

Evaluation two years after laparoscopic promontory fixation with titanium for vaginal vault prolapse

ABSTRACT

Objectives: To determine efficacy of laparoscopic promontory fixation with mesh and titanium helicoidal fixation in the treatment of vaginal vault prolapse, and to describe self reported health status. **Design:** Descriptive, transversal study. **Setting:** Gynecology service, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Lima, Peru. **Participants:** Patients with diagnosis of vaginal vault prolapse treated by laparoscopy. **Interventions:** Clinical charts

of five of eight patients con diagnosis of vault prolapse repaired by laparoscopic promontory fixation with mesh and helicoidal titanium fixation from January 2008 through September 2008. Patients were examined two years after surgery and evaluated by analogical visual scale that included four health dimensions and possibility of three answer alternatives related to quality of life following surgery. **Main outcome measures:** Correction of vault prolapse and improvement of quality of life. **Results:** Mean age was 67,2 years,

CARLA ÁVILA ¹, ÉDGAR GURREONERO ^{2a,b,c}, ROSA HUAMÁN ¹, ISRAEL GONZALES ^{1,3}

¹ Médico asistente, Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao

^{2a} Obstetra Presidente de la Filial Callao de la Sociedad Peruana de Gineco Obstetricia

^{2b} Médico de Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao

^{2c} Profesor Auxiliar, Cátedra de Ginecología, Universidad Particular de San Martín de Porres

³ Docente, Facultad de Medicina Humana, Universidad Particular de San Martín de Porres

Tema Libre presentado al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, octubre 2010.

Correspondencia:

Dr. Edgar Gurreonero B.

CEL 00 511 999-706-179 R.P.M. #850144

R.P.C. 997569308

NEXTEL 127*3741

Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 267-271

parity 4. Prolapse was corrected in 60% (3/5); another 60% (3/5) presented mild difficulties in daily activities, 20% (1/5) severe problems related to sexuality, 60% (3/2) mild vaginal pain, and 80% (4/5) mild depression, basically due to delay in institutional attention. **Conclusions:** Cure was less than expected. Need of more



exhaustive follow-up of patients to solve related problems is emphasized.

Key words: Laparoscopic promontory fixation, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos puede ocurrir hasta en 50% de mujeres que tuvieron partos vaginales ⁽¹⁾. Asociado a ello se presenta una serie de síntomas urinarios, intestinales, sexuales, dolor, sensación de bulto en la vagina, lumbalgia, entre otros.

Su etiología es multifactorial y compleja. Factores como el parto, macrosomía fetal, anomalías del tejido conectivo, denervación del piso pélvico, menopausia, edad avanzada, antecedentes quirúrgicos -como la histerectomía, obesidad-, patologías respiratorias crónicas; es decir, factores asociados con un aumento de la presión intraabdominal en forma crónica condicionarían su presencia ^(2,3).

El prolapso de cúpula vaginal se presenta entre 0,2 y 45% ⁽⁴⁾ de mujeres; en igual forma, luego de una histerectomía abdominal o vaginal ⁽⁵⁾.

En el tiempo, las técnicas de corrección del prolapso de cúpula han variado desde la colpopexia sacroabdominal a la colpopexia sacroespinal vaginal, mostrando una leve superioridad la primera, que causaría menos dispareunia, menor recurrencia del prolapso y no afectaría el ángulo vaginal; la vía vaginal emplea menos tiempo, con una recuperación posquirúrgica rápida, pero con mayores problemas en lo que respecta a la dispareunia ⁽⁶⁾.

Con respecto a las técnicas abdominales, la más popular sería la colposacropexia, la cual es realizada tanto por laparotomía como por laparoscopia ^(7,8). Entre las técnicas vaginales, las más

utilizadas son las colpopexias a ligamentos sacro espinosos o iliococcigeos y la culdoplastia de McCall, pudiendo realizarse la colpocleisis en aquellas sin actividad sexual. Asimismo, Petros describe la técnica del IVS posterior (*posterior intravaginal slingplasty*) ⁽⁹⁾ para reparar los prolapsos de cúpula vaginal, técnica que considera los conceptos descritos por De Lancey, quien describe tres niveles de sustentación útero-vagina:

1. El cuarto superior (nivel I), que lo constituyen el ligamento cardinal y el uterosacro.
2. Los dos cuartos medios (nivel II), constituido por la adherencia lateral y anterior a la fascia del arco tendinoso de la pelvis, así como posteriormente a la fascia del pobococcigeo e iliococcigeo.
3. El cuarto inferior de la vagina (nivel III) es mantenido por la fusión de la vagina (en su extremo más inferior) al diafragma urogenital y al cuerpo perineal por la parte posterior.

El prolapso de cúpula sería producido por lesión en el primer nivel, causado por:

- Debilitamiento del complejo ligamentario cardinal/uterosacro, cuando se realiza la histerectomía.
- Separación de la fascia pubocervical de la fascia rectovaginal.
- Separación de la fascia pubocervical, rectovaginal, del complejo ligamentario cardinal/uterosacro ⁽⁵⁾.

El abordaje laparoscópico de la corrección de la cúpula vaginal es defendido por la mejor visión que se obtiene, durante el acto operatorio, de toda la pelvis, así como una más clara definición

de los defectos fasciales, permitiendo una mejor reparación ^(10,11). Además, la técnica es exactamente la misma que en la laparotomía. Algunos autores han descrito tasas de cura de 100% con seguimientos de 3 a 40 meses, aunque la malla fue colocada entre S3 y S4; asimismo, no describieron complicaciones posteriores ⁽⁸⁾.

En lo que concuerdan todos los autores es que para definir el tipo de abordaje de técnica es necesaria una adecuada evaluación, así como lo que la paciente desea obtener con la cirugía. De ahí la necesidad de evaluar posteriormente no solo si el prolapso fue corregido sino también si se cumplió las expectativas de las pacientes. Para ello se ha validado una serie de pruebas en relación a la calidad de vida en pacientes con problemas de piso pélvico, unos más largos que otros, como PISQ 12, PISQ 31 ⁽¹²⁾.

MÉTODOS

El presente estudio es descriptivo, transversal, en el cual se incluyó todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal que fueron consideradas candidatas aptas para ser tratadas quirúrgicamente vía laparoscópica, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, durante el período de enero a setiembre 2008.

Se tomó datos esenciales, como la edad, paridad, antecedentes médicos y quirúrgicos de importancia, síntomas, perfil vaginal, cirugía complementaria, tiempo quirúrgico empleado, complicaciones durante el acto operatorio. Además, las pacientes fueron reevaluadas dos años después de la cirugía, por medio de un examen físico y una escala visual analógica (EVA), que contenía cuatro dimensio-



nes de salud y la posibilidad de tres alternativas de respuesta que nos orientaran en relación a su calidad de vida luego de la cirugía. Se consideró si había o no problemas en desarrollar sus actividades diarias, respecto al desarrollo de su sexualidad, presencia o no de dolor, así como depresión. Se excluyó las pacientes que fueron convertidas a laparotomía o con las cuales no fue posible establecer contacto vía telefónica ni aquellas que no pudieron ser evaluadas físicamente.

La técnica quirúrgica laparoscópica utilizada consistió en:

- Posición de litotomía baja, asepsia, antisepsia, colocación de sonda Foley.
- Pneumoperitoneo con aguja de Veress o por punto de Palmer (si existía antecedentes de cirugías previas, con sospecha de adherencias).
- Colocación de trócar de 10 mm y 2 accesorios de 5 mm.
- Se exploró cavidad peritoneal y se verificó la ausencia del útero.
- Posición de Trendelenburg máxima, para ayudar a desplazar las asas intestinales.
- Se traccionó el colon sigmoide hacia la pared abdominal

izquierda, tomándolo a través de la grasa pericólica, identificándose el promontorio por debajo de la bifurcación de las arterias ilíacas primitivas así como la identificación del uréter derecho; se disecó el peritoneo parietal desde el promontorio sacro hasta la pelvis menor; esta incisión permitiría la peritonización de la malla; por tanto, el uréter debía ser movilizado para ganar tejido y la malla podría más tarde ser cubierta sin estenotar el uréter.

- Se liberó el peritoneo que recubría el fondo de la cúpula vaginal, hasta la unión uretrovesical y la pared vaginal posterior, fijando la malla en forma de pantalón (brazos cortos de aproximadamente 3 cm), con anclajes de titanio.
- Se fijó la malla en pantalón, en su extremo largo de la Y, al promontorio sacro, con anclajes de titanio ⁽²⁻³⁾ en promedio.
- Se peritonizó la malla utilizando vicryl 0.
- Se procedió a revisar la hemostasia y se cerró con monocril 3-0.

Se empleó malla de polipropileno Marlex, así como se hizo uso de la autosutura con anclajes de titanio ProTak de 5 mm,

que tiene la ventaja de ser hemostático y de disminuir la incidencia de periostitis, además de ser muy maniobrable, con un largo de 35,5 cm. Cada anclaje de titanio mide 4 x 3,8 mm.

Todas las pacientes recibieron, 30 minutos antes de la inducción de la anestesia, 1 g de cefazolina y luego 3 dosis del mismo antibiótico en 24 horas. Luego, el control del dolor fue con tramadol 50 mg diluido en suero fisiológico EV cada 8 h. A partir de las 24 h poscirugía, se inició analgesia vía oral. La sonda Foley se mantuvo por 24 horas.

RESULTADOS

En el estudio fueron incluidos un total de cinco pacientes, cuya edad media fue 67,2 años de edad (rango 45 a 76). La paridad promedio fue 4 partos vaginales. Con respecto a sus antecedentes, estuvieron presentes el sobrepeso, diabetes y asma. Fueron síntomas principales la sensación de bulto en 100% de las pacientes; 60% (3/5) presentó síntomas compatibles con incontinencia urinaria de esfuerzo, 20% (1/5) con urgencia miccional. El antecedente quirúrgico fue la histerectomía vaginal, en 80% (4/5).

El grado del prolapso de cúpula fue IV en 20% (1/5), III en

Tabla 1. Pacientes sometidas a promontofijación laparoscópica con malla y anclajes helicoidales de titanio.

Caso	Edad	Paridad	Antecedente	Grado de colpocele	Prolapso asociado	Cirugía complementaria	Tiempo
1	70	4 PV	HV	IV	Cistocele III Rectocele II	CAP	220'
2	45	3 PV	HV + CAP	III			120'
3	76	4 PV	HV	III	Cistocele II		240'
4	72	4 PV	HTA + SOB	III		Burch lap	210"
5	73	4 PV	HV	III	Cistocele III Rectocele II	CAP	240'

PV = parto vaginal HV = histerectomía vaginal CAP = colpografía anteroposterior SOB = salpingooforectomía bilateral lap = laparoscópico



80% (4/5), acompañados principalmente de cistocele en 60% (3/5).

Las cirugías complementarias a la promontofijación laparoscópica realizadas en el mismo acto operatorio fueron la colporrafia anteroposterior, en 40% (2/5), y en 20% (1/5) el Burch laparoscópico.

El tiempo promedio de realización de las cirugías fue 206' (120' a 240'). No se presentaron complicaciones en las cirugías realizadas.

En la reevaluación a los dos años de la cirugía de promontofijación laparoscópica se consideró como complicaciones el prolapso recurrente de la cúpula vaginal, en 40% (2/5), presentándose en grados II y III y asociado a síntomas de dolor y bulto en la vagina, cistitis a repetición en 20% (1/5), dispareunia por extrusión de la malla en 20% (1/5); asimismo, dolor vaginal por extrusión del anclaje de titanio en 20% (1/5), incontinencia urinaria de esfuerzo en 20% (1/5) en una paciente en quien se realizó colporrafia anteroposterior.

Se solicitó a las pacientes hacer una autoevaluación de cuatro ítems: 'dificultad para realizar sus actividades diarias', 'sexual-

idad', 'dolor' y 'depresión'. Estos fueron valorados como 1, sin problemas; 2, problemas leves; 3, problemas severos; se muestra los resultados en la tabla 2.

Con respecto a su actividad diaria, 60% presentó problemas leves asociados a incontinencia urinaria de esfuerzo e infección urinaria a repetición. Ya en el aspecto de la sexualidad, 80% (4/5) no tenía pareja más de cinco años previos a la cirugía; solo 20% (1/5) catalogó como 3 su sexualidad, que fue la paciente con la extrusión de malla que le originó dispareunia severa, así como sangrado poscoital. Con respecto al dolor, se refirió quemazón vaginal asociada a vaginitis atrófica, ya que no hacían uso adecuado de sus cremas vaginales; ninguna estuvo en tratamiento de reemplazo hormonal en el tiempo del estudio. En lo que respecta a depresión, 80% (4/5) refirió tenerla, pero más en relación a la demora en solucionar los problemas por parte de la institución.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, a diferencia de lo que menciona la literatura, los resultados de corrección de los prolapsos de cúpula vaginal estuvieron por

debajo de los promedios publicados en la literatura médica. Esto podría explicarse por razones de la curva de aprendizaje de la técnica, por el empleo de los anclajes de titanio en las paredes vaginales que podrían desplazarse y, finalmente, no cumplir el material su función de generar el sostén necesario. Esta técnica se realizó en el intento de acortar tiempos operatorios, ya que la colocación de puntos intra o extracorpóreos implica una mayor habilidad y dominio de la laparoscopia. Suponemos que para los próximos años podremos comparar las dos técnicas que actualmente se vienen realizando en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, además de incluir el Burch laparoscópico en todas las pacientes, tal como vienen recomendado las últimas publicaciones⁽¹³⁾, para evitar la incontinencia urinaria de esfuerzo *de novo* que resulta claramente molesta a las mujeres.

Además, cabe resaltar que son muy pocos los casos revisados. Hubo un porcentaje de pacientes con quienes no conseguimos ponernos en contacto para poder evaluarlas en forma integral.

La autoevaluación de las pacientes fue muy enriquecedor, ya que ellas calificaron el cómo esta cirugía modificó su calidad de vida, y no quedó simplemente en una fría evaluación física de si la cirugía corrigió o no el problema. Además, este trabajo ha servido de punto de partida para hacer una evaluación prequirúrgica de diferentes problemas que afectan la salud de las mujeres y se aplicará pruebas ya comprobadas de evaluación de calidad de vida en pacientes con problemas de piso pélvico.

Pese a la curva de aprendizaje, aparentemente no hubo com-

Tabla 2. Autoevaluación de las pacientes con respecto a su estado de salud, dos años después de haber sido sometidas a promontofijación laparoscópica.

Caso	Actividad diaria	Sexualidad	Dolor	Depresión
1	1	No tiene pareja	1	2
2	1	No tiene pareja	1	1
3	2	No tiene pareja	2	2
4	2	No tiene pareja	2	2
5	2	3	2	2

1 No problemas

2 Problemas leves

3 Problemas severos



plicaciones intraoperatorias, lo que hace que cada vez nos capacitemos y consigamos la habilidad quirúrgica y el dominio de la técnica, tal vez mejorada con el uso de hilos no reabsorbibles en la pared vaginal, lo que últimamente se viene realizando en el hospital. Ello hará a la laparoscopia una herramienta que todos debemos intentar dominar para beneficio de las pacientes, tal como lo describen las diferentes publicaciones.

Se concluye que la laparoscopia mostró ser un método seguro, una buena opción para el tratamiento quirúrgico de pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula. Se necesita mayor capacitación con la laparoscopia para que el número de intervenidas sea mucho mayor en el Hospital, así como un seguimiento más exhaustivo de las pacientes para solucionar problemas asociados. Se hace necesario comparar esta técnica con la que emplee puntos con hilo no reabsorbibles en pared vaginal y en el mismo sacro, inclusive.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beck RP, McCormick S, Nordstrom L. A 25 -year experience with 519 anterior colporrhaphy procedures. *Obstet Gynecol.* 1991;78(6):1011-8.
2. Bump R, Norton P. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 1998;25(4):723-46.
3. Carey MP, Dwyer PL. Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001;13(5):499-505.
4. Valaitis SR, Stanton SL. Sacrocolpopexy: a retrospective study of a clinician's experience. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994;101:518-22.
5. De Lancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:1717-28.
6. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres. Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
7. Maher CF, Qatawneh AM, Dwyer PL, Carey MP, Cornish A, Schluter PJ. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: A prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(1):20-6.
8. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol.* 1994; 84(5): 885-8.
9. Petros PE. Vault prolapse II: restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropexy, an axial day-case vaginal procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(5):296-303.
10. Carter JE, Winter M, Mendehilson S, Saye W, Richardson AC. Vaginal vault suspension and enterocele repair by Richardson-Saye laparoscopic technique: description of training technique and results. *JSLs.* 2001;5:29-36.
11. Wattiez A, Mashiach R, Donoso M. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;14:35-42.
12. Sánchez F, Pérez Conchillo M, Borras Valls JJ, Gómez Llorens O, Aznar Vicente J, Caballero Martín de Las Mulas A. Diseño y validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM). *Atenc Primaria.* 2004;34(6):286-294.
13. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter HE, Visco AG, Zyczynski H, Brown MB, Weber AM; Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med.* 2006;354:1557-66.

