



Revista Peruana de Ginecología y
Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Sandoval Diaz, Ither; Hernández Alarcón, Ronald; Torres Arones, Esperanza; Solano
Choque, Nisdia

Cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis
anterior y fijación al ligamento sacroespinoso

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 61, núm. 4, octubre-diciembre, 2015,
pp. 369-377

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323443430004>

- 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

ARTÍCULO ORIGINAL

¹ Servicio de Ginecología Especializada,
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins, EsSalud, Lima, Perú
^a Médico Asistente
^b Médico Residente

Conflicto de intereses: Ninguno

Artículo recibido el 1 de mayo de 2015
y aceptado para publicación el 18 de
agosto de 2015

Correspondencia:
Dr. Ither Sandoval Diaz
Celular: 999756655

✉ ither1609@hotmail.com

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LA PELVIS EN EL PROLAPSO GENITAL SEVERO CON USO DE PRÓTESIS ANTERIOR Y FIJACIÓN AL LIGAMENTO SACROESPINOSO

Ither Sandoval Diaz^{1,a}, Ronald Hernández Alarcón^{1,a}, Esperanza Torres
Arones^{1,a}, Nisdia Solano Choque^{1,b}

RESUMEN

Una alternativa con algunas ventajas e iguales resultados en el manejo quirúrgico del prolapso genital total para la fijación de la cúpula al sacro por vía abdominal es la fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso. **Objetivo:** Evaluar los resultados del empleo de malla anterior y fijación al ligamento sacroespinoso en el prolapso genital total. **Diseño:** Estudio retrospectivo y descriptivo. **Institución:** Servicio de Ginecología Especializada, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú. **Participantes:** Mujeres con diagnóstico de prolapso genital total. **Método:** Revisión retrospectiva de 12 pacientes con diagnóstico de prolapso genital total y que tuvieron cirugía reconstructiva pélvica con empleo de malla anterior y fijación al ligamento sacroespinoso. **Principales medidas de resultados:** Resultados de las técnicas. **Resultados:** La edad promedio fue 64 años. La comorbilidad principal fue la obesidad. La histerectomía abdominal fue el antecedente quirúrgico más frecuente. Se realizó histerectomía vaginal más colocación de malla anterior con fijación al ligamento sacroespinoso a tres pacientes, solo malla anterior con fijación sacroespínosa a cuatro pacientes, malla anterior con fijación sacroespínosa y malla transobturatriz (TOT) a tres pacientes, histerectomía vaginal con malla anterior, fijación sacroespínosa y TOT a dos pacientes. Como complicaciones hubo extrusión de malla en un paciente; dos pacientes a las que no se colocó TOT presentaron incontinencia de orina al esfuerzo, una urgencia miccional nueva, una dispareunia; dos pacientes presentaron granuloma de sutura y una refirió dolor pélvico inespecífico, síntomas que evolucionaron favorablemente. La evaluación del prolapso genital después de la cirugía no fue mayor de grado I. **Conclusiones:** Al fijar el compartimento apical al sacroespinoso mediante el uso de TOT y de la malla anterior garantizó que no se presentara incontinencia urinaria de esfuerzo, recidiva o aparición de defectos del compartimento anterior. **Palabras clave:** Prolapso genital; Dispositivos de fijación; Prótesis.

PELVIC RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR SEVERE GENITAL PROLAPSE USING ANTERIOR PROSTHESIS WITH SACROSPINOUS LIGAMENT FIXATION

ABSTRACT

Changes in the population pyramid result in more adult female population consulting for pelvic floor dysfunction. **Objective:** To evaluate results of severe genital prolapse reconstructive pelvic surgery by anterior prosthesis with sacrospinous ligament fixation. **Design:** Retrospective and descriptive study. **Setting:** Specialized Gynecology Service, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Peru. **Participants:** Women with diagnosis of total genital prolapse. **Method:** A retrospective study of 12 patients admitted for genital prolapse and desire to retain vaginal function and having reconstructive pelvic surgery with mesh fixed to the sacrospinous ligament. **Main outcome measures:** Results of techniques used. **Results:** Average age was 64 years (range 56–75). Main comorbidity was obesity (body mass index 29.1). Patient's main complaint was a feeling of lump in genitalia in 91%, and most had had abdominal hysterectomy. Vaginal hysterectomy plus anterior mesh (Perigee) with sacrospinous fixation was performed in 3 patients, only anterior mesh with sacrospinous fixation in 4 patients, anterior mesh with sacrospinous fixation and trans-obturator tape (Monarc) –TOT– in 3 patients, vaginal hysterectomy with anterior mesh (Perigee), sacrospinous fixation and trans-obturator tape (Monarc) in two patients. Complications included mesh extrusion in one patient, two patients without TOT had stress urinary incontinence, one presented urinary urgency, one dyspareunia, two patients had granuloma in the suture area, and one referred nonspecific pelvic pain; symptoms were not present in subsequent visits, and vaginal prolapse was not over grade I. **Conclusions:** The use of TOT and anterior mesh resulted in cure of urinary stress incontinence and no recurrence of defects when the apical anterior compartment was fixed to the sacrospinous ligament.

Keywords: Vaginal prolapsed; Surgical Fixation Devices; Prosthesis.



INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es un problema mayor de salud, al afectar a gran porcentaje de la población femenina (se ha encontrado hasta en 50% de las mujeres multíparas), y los síntomas alteran en gran medida la calidad de vida de las pacientes⁽¹⁾.

En el Perú se estima que la población femenina representa 49,9% de la población, aunque el porcentaje relativo varía dependiendo del grupo de edad. Mientras que hasta los 44 años el porcentaje de mujeres es levemente inferior al de los varones en todas las edades, de los 45 en adelante se invierte esta situación y a medida que avanza la edad se produce una tendencia creciente de la población femenina. De esta forma, las mujeres representan el 50,2% a partir de los 45 años, y 58,4% a partir de los 80 años. La población adulta se incrementa cada vez más, calculándose que para el año 2050 represente 16% de la población total⁽²⁾.

El prolapso genital se define como la protrusión de uno o más órganos pélvicos (útero, vejiga, recto) por desplazamiento de las fascias vaginales debilitadas que en su estado normal ayudan a soportar dichos órganos. Al inicio puede ser asintomático, pero los casos más avanzados producen síntomas tales como sensación de peso o de cuerpo extraño en los genitales, malestar pélvico, dificultades para la micción, la defecación o las relaciones sexuales^(3,4).

El riesgo que tiene una mujer de ser sometida a una intervención por prolapso genital a lo largo de su vida se estima que es alrededor de 11,1%⁽⁵⁾.

Se estima que entre 32 y 43% de las mujeres sometidas a histerectomía presentarán disfunción del piso pélvico, recordando que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres^(6,7). El prolapso de la cúpula vaginal aparece en 0,2% a 1% de las pacientes que han sido sometidas a histerectomía^(8,9). Algunas publicaciones señalan que una de cada nueve mujeres a quienes se le realizó histerectomía como tratamiento del prolapso genital, se complican con prolapso de cúpula, en 0,2% y hasta 43%⁽¹⁰⁾.

Una alternativa para la fijación de la cúpula al sacro por vía abdominal en el manejo quirúrgico

del prolapso genital total y el prolapso de cúpula es la fijación de la cúpula al ligamento sacrocíatico menor por vía vaginal (fijación sacroespínosa). La fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespínoso fue descrita por primera vez por Sederl, en 1958, y luego introducida en los EE UU por Randall y Nichols, en 1971^(11,12). Cruikshank y Cox propusieron la fijación al ligamento sacroespínoso como una medida terapéutica, o de forma profiláctica en caso de laxitud total de los ligamentos cardinales o uterosacros⁽⁹⁾. Se obtiene una tasa de éxito inicial de 90% en la fijación de cúpula, la cual se mantiene hasta en 80% después de cuatro años, con recurrencia de 0% a 12%⁽¹⁰⁾. Si bien el éxito de la colpopexia transvaginal sacroespínosa es elevada (81% a 100%), la enseñanza es limitada como técnica quirúrgica en los programas de residencia de los EE UU e infrecuente en Europa^(13,14). La fijación al sacroespínoso ofrece algunas ventajas sobre las otras técnicas al tener menor tiempo quirúrgico, menores costos, recuperación más rápida y abordaje quirúrgico más fácil en pacientes con obesidad o contraindicaciones médicas para la laparotomía, todo esto con resultados posquirúrgicos comparables a la colpopexia por vía abdominal⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

La eventual lesión de las importantes estructuras neurovasculares vecinas es una de las mayores desventajas de la fijación sacroespínosa, como producto de la realización del procedimiento a ciegas. Se sabe que durante las intervenciones de colpopexia las estructuras neurovasculares pudendas, el nervio ciático y especialmente los vasos glúteos inferiores pueden ser lesionados. Para evitar estos daños es necesario conocer los estudios morfométricos del ligamento sacroespínoso, que son escasos^(13,19-22).

Para reducir la hemorragia y el dolor postoperatorio secundario a las estructuras anatómicas mencionadas, existen estudios sobre las relaciones anatómicas de las estructuras y la anatomía topográfica del ligamento sacroespínoso, obteniendo medidas promedio de las estructuras relacionadas al ligamento sacroespínoso. Estas distancias se correlacionan con las obstétricas. Conforme los hallazgos, las suturas deben colocarse hacia la porción media del ligamento y tan superficialmente como sea posible, nunca a través de todo el espesor del ligamento sacroespínoso^(23,24).



Algunos autores proponen la fijación bilateral a la fascia ileococcígea. Esta es fácil de localizar y ocasiona menos retroversión de la vagina y, por lo tanto, menos relajación de la pared vaginal anterior y menos probabilidad de prolapso vesical y uretral, menor hemorragia, compresión nerviosa y mayor amplitud de la vagina^(25,26).

Thomas (1996) propuso en pacientes con prolapso de cúpula recurrente (dos o más fallas reparativas) y en las que presentan defectos de soporte vaginal anterior, la utilización de una malla de marlex colocada en la parte anterior a nivel de la unión uretrovesical, en la parte posterior en el ápex vaginal y lateralmente en la unión del obturador y la fascia de los elevadores, con buenos resultados. En una serie de 24 pacientes (12 control y 12 en tratamiento), no tuvo recurrencia alguna y como principal complicación hubo flujo anormal por cuerpo extraño y granulación que causaba manchado, pero de fácil tratamiento con nitrato⁽²⁷⁾.

En este tipo de cirugía ginecológica, el prolapso del compartimiento anterior es la complicación recurrente más frecuente posterior a la fijación al ligamento sacroespinoso, debido a desviación del eje posterior, encontrándose hasta en 92% en las diferentes series^(10,28-31).

En este estudio describimos el procedimiento quirúrgico y los resultados obtenidos en el tratamiento del prolapso genital total severo, con el uso de material protésico colocado en el compartimiento anterior, fijación sacroespínosa bilateral, corrección sitio específica posterior y plastia perineal.

MÉTODOS

El presente estudio es retrospectivo, descriptivo, observacional, de 12 pacientes con diagnóstico de prolapso genital total (POPQ estadio IV) y con deseo de conservación de función vaginal, a quienes se colocó prótesis del compartimiento anterior con fijación sacroespínosa, corrección sitio específica del compartimiento posterior y corrección de cuerpo perineal, en el servicio de Ginecología especializada del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo comprendido entre enero de 2012 y enero de 2014.

A todas las pacientes se les realizó evaluación preoperatoria, riesgo quirúrgico, interconsultas pertinentes por comorbilidad, examen de Papa-

nicolaou y evaluación ecográfica de la función vesical para medir capacidad vesical máxima y residuo posmiccional.

Todas las pacientes recibieron tratamiento de estrógenos locales hasta lograr una vagina trófica. Fueron evaluadas en junta médica y programadas para la cirugía con el consentimiento informado respectivo. Se realizó preparación prequirúrgica la tarde anterior al día de la cirugía, con enema evacuante. No se usó profilaxis antibiótica y se administró 2 g de cefazolina en el intraoperatorio.

El procedimiento quirúrgico consistió en:

- Posición de litotomía, con las nalgas que sobresalieran cómodamente de la camilla, flexión de cadera mayor a 90 grados no forzada, de tal manera que no se notara contractura de los músculos del muslo o la cadera.
- Lavado exhaustivo de la zona quirúrgica con yodopovidona espuma y solución.
- Evaluación de la zona del procedimiento bajo anestesia, identificando defectos, lugar aproximado de retracción de fascias y palpación de las espinas.
- Histerectomía vaginal convencional, si el caso lo requiere, con uso de poliglactina 910 (vicryl) n° 1 para la ligadura de los muñones. Se deja reparos en los ligamentos uterosacros y en el complejo trompa-uteroovárico. Terminada la peritonización, se une los pares entre sí y el uterosacro con el complejo trompa-uteroovárico, dejándose luego solo el reparo con dos hilos.
- La fijación al ligamento sacroespinoso se realiza bilateralmente. Para el abordaje del espacio pararectal, se efectúa hidrodissección de la vagina del compartimiento posterior, con solución salina y un vasoconstrictor (500 mL de cloruro de sodio al 0,9% con una ampolla de adrenalina); luego se realiza una incisión desde la altura o el rezago de los ligamentos uterosacros hasta el borde del introito, a partir del cual lateralmente se aborda el espacio pararectal con disección digital y roma hasta llegar al ligamento sacroespinoso, que es aislado mediante el uso de gasas, que se discurren en sentido medial y con la ayuda de los separa-

dores de Breisky. Se debe obtener un espacio adecuado para la visualización del ligamento así como para la manipulación adecuada del portaagujas.

- Identificado el ligamento sacroespinoso, se coloca a nivel medial del ligamento y con la ayuda de un portaagujas largo curvo una sutura con nylon n° 1 o poliéster n° 1 de adelante hacia atrás, no muy profunda, con discreta dirección de la punta de la aguja hacia la línea media; una vez objetivada la punta, se toma la aguja con otro portaagujas largo, dándole todo el sentido de la circunferencia direccional de esta para evitar desgarros. Se deja el hilo completo, y se puede dejar una gasa en el espacio disecado para hemostasia (figuras 1 y 2).

FIGURA 1. DISECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL LIGAMENTO SACROESPINOZO.

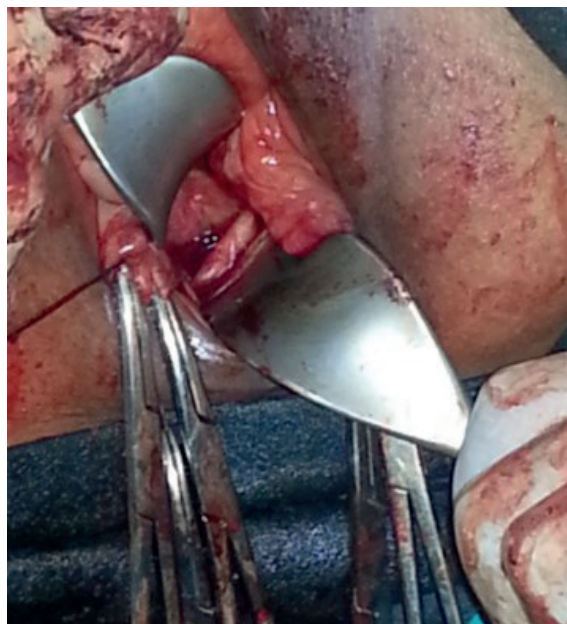
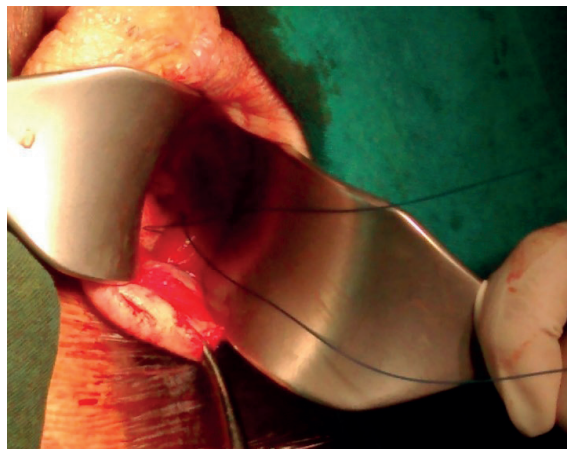


FIGURA 2. PASE DE SUTURA EN EL TERCIO MEDIO DEL LIGAMENTO.



- Colocación de la prótesis anterior: se efectúa hidrodissección del compartimiento anterior e incisión vaginal en el sentido del arco tendinoso de la fascia pelviana, con hemostasia de la zona disecada.
- Colocación de la malla anterior (Perigee): se realiza incisión en la piel 0,5 a 1 cm por debajo de lo estipulado para la incisión cutánea y colocación de la malla transobturatriz. Inserción de sonda Foley n° 16 (se llena el globo de la sonda con 7 cm de agua) y evacuación de la vejiga, pasaje de la agujas superiores con ayuda digital directa; se identifica el cuello vesical haciendo tensión hacia afuera de la sonda Foley y palpando el borde anterior del globo de la sonda; es a ese nivel que se debe fijar el borde anterior de la malla a la fascia, con poliéster n° 3 o con poliglactina 910 (vicryl) n° 3, con tres puntos, dos laterales y uno central.
- Identificación del borde de la fascia rectovaginal que se ha desprendido del anillo pericervical o del complejo uterosacro (medial o lateral), así como otro defecto de esta fascia. Para permitir la adecuada identificación se puede instilar solución salina, tornándose la fascia de un color blanco nacarado.
- Posterior se pasa la sutura que se dejó reparada en el ligamento sacroespinoso por diversas estructuras; como la dirección de la aguja en la fijación al ligamento fue de adelante hacia atrás, a continuación se cuidará que el sentido de la aguja sea de atrás hacia adelante o viceversa, de tal forma que se logre un círculo y la sutura no se cruce. Se pasa la aguja por el ligamento uterosacro a nivel de la ligadura, en caso de la histerectomía vaginal, por la esquina lateral del borde inferior de la malla y el borde lateral de la fascia rectovaginal; esta última de adelante hacia atrás, al igual que la vagina, sin llegar a la luz de la misma, en la nueva zona de cúpula elegida, de tal forma que quedan unidas con el mismo punto los ligamentos uterosacos, la malla, la fascia rectovaginal y la cúpula vaginal. En el caso de prolapso de cúpula vaginal, se unen el sacroespinoso, esquina del borde inferior de la malla, borde lateral de la fascia rectovaginal y uterosacro que se encuentra adherido a la vagina y/o con parte de ella, sin sobresalir a la luz de la vagina.



- Para el reparo del uterosacro que se dejó con poliglactina 910 (vicryl) n° 1, se pasa por el centro del borde inferior de la malla, ambos de adentro hacia afuera por separado. También se sutura el borde medial de la fascia rectovaginal al borde inferior de la malla, con puntos separados de poliéster n° 3 que se anudan después y se dejan reparados con pinzas Kelly, la cantidad necesaria para no dejar espacio (figura 3).
- Se recorta la vagina solo para alinear los bordes de la vagina anterior. Se sutura con poliglactina 910 (vicryl) n° 2, hasta la altura de la nueva cúpula, con surget simple.
- Para evitar tensiones innecesarias con desgarrs de las estructuras fijadas, se anudan los reparos dejados en el siguiente orden:
 - Reparos de la poliglactina 910 (vicryl) n° 1 que está al centro del borde inferior de la malla, proveniente del reparo del uterosacro, en los casos en que se realizó histerectomía vaginal.
 - Reparos del poliéster n° 3 que fija la fascia rectovaginal medial a la malla.
 - Reparos del ligamento sacroespinoso: un ayudante realiza tacto rectal para indicar el lugar final de tensión, de tal forma que el recto no sea obstruido y le quede suficiente luz; se deja 2 cm de distancia aproximada de la luz del recto al punto de tensión final, en forma bilateral.
- Con la misma sutura de la pared anterior se continúa con la pared vaginal posterior; como ya está en el interior, es necesario colocar valva anterior y cuidar de afrontar todos los bordes vaginales.
- Reparación del introito y cuerpo perineal: con la ayuda de pinzas Allis se calcula el tamaño del introito que se va a dejar, preferentemente el ingreso cómodo de dos dedos. Se realiza incisión con electrocauterio entre las bases de las pinzas y se coloca una sutura de poliglactina 910 (vicryl) n° 1, que continúa de derecha a izquierda en el sentido de las agujas del reloj, que va con anclaje profundo en el bulbo cavernoso, anclaje en el trasverso superficial, colocación de la aguja paralela a la piel perineal, y con todo el arco de la aguja llegar y anclar al esfínter externo del ano, y nuevamente el trasverso y bulbo cavernoso del lado izquierdo. Cada anclaje es por separado. Continuar con la sutura de la pared vaginal hasta llegar al introito reparado, anudar el de poliglactina 910 (vicryl) n° 1 (Reparación descrita por el Dr. Nucelio Lemos) (figura 4).
- Colocación de malla transobturatriz (Monarc) por la nueva incisión cutánea.
- Taponamiento vaginal por 48 horas. Y sonda Foley por 48 horas.
- Importante: Conteo adecuado de las gasas.

Al alta, las pacientes fueron controladas a la semana y luego mensualmente.

RESULTADOS

En el estudio, el promedio de edad fue 64 años, siendo las edades extremas 56 y 75 años. La co-

FIGURA 3. SE MUESTRA EL PUNTO DEL LIGAMENTO SACROESPINOSO ATRAVESANDO LA MALLA Y BORDE SUPERIOR DE LA FASCIA RECTOVAGINAL, Y LOS PUNTOS SEPARADOS DE POLIÉSTER N° 3 QUE UNEN EL BORDE MEDIAL DE LA FASCIA RECTOVAGINAL AL BORDE INFERIOR DE LA MALLA, LOS QUE SE ANUDAN POSTERIORMENTE.

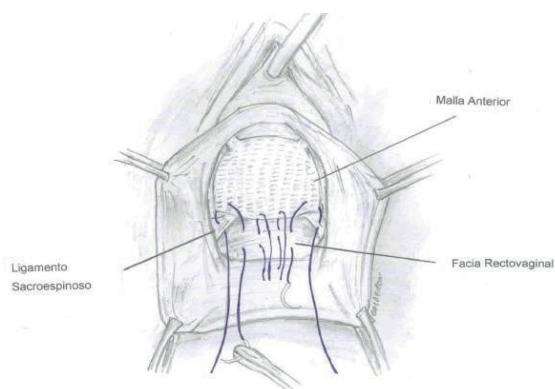
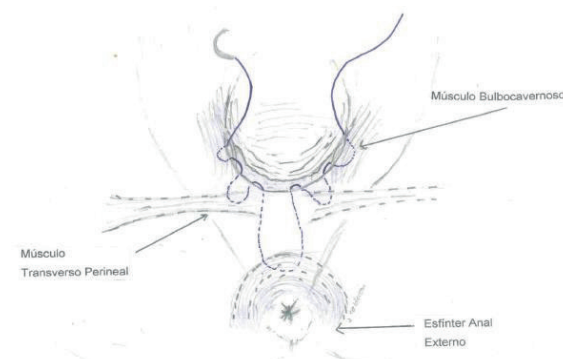


FIGURA 4. REPARACIÓN DEL HIATO GENITAL DESCRITA POR EL DR. NUCELIO LEMOS.





morbilidad principal fue la obesidad (índice de masa corporal promedio 29,1) en 91% de las pacientes, seguida de hipertensión arterial en 50% e hipotiroidismo en 33%.

El principal motivo de consulta fue la sensación de bulto en genitales, en 11 de los 12 casos (91%), seguido de incontinencia urinaria de esfuerzo en 4 casos, urgencia miccional en 2 casos y obstrucción miccional en 2 casos (figura 5).

El número de gestaciones promedio fue de 4,25, con rango de 1 a 8; y el promedio de partos vaginales fue 3,6, con rango de 1 a 7.

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos ginecológicos, encontramos histerectomía abdominal en 33% (4 casos), histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior en 25% (3 casos) y colporrafia anterior y posterior sola en dos casos.

En la exploración clínica prequirúrgica, todas las pacientes tuvieron defecto del punto Ba de algún grado, siendo el menor grado II y el mayor grado IV. De la misma forma, en el compartimiento posterior el punto Bp de menor grado fue I y el mayor IV grado. De las cuatro pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal previa, dos presentaron prolapso de cúpula vaginal grado II y dos grado IV; y de las tres pacientes con histerectomía vaginal, todas presentaron prolapso de cúpula IV; de las dos pacientes que tuvieron colporrafia anterior y posterior, las dos presentaron prolapso de punto C grado IV.

El diagnóstico de ingreso a cirugía fue prolapso genital IV C en 66,6% (ocho casos), IIIC 16,6% (dos casos), III Ba en 16,6% (dos casos).

A las pacientes se les realizó histerectomía vaginal más colocación de malla anterior (Perigee)

con fijación a sacroespino (3 pacientes), solo malla anterior (Perigee) con fijación a sacroespino (4 pacientes); malla anterior (Perigee) con fijación a sacroespino y malla transobturatriz (Monarc) (3 pacientes); histerectomía vaginal con malla anterior (Perigee), fijación a sacroespino y malla transobturatriz (Monarc) (2 pacientes).

Como complicaciones intraoperatorias, se presentó sangrado leve de vaso venoso presacro en una de las pacientes, al disecar el ligamento sacroespino izquierdo y al parecer por daño con la valva; fue controlado con electrocoagulación. No se requirió transfusión en ninguna de las pacientes.

Fueron complicaciones inmediatas contadas hasta el día de alta, hematoma en el compartimiento anterior en una paciente con cirugía de malla anterior y fijación sacroespinal, de aproximadamente 20 mL, que drenó espontáneamente y no requirió transfusión; una paciente presentó infección del tracto urinario y otra paciente, equimosis en la región perineal a nivel de ingreso de aguja anterior de Perigee. Ninguna requirió algún tratamiento especial.

Como complicaciones en el seguimiento, se encontró extrusión de malla en una paciente (8,3%), que fue solucionada con recorte en consultorio externo y estrógenos locales; dos pacientes a las que no se colocó TOT presentaron incontinencia de orina al esfuerzo, una de ellas de novo y en la otra persistió la incontinencia manifestada previa a la cirugía, aunque en menor intensidad; una paciente presentó urgencia miccional nueva, una reportó dispareunia, dos pacientes hicieron granuloma de sutura y una refirió dolor inespecífico pélvico, síntomas que evolucionaron favorablemente en los controles posteriores y desaparecieron a la última vista de las pacientes.

Los resultados anatómicos poscirugía fueron comparados según la clasificación POPQ, encontrándose que los defectos corregidos no tenían más de grado I, con mejor resultado en la cúpula vaginal (tabla 1).

DISCUSIÓN

La sintomatología más frecuente en la población estudiada fue la sensación de bulto en genitales, discomfort mayor cuanto mayor el grado de pro-

FIGURA 5. MOTIVO DE CONSULTA.

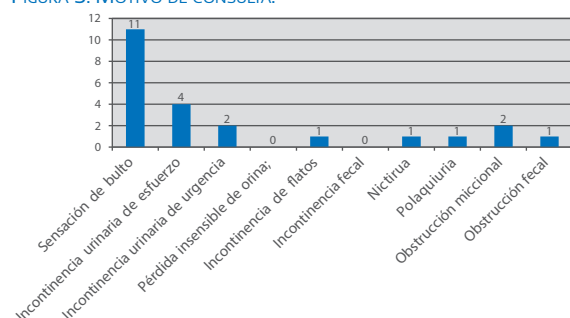




TABLA I. COMPARACIÓN DE LOS PUNTOS POP-Q EN LAS PACIENTES PRE Y POST CIRUGÍA.

	Aa		Ba		C		H		Cp		LTV		Ap		Bp		D	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	1	-2	5	-2	7	-6	6	4	1,5	4	8	6	-3	-2	4	-2	-5	
2	3	-1	10	-2	12	-7	6	5	2	6	10	7	3	-3	6	-3	6	
3	0	-2	3	-3	8	-7	4	4	3	4	8	7	0	-3	0	-3	7	
4	0	-2	3	-2	0	-6	6	4	2	3	7	6	0	-2	0	-2		
5	0	-1	3	-1	1	-7	6	5	3	4	8	8	-2	-2	-2	-2	-2	-8
6	1	-3	1	-3	6	-6	6	4	2	4	8	6	-1	-3	-1	-3		
7	2	-2	3	-3	7	-6	6	4	2	5	7	6	2	-2	3	-2		
8	3	-1	4	-1	7	-7	6	5	3	4	8	7	3	-3	4	-3		
9	3	-1	6	-2	0	-6	4	4	4	4	8	7	-2	-2	-2	-2		
10	3	-1	5	-1	8	-6	6	5	3	5	8	6	2	-2	6	-2	7	
11	2	-1	3	-2	6	-6	7	5	3	4	6	6	2	-2	3	-2		
12	0	-2	8	-2	10	-6	10	5	4	4	10	6	-2	-2	7	-2	8	

lapso. También se presentaron alteraciones de la micción y defecación, como en otros estudios⁽³⁾. Por razones culturales y sociales, las pacientes acudieron a la consulta con grados avanzados de prolapso, lo que sugiere que mantienen una calidad de vida deteriorada por tiempo prolongado.

El 66% (8 casos) de pacientes tuvo algún tipo de cirugía ginecológica previa, siendo esta un factor de riesgo importante para los prolapsos genitales, tal como ha sido descrito⁽⁶⁻¹⁰⁾. En el presente estudio se observó que 33% de los casos fueron recurrencias, de histerectomías vaginales y colposplastias previas.

Con la cirugía planteada, la reposición anatómica apareció óptima y los resultados de éxito fueron comparables con los estudios descritos para fijación al sacroespinoso⁽⁸⁻¹²⁾, ya que con este procedimiento se garantiza la suspensión de todos los demás elementos.

Es poco probable que en una patología de piso pélvico se presente solo un defecto por lo que se trata de garantizar que algún defecto aparezca posteriormente.

Esta primera experiencia en el hospital no pretende hacer una comparación con la colposacropexia, ya que se necesita un mayor tiempo de control para aseverar los resultados a largo plazo. Pero, una vez conocidos los espacios de acceso se convierte en una excelente alternativa⁽¹⁵⁻²²⁾.

Se propone, al igual que algunos autores, que con la corrección apical con fijación al sacroespinoso, si es bilateral, se obtiene mejores resultados anatómicos⁽²⁵⁻²⁷⁾. Se emplea malla anterior para prevenir el cistocele y porque la mayor patología se presenta en el compartimiento anterior, y al ser fijada al sacroespinoso con sutura no reabsorbible se obtiene la ventaja de unir a ella los diferentes elementos que quedarían sueltos, como el rezago del uterosacro; además que se crea un punto de apoyo para cerrar la fascia posterior, que ha perdido apoyo en el anillo pericervical ausente^(10,28-31).

Las pacientes que presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo después de la cirugía fueron aquellas en las que no se colocó malla transobturatriz, una de ellas por presentar residuo posmiccional alto en la evaluación preoperatoria. Las otras complicaciones que se encontró en las evaluaciones posquirúrgicas -como dolor, dispareunia, equimosis, granulomas e incluso extrusión de malla- evolucionaron favorablemente, desapareciendo en el último control.

En conclusión, la fijación al sacroespinoso es una herramienta válida y de alta tasa de curación para el prolapso apical. Se debe usar TOT en todos los casos, excepto en aquellos en que exista residuo posmiccional alto con la reducción de prolapso. El uso de TOT y de la malla anterior permite garantizar que no se presentará incontinencia de orina de esfuerzo y no habrá recidiva ni aparición de defectos del compartimiento



anterior al fijar el compartimento apical al sacroespino. Los defectos del compartimiento posterior son tratados con la fijación de la fascia rectovaginal, que ya no está en el anillo pericervical sino al borde inferior de la malla, la que fun- giría del mismo. El conocimiento de la anatomía pelviana y de los espacios anatómicos, hace que el abordaje vaginal sea seguro.

Las complicaciones intraoperatorias, inmediatas y tardías del procedimiento quirúrgico fueron le- ves y no requirieron tratamiento nuevo, por lo que se puede inferir que se trata de un procedi- miento seguro y de baja morbilidad. Se requiere mayor seguimiento para poder compararla a lar- go plazo con otras técnicas quirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giacomo N, Artibani W. Surgery for pelvic organ prolap- sed: current status and future perspectives. *Curr Op Urol*. 2005;15:256-62.
2. Foro Internacional "Población, envejecimiento y desarrollo: retos y desafíos" conmemorando el Día Mundial de la Población 2013. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Disponible en: https://www.facebook.com/permalink.php?id=332752543425709&story_fbid=605655372802090
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Surgical repair of vaginal wall prolapsed using mesh. *Interventional procedure guidance* 267. Aberdeen. June 2008.
4. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift Se, Berghmans B, Lee J, Monga A, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An in- ternational Urogynecological Association (IUGA)/Internatio- nal Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010 Jan;21(1):5-25. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9.
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epi- demiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89:501-4.
6. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTier- nan A. Pelvic organ prolapse in the women's health initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:1160-6.
7. Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapse. *Obstet Gyne- col*. 2005;106:615-34.
8. Symmonds RE, Williams TJ, Lee RA, Webb MJ. Posthysterec- tomy enterocele and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gy- necol*. 1981;140:852-9.
9. Cruikshank SH, Cox DW. Sacrospinous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;162(6):1611-9.
10. Silva-Filho AL. Sacrospinous fixation for treatment of vault prolapse and at the time of vaginal hysterectomy for marked uterovaginal prolapse. *J Pelvic Med Surg*. 2004;10:213-8.
11. Sederl J. Zur operation des prolapses der blind endingenden sheiden. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1958;18:824-8.
12. Randall CL, Nichols DH. Surgical treatment of vaginal ever- sion. *Obstet Gynecol*. 1971;38:327-32.
13. Sze EHM, Karra MM. Transvaginal repair of vault prolapse: A review. *Obstet Gynecol*. 1997;89:466-75.
14. Lantzscht T, Goepel C, Wolters M, Koelbl H, Methfessel HD. Sa- crospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2001;265:21-5.
15. Echevarría L. Fijación sacroespino en el manejo de prolap- so de cúpula vaginal y hernia pélvica: 10 años de experiencia. 1992-2002. *Rev Colombiana obstet ginecol*. 2004;55(1):37-42.
16. Symmonds RE, Pratt JH. Vaginal prolapse following hysterec- tomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1960;79(5):899-909.
17. Cruikshank SH. Sacrospinous fixation-- Should this be per- formed at the time of vaginal hysterectomy? *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164(4):1072-6.
18. Morley GW. Vaginal approach to treatment of vaginal vault eversion. *Clin Obstet Gynecol*. 1993;36(4):984-94
19. Barksdale PA, Elkins TE, Sanders CK, Jaramillo FE, Gasser RF. An anatomic approach to pelvic hemorrhage during sacro- spinous ligament fixation of the vaginal vault. *Obstet Gynecol*. 1998;91(5):715-8.
20. Thompson JR, Gibbs JS, Geandry R, Burrows L, Lambrou N, Buller JL. Anatomy of pelvic arteries adjacent to the sacro- spinous ligament: importance of the coccygeal branch of the inferior gluteal artery. *Obstet Gynecol*. 1999;94:973-7.
21. Lovatsis D, Drutz HP. Safety and efficacy of sacrospinous vault suspension. *Int Urogynecol J*. 2002;13:308-13.
22. Alevizon SJ, Finan MA. Sacrospinous colpopexy: Manage- ment of postoperative pudendal nerve entrapment. *Obstet Gynecol*. 1996;88:713-5.
23. Verdeja AM, Elkins TE, Odoi A, Gasser R, Lamoutte C. Trans- vaginal sacrospinous colpopexy: anatomic landmarks to be



- aware of to minimize complications. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:1468-9.
24. Sagsoz N, Ersoy M, Kamaci M, Tekdemir I. Anatomical landmarks regarding sacrospinous colpopexyoperations performed for vaginal vault prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;101:74-8.
25. Meeks GR, Washburne JF, McGehee RP, Wiser WL. Repair of vaginal vault prolapsed by suspension of the vagina to iliococcygeous fascia. *Am J Obstetric Gynecol.* 1994 Dec;171(6):1444-52.
26. Shull BL, Capen SB, Riggs MW. Bilateral attachment of the vaginal cuff to iliococcygeous fascia: An effective method of cuff suspension. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:1669-77.
27. Thomas MJ. The efficacy of Marlex mesh in the repair severe, recurrent vaginal prolapse of the anterior midvaginal wall. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1472-5.
28. Shull BL, Capen CV, Riggs MW, Kuehl TJ. Preoperative and postoperative analysis of site-specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:1764-71.
29. Carey MP, Slack MC. Transvaginal sacrospinous colpopexyfor vault and marked uterovaginal prolapse. *Br J ObstetGynaecol.* 1994;101:536-40.
30. Holley RL, Varner RE, Gleason BP, Apffel LA, Scott S. Recurrent pelvic support defects after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *J Am Coll Surg.* 1995;180:444-8.
31. Paraiso MFR, Ballard LA, Walters MD, Lee JC, Mitchinson AR. Pelvic support defects and visceral and sexual function in women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1423-31.

