

Colpoplastia transobturador en prolapsos de los órganos pélvicos.

Dr. René Borges Sandrino

FCM. Dr. Salvador Allende.

rborges@infomed.sld.cu

Dra. Enia Ramón Musibay

FCM. Dr. Salvador Allende.

eborges@infomed.sld.cu

Resumen

Se presenta una investigación prospectiva aplicada sobre la corrección de los POP con malla de polipropileno monofilamento, por técnica libre de tensión transvaginal transobturador. El objetivo del presente estudio fue validar la técnica propuesta por los autores en la corrección de las entidades que tienen como causa una disfunción del diafragma perineal. Entre noviembre 2005 y enero 2009. Se realizó un modelo de cirugía tricompartmental a pacientes con POP, la muestra estuvo constituida por 35 pacientes todos atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Carlos J. Finlay". La evaluación del piso pélvico se realizó en consulta externa donde se aplicaron los criterios de selección a la muestra, el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows. El grupo de edad más afectado estuvo entre los 50 y los 60 años, predominaron las pacientes multíparas. El prolapso uterino y el cistocele resultaron ser las afecciones de mayor presentación (60%). Las complicación más frecuente fue la sepsis urinaria y en ningún caso se presentó el rechazo al material protésico utilizado ni recidivas. Se concluye demostrando las ventajas de la técnica en la reparación de los POP.

Palabras clave: suelo pélvico, prolapso de los órganos pélvicos (POP), cistocele, rectocele, malla de polipropileno, técnicas libre de tensión.

Abstract

A prospective investigation is presented applied on the correction of the POP one with mesh of polypropylene monofilament, for technique free of tension

transvaginal transobturador. The objective of the present study was to validate the technique proposed by the authors in the correction of the entities that you/they have like cause a dysfunction of the diaphragm perineal. Among November 2005 and January 2009 a model of surgery tricompartimental was carried out to patient with POP, the sample was constituted by 35 patients all assisted in the service of General Surgery of the Educational General Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". The evaluation of the pelvic floor was carried out in external consultation where the selection approaches were applied to the sample, the statistical analysis was carried out with the program SPSS for Windows. The affected age group was between the 50 and the 60 years, the patient multíparas prevailed. The uterine prolapse and the cistocele turned out to be the affections of more presentation (60%). The most frequent complication was the sepsis urinaria and in any case the rejection was presented to the material used protésico neither relapses. You concludes demonstrating the advantages of the technique in the repair of the POP one.

Key words : I am accustomed to pelvic, prolapsed of the pelvic organs (POP), cistocele, rectocele, polipropil mesh, technical free of tension.

Introducción

La expectativa de vida a nivel mundial ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años, lo cual sin lugar a dudas ha sido uno de los logros de la salud pública. Esto ha traído como consecuencia que una serie de afecciones que no constituían un problema para la población femenina en edades más tempranas, en la actualidad son objetos de consulta con una frecuencia cada vez mayor.¹

Dentro de las mismas los prolapsos de los órganos pélvicos (POP) representan unas de las más complejas debido a los órganos que involucra (vagina, útero, vejiga, uretra y recto) y los diferentes síndromes clínicos derivados de los mismos.²

El 37% de estas entidades se acompaña de incontinencia urinaria y el 10% de incontinencia fecal. Se estima que aproximadamente una de cada 10 mujeres por encima de los 50 años consultan al facultativo con algún grado de

disfunción del suelo pélvico. Las 9 restantes siguen siendo esclavas de un problema que tiene solución por problemas socioculturales o de otro tipo.^{3,4}

Para la mujer representa una afectación importante de su calidad de vida, pues no sólo sufre las manifestaciones físicas propias del trastorno, sino aquellos derivados de las perturbaciones emocionales, laborales o profesionales que producen las mismas sin contar la repercusión económica para la enferma y para el estado.⁵

El suelo pélvico pudiera ser definido como el conjunto de músculos, fascias y ligamentos que le brindan sostén a los órganos contenidos en dicha cavidad, divididos para su estudio en tres compartimentos (anterior, medio y posterior). Múltiples factores determinan que se produzca un POP dentro de los que se encuentran la múltiparidad transvaginal, la obesidad, las histerectomías por cualquier vía y los trastornos neuroendocrinos. Más recientemente se han planteado los trastornos de las fibras colágenas como el proceso determinante lo que ha llevado a diferentes investigadores a plantear la llamada teoría de la integralidad para la corrección de la entidad que aquí abordamos.⁶

En décadas pasadas varias técnicas fueron descritas para el tratamiento aislado de los POP, todas de tipo tisular que son aquellas que no utilizan prótesis para la reparación sino los tejidos del enfermo.

Estas técnicas mostraron un índice de recidiva que sobrepasaba el 20% a los cinco años por lo cual fueron muy cuestionadas. El advenimiento de los nuevos materiales protésicos y los trastornos de las fibras de colágenos planteo nuevos esquemas de tratamiento para estas pacientes. Las técnicas protésicas se han impuesto por requerir menos disección y tiempo quirúrgico, fácil realización, no necesariamente hay que penetrar en cavidades durante la realización de las mismas, como si ocurre con la mayoría de las técnicas tisulares que constituyeron los patrones de referencia para el tratamiento de estas pacientes como la colposuspensión retro púbica de Burch, la técnica de Marshall-marchetti-Kran, la suspensión vaginal de Richardson etc ^{7,8}. El objetivo de la presente investigación fue **validar un modelo de colpoplastia transvaginal transobturador** para la reparación de los prolapsos de los órganos pélvicos, utilizando bandas de polipropileno libres de tensión. La

novedad de la presente investigación radica en que hasta el momento esta técnica no ha sido realizada en Cuba, y los investigadores no encontraron modelos similares en la revisión de la literatura extranjera para elaborar el estudio presentado.^{9,10}

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal en el hospital general docente “Dr. Carlos J. Finlay” con aquellos pacientes que presentaban POP, en el período de tiempo comprendido de noviembre 2005 y enero 2009 la muestra quedó constituida por un total de 37 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes que presentaron POP como, cistocele y rectocele grados II y III, prolapsos uterinos grados II o III, hernias perineales, prolapso de la cúpula vaginal o enterocele y que no se acompañen de incontinencia fecal.

Se excluyeron del estudio todas las pacientes que no pudieron ser seguidas por un periodo de tiempo mínimo de un año después de operadas o aquellas que no acudieron a consulta externa con la periodicidad planificada. La incontinencia urinaria no se tomo como criterio de exclusión porque casi siempre acompaña a la mayoría de los prolapsos que afectan el compartimiento anterior y medio del suelo pélvico

Todas las pacientes se evaluaron en consulta donde se realizó un exhaustivo examen físico de la región perineal. Para la recogida de datos se elaboró una planilla en la cual se recoge el estado de las principales variables del estudio. El análisis de la muestra se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows. En todos los casos se contó con el consentimiento de la paciente para realizar el proceder.

La técnica quirúrgica fue la siguiente, una vez que el paciente se encontraba en posición ginecológica y realizada la antisepsia de la región ,después de abrir la mucosa vaginal en t invertida y de elevar nuevamente la vejiga ,realizar la histerectomía vaginal , o simplemente devolver a la cavidad el saco peritoneal con asas intestinales que acompaña al prolapso de la cúpula vaginal o realizar la reducción del rectocele se procedió a pasar un segmento

de malla por el compartimiento anterior , es decir por debajo de la vejiga y uretra en sentido longitudinal y a través del agujero obturador , posteriormente este proceder se repetía a nivel del compartimiento posterior para reforzar todo el piso pélvico y evitar los descensos por esta vía en el caso de los rectoceles , prolapsos de la cúpula o enterocele. Si la paciente no tenía utero o se había realizado una histerectomía vaginal un tercer segmento de malla se coloca en el compartimiento medio.

Finalmente se cerraba la mucosa vaginal anterior y/o posterior previo corte de los sobrantes de la malla para lograr su introducción en el tejido musculo aponeurótico, comprobando el cierre de ambos compartimento mandando a la paciente a realizar una maniobra de Vasalva. La sonda era retirada al término de la intervención. Se utilizó profilaxis antibiótica durante la cirugía con una dosis simple de cefazolina 2 g intravenosa. El seguimiento posoperatorio se efectuó en consulta externa entre los 7 y 14 días, al mes, a los 3 y 6 meses.

Resultados y discusión

En la tabla número una se observan los grupos de edades, la mayoría de los pacientes se encontraban entre los de 61 a 70 años con 14 enfermas (37.83), seguidas de las pacientes entre 51 a 60 años (32.43), la mayoría de los autores plantean que es a partir de los 60 años donde realmente se acrecientan los procesos degenerativos del piso pélvico

Las afecciones del suelo pélvico que fueron objeto de reparación en las 37 pacientes se puede observar en la tabla dos, el cistocele fue el de mayor frecuencia con 17 pacientes (45.94%), de ellos el 5% presento algún grado de incontinencia urinaria, los rectoceles y los prolapsos de la cúpula vaginal se presentaron en 6 pacientes respectivamente (16,21%), el prolapso uterino en 5 (13,51%) y el enterocele en 2 (5.40%), solo reparamos un caso de hernia perineal, con antecedentes de trauma obstétrico(2,70%).

La mayoría de los pacientes se operaron entre 31 y 60 minutos con 14 enfermas (37,83%). No se presentaron complicaciones transoperatorias derivadas del uso de la técnica o del proceder anestesiológico, solo en el

postoperatorio en un caso hubo necesidad de recortar la salida de la malla por un extremo debido a las molestas que presentaba la paciente al sentarse. En cuanto al dolor post operatorio se resolvió con los analgésicos habituales sin necesidad tomar medidas más enérgicas. Las operadas deambularon entre las 2 y 18 horas de operadas y se alimentaron entre 4 y 6 horas después de la cirugía.

El alta hospitalaria se realizó entre las 20 y 24 horas de operadas. Todas las pacientes resolvieron la incontinencia urinaria de esfuerzo y hasta el momento no se han reportado recidivas.

El primer estudio con mallas de polipropileno en la corrección del prolapso de pared anterior, fue realizado con Marlex en 1996, por Julian⁴. Se trataba de una randomización de 24 pacientes, 12 con corrección con malla de polipropileno. A los 24 meses se demostró una corrección anatómica en todas las pacientes con malla, versus un 66% en las que sólo se realizó colporrafia anterior. Migliari⁵ durante el 2000 demuestra en 12 pacientes a 20,5 meses de seguimiento, resultados de un 100% de curación en la corrección de cistocele con malla de Prolene.¹¹

Actualmente se discute sobre el beneficio que reporta la utilización de un segmento libre de malla de polipropileno para disminuir la recurrencia de los cistoceles, rectoceles, los prolapsos de la cúpula vaginal, los enteroceles y otras afecciones del suelo pelviano, tanto anterior como posterior.⁷

En otras investigaciones se ha descrito como principal complicación la erosión de pared vaginal con exposición de la malla, principalmente en la corrección de cistocele, presentándose para Gynemesh entre 3,8% y 7,5%. En las 37 pacientes que presentamos, no se ha demostrado esta complicación, en la pared anterior o posterior de la vagina^{9 10}.

La paciente que hubo necesidad de recortar la malla en el postoperatorio se debió fundamentalmente a la curva de aprendizaje, al colocarse la misma demasiado larga. Otras complicaciones generales como el sangrado escaso, la sepsis urinaria y el hematoma perineal afectaron a un paciente cada una y resolvieron solo con tratamiento médico.

Bader describió una duración de 20 minutos \pm 2,2 en la técnica para cistocele, similar al tiempo de nuestra experiencia ^{12,13}. Sin embargo no encontramos publicaciones para el tiempo de duración de la técnica aplicada a rectocele u otros defectos de este tipo. Hasta el momento todos estos procedimientos son realizados solamente en un compartimento del suelo pelviano y la técnica que se propone repara en un solo tiempo los POP que se producen en simultáneamente en estas pacientes. De esta forma en una sola entrada al salón de operaciones se puede resolver un problema que de otra forma llevaría varias intervenciones quirúrgicas. En la serie que se reporta hasta el momento no se han reportado recidivas.

La experiencia que comunicamos, se refiere a un reducido número de pacientes, sin embargo, se trata de casos con reparación tricompartmental en la que se abordan los POP en diferentes compartimientos con una sola intervención y buenos resultados. En la revisión de la literatura no encontramos trabajos en los cuales se realice una técnica similar a la propuesta por los investigadores ¹⁰. Sin embargo, creemos que nuestra experiencia es una alternativa a la reparación de los POP en aras de mejorar la calidad de vida en mujeres que a pesar de tener una edad avanzada se encuentra activas sexual y socialmente.

Conclusiones

- Las edades de mayor afectación en la serie estudiada estuvieron entre los 61 y los 70 años.
- El cistocele fue el POP de mayor incidencia en la serie estudiada
- La mayoría de las intervenciones se realizaron entre 31 y 60 minutos
- La sepsis urinaria fue la complicación mas frecuente y no se reportaron recidivas en la serie estudiada hasta el momento del reporte.
- Los investigadores recomiendan tener como premisa la selección de los pacientes y la experiencia para la obtención de resultados satisfactorios en la aplicación de la técnica.

Bibliografía

1. Lucente V, Hale D, Miller D, Madigan J. Oral Poster 55: A Clinical Assessment of Gynemesh PS for the repair of pelvic organ prolapse (POP). *Journal of pelvic medicine & Surgery*. 2004;10 Supplement 1:S 35.
2. Deval B, Haab F. What's new in preolapse surgery?. *Curr Opin Urol* 2003 Jul;13(4):315-323.
3. Brun JL, Bordenave L, Lefebvre F, Bareille R, Barbie C, Rouais C, et al. Physical and biological characteristics of the main biomaterials used in pelvic surgery. *Biomed Mater Eng* 1992 Winter, 2(4):203-225.
4. Julian TM. The efficacy of Marlex mesh in the repair of severe, recurrent vaginal prolapse of the anterior midvaginal wall. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1472-1475.
5. Migliari R, De Angelis M, Madeddu G, Verdacchi T. Tension free vaginal mesh repair for anterior vaginal prolapse. *Eur Urol* 2008;38:151-155.
6. Chu CC, Welch L. Characterization of morphologic and mechanical properties of surgical mesh fabrics. *J Biomed Res* 1985 Oct;19(8):903-916.
7. Birch C, Fynes MM. The role of synthetic and biological prothesis in reconstructive pelvic floor surgery. *Curr Opin Gynecol* 2002;14:527-535.
8. De Tayrac R, Gervaise A, Fernández H. Cystocele repair by the vaginal route with a tension-free sub-bladder prothesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2002 Oct;31(6): 597-599.
9. Bader G, Fauconnier A, Roger N, Heitz D, Ville Y. Cystocele reappear by vaginal approach with a tension-free transversal polypropylene mesh. Technique and results. *Gynecol Obstet Fertil* 2004 Apr;32(4):280-284.
10. Adhoute F, Soyeur L, Pariente JL, Le Guillou M, Ferrier JM. Use of transvaginal polypropylene mesh (Gynemesh) for the treatment of pelvic floor disorders in women. Prospective study in 52 patients. *Prog Urol* 2004 Apr;14(2):192-196.
11. Dwyer PI, O'Reilly BA. Transvaginal repair of anterior and posterior compartment prolapse with Atrium polypropylene mesh. *BJOG* 2004 Aug;111(8):831-836.

12. Abrams P, Cardozo Let al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of international society. *Neurol Urodin* 2002.
13. González A. Incontinencia urinaria en la mujer. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, Vol II. J.A usandizaga y P. La Fuente. ED McGraw-Hill. Interamericana.