



SERIE DE CASOS

HISTEROSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON PROLAPSO APICAL PURO: REPORTE DE 4 CASOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA, 2006

Laparoscopic hysterosacropexy for uterine conservation in patients having pure apical defects: a report of 4 cases from Medellín, Colombia, during 2006

José F. De los Ríos, M.D.*, José L. Restrepo, M.D.***, Juan D. Castañeda, M.D.*

Recibido: julio 24/07 - Aceptado: marzo 3/08

RESUMEN

Objetivo: describir la hysterosacropexia por laparoscopia y sus resultados a corto plazo, en una serie de pacientes con prolapso apical puro y contraindicación para histerectomía.

Institución: Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica, Clínica del Prado, Medellín, Colombia.

Diseño: reporte de cuatro pacientes con prolapso apical puro y deseo de conservación uterina.

Variables para medir: edad, indicación de cirugía, tiempo quirúrgico, sangrado estimado, complicaciones intraoperatorias, tiempo de hospitalización, incidencia de disfunción urinaria, defecatoria o sexual, aparición de incontinencia urinaria posoperatoria, complicaciones atribuibles a la malla, incidencia de recaídas, tasa de curación subjetiva, tasa de curación objetiva, satisfacción con el procedimiento, incidencia de embarazos después de cirugía.

Resultados: edad promedio: 53 años; tiempo quirúrgico: 67 minutos (60-75); pérdida sanguínea:

30 cc (10-50); tiempo promedio de hospitalización: 15 horas (6-24); no hubo complicaciones intraoperatorias. En el seguimiento durante 12 meses en promedio (8-17) no hay recidivas ni signos de disfunción urinaria, defecatoria o coital en las pacientes sexualmente activas. No hay casos de incontinencia urinaria posoperatoria. Las pacientes están satisfechas con la intervención realizada. Aún no hay ningún embarazo.

Conclusiones: la hysterosacropexia laparoscópica podría ser una alternativa viable en nuestro medio para el tratamiento de pacientes con prolapso apical puro y contraindicación para histerectomía. Se requieren series mayores para determinar su papel en la práctica clínica.

Palabras clave: hysteropexia, laparoscopia, prolapso apical, sacropexia.

SUMMARY

Objective: describing the laparoscopic hysterosacropexy technique and short-term results in 4 patients with apical prolapse in whom hysterectomy was contraindicated.

Setting: gynecological endoscopy unit, Clínica del Prado, Medellín, Colombia.

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

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

Sample: four patients with apical prolapse wishing for uterine conservation or having contraindication for hysterectomy.

Methods: reviewing medical records, follow-up visits and telephone questionnaire.

Main outcomes: age, indication for surgery, operating time, estimated blood loss, intra-operative complications, hospitalization time, incidence of postoperative urinary, defecatory or sexual dysfunction, developing urinary incontinence, mesh-derived complications, prolapse recurrence, subjective cure rate, objective cure rate, satisfaction, pregnancies after surgery.

Results: mean age was 53 (39-71), 67 minutes mean time (60-75) spent in surgery, 30 cc mean estimated blood loss (10-50) and 15 hours mean hospitalization time (6-24). There were no intraoperative complications. There have been no recurrences of prolapse or any evidence of urinary, defecatory or coital dysfunctions in sexually-active patients during mean follow-up period (12 months). All patients were completely satisfied with the operation result. No pregnancies have been recorded to date.

Conclusions: laparoscopic hysteropexy could be a valid alternative in our setting for treating patients suffering apical prolapse having contraindication for hysterectomy. Further studies are needed for establishing its role in clinical practice.

Key words: hysteropexy, laparoscopy, apical prolapse, sacropexy.

INTRODUCCIÓN

El prolapso uterovaginal se presenta en el 50% de las mujeres mayores de 50 años que hayan tenido hijos.¹ Tiene una prevalencia durante toda la vida de la mujer que oscila entre un 30% y un 50%.^{2,3} Mujeres con expectativa de vida normal tienen un 11% de posibilidad de ser operadas por este diagnóstico.⁴ Es la primera causa de histerectomía en mayores de 55 años.⁵ En Estados Unidos se reportan más de 200.000 casos anuales,⁶ con un costo supe-

rior al billón de dólares.² Se prevé un aumento del doble en su incidencia para los próximos 30 años a medida que envejece la población y aumenta la expectativa de vida.⁷ El 46% de las mujeres entre los 15 y los 97 años presenta algún tipo de disfunción del piso pélvico.⁸

El prolapso apical ocurre como consecuencia del daño en las estructuras de sostén del nivel 1 de De Lancey, es decir, por disrupción o laxitud de las fibras del complejo uterosacrocardinal.⁹ Puede tener dos presentaciones: cuando el daño ocurre en mujeres con útero, este órgano desciende a través del canal vaginal produciéndose un histerocele. Cuando durante una histerectomía las estructuras mencionadas se dañan o no son reparadas adecuadamente, lo que se presenta es un prolapso de la cúpula vaginal. Aunque lo más frecuente es que el prolapso apical se asocie a daños en otros compartimentos del piso pélvico, puede encontrarse como defecto aislado hasta en el 33% de los casos.¹⁰

La postergación de la maternidad hasta edades más avanzadas, el concepto controvertido de la importancia del cerviz en las funciones orgásmica y sexual, las diversas modalidades de tratamiento para las hemorragias uterinas, la identificación de la conservación uterina con el concepto de feminidad, entre otros, se han convertido en la actualidad en motivos por los cuales muchas mujeres jóvenes rehúsan a la posibilidad de histerectomía en casos de prolapso.¹¹ Un estudio sueco demostró que el 5% de las mujeres entre los 20 y los 59 años tienen prolapso uterino¹² y es claro que en pacientes dentro de este rango de edad, no siempre, la remoción uterina es una opción bien acogida. También, en algunas mujeres mayores, las enfermedades sistémicas coexistentes contraindican la realización de intervenciones mayores como la histerectomía.¹³ En este contexto, toman importancia los procedimientos que corrigen el prolapso sin necesidad de extirpar el órgano y conservan además indemnes las funciones urinaria, defecatoria, sexual y reproductiva. Se han descrito varias técnicas para corregir el prolapso apical conservando el útero. Por vía vaginal

se cuentan la cirugía de Manchester y la histeropexia al ligamento sacroespinoso.¹¹ Por vía abdominal, se practican la histerosacropexia y la plicatura de los ligamentos uterosacros. Los dos últimos han sido replicados por laparoscopia, disminuyendo la morbilidad de las incisiones abdominales y brindando a estas reparaciones todos los beneficios conocidos de la cirugía de accesos mínimos.^{14,15}

Motivada por trabajos recientes de reparación del prolapso apical por laparoscopia¹⁵ y teniendo en cuenta que no existen otras publicaciones con respecto al tema en nuestro medio, la Unidad de Endoscopia Ginecológica de la Clínica del Prado, ha querido instaurar en su práctica, la histerosacropexia laparoscópica, cuando se presente prolapso apical puro y existan contraindicaciones médicas o argumentos en contra, por parte de la paciente, para la realización de una histerectomía.

Por esta razón, la realización de este procedimiento se inició en el año 2006 y el objetivo de esta publicación es reportar el manejo y seguimiento, a corto plazo, de las primeras pacientes operadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: reporte de cuatro mujeres en quienes se practicó manejo laparoscópico conservador por prolapso apical, entre el 11 de enero y el 31 de octubre del 2006, en la Unidad de Endoscopia Ginecológica de la Clínica del Prado, Medellín, Colombia, institución privada que atiende pacientes del régimen contributivo, centro de referencia para procedimientos de endoscopia avanzada en la ciudad. Se incluyeron la totalidad de casos de prolapso apical puro con contraindicación para histerectomía, encontrados durante el periodo descrito. Tiempo de seguimiento: un año.

Población: criterios de inclusión: percepción de masa protruyendo a través del canal vaginal. Prolapso apical puro grado III, de acuerdo con la clasificación de Baden-Walker. Criterios de exclusión: traquelocelos o defectos concomitantes de los compartimientos anterior o posterior. Incontinencia urinaria.

Descripción del procedimiento

Se realizó una historia clínica completa y un examen físico detallado encontrando en todas las pacientes, como único hallazgo, un prolapso apical puro. Se les explicó la posibilidad de realizar histerectomía vaginal o de optar por el manejo conservador. Tras conocer los riesgos y beneficios probables de cada intervención, todas dieron su consentimiento para que se les practicara la histerosacropexia por vía laparoscópica. Las razones expresadas por las pacientes para optar por la conservación uterina fueron: deseo de más hijos en una de ellas, percepciones nocivas psicológicas y culturales sobre la extirpación uterina en dos pacientes y edad avanzada con enfermedades concomitantes en la última.

Se hizo profilaxis antibiótica con cefalotina (2 g) una hora antes de la cirugía. Con anestesia general e intubación endotraqueal, en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia de las áreas abdominal, perineal y vaginal así como en el tercio superior de ambos muslos; se les instaló sonda de Foley número 12 y se dejó el balón inflado con 10 cc de solución salina. Bajo anestesia, se llevó a cabo un nuevo examen vaginal y pélvico, traccionando el cerviz uterino y descartando defectos de compartimentos diferentes del apical. Se aplicó cánula de Rubin para la manipulación uterina. En todas las pacientes se realizó neumoperitoneo con aguja de Veress hasta alcanzar 15 mmHg de presión intraabdominal y se pasó un trocar de 10 mm en la región umbilical. Posteriormente, se insertaron bajo visión directa tres trocares auxiliares de 5 milímetros, dos pararrectales izquierdos, en flanco y fosa ilíaca respectivamente y otro pararrectal derecho en la fosa ilíaca. En posición de Trendelenburg y con una leve desviación lateral de la mesa quirúrgica a la izquierda, se obtuvo acceso al promontorio del sacro, el cual se disecó con bipolar y tijeras hasta exponer adecuadamente el ligamento presacro, previa ubicación de la arteria sacra media y del uréter y vasos ilíacos comunes derechos. Acto seguido, se realizó una disección con tijeras y bipolar de todo el peritoneo posterior, desde el promontorio sacro hasta el fondo de saco de Douglas.

Mediante manipulación de la cánula de Rubin endouterina, se expuso la parte posterior del cerviz y allí se fijó el extremo inferior de una malla rectangular de Prolene de 10 x 3 cm con cuatro puntos separados intracorpóreos de poliéster 0. Luego, el extremo superior de la malla fue fijado con un punto del mismo material al ligamento presacro en el promontorio, previa reposición del útero a su posición normal en la pelvis, mediante la aplicación de presión leve ejercida con la cánula endouterina, pero teniendo cuidado de no dejar excesiva tensión en la malla. Hecha la suspensión, se procedió a realizar una plicatura de los ligamentos uterosacros sobre la malla de Prolene con tres puntos continuos intracorpóreos de poliéster 0. Finalmente, se afrontó el peritoneo posterior cubriendo la malla con una sutura continua intracorpórea de poliglactina 2-0. No se presentaron complicaciones intraoperatorias en ninguno de los casos. Las dos primeras pacientes se dejaron hospitalizadas por 24 horas con analgésicos parenterales. En vista de las molestias mínimas referidas por ellas durante la hospitalización, las siguientes dos fueron dadas de alta en buenas condiciones seis horas después de culminado el acto quirúrgico.

VARIABLES A MEDIR: edad, peso, tiempo quirúrgico, sangrado estimado, tiempo de hospitalización, complicaciones intraoperatorias o posoperatorias, incapacidad posoperatoria. Satisfacción con el procedimiento hasta el primer año: curación subjetiva y recurrencia del prolapso.

ANÁLISIS: se muestran estadísticas descriptivas, las variables continuas se presentan con medidas de tendencia central y dispersión, las variables discretas como proporciones.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes operadas fue de 53 años (DE \pm 14,1). El peso promedio fue de 57 kilos (DE \pm 9,3). Dos de las mujeres eran sexualmente activas.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 67,5 minutos (DE \pm 7,5). La pérdida sanguínea estimada,

en promedio, no superó los 30 cc (DE \pm 18,2). La hospitalización medida en horas tuvo un promedio de 15 (DE \pm 10,3). No existieron complicaciones intraoperatorias. Ninguna requirió laparoconversión ni transfusión sanguínea. Las pacientes han sido seguidas durante 17, 15, 8 y 8 meses respectivamente. Hasta ahora persiste la corrección subjetiva y objetiva en las cuatro pacientes. Ninguna paciente requirió procedimientos adicionales ni desarrolló incontinencia urinaria. No refieren ningún síntoma sugestivo de disfunción urinaria o defecatoria. Incapacidad para retomar a sus actividades: 15 días. Las dos mujeres sexualmente activas están satisfechas con su intervención y no tienen dispareunia ni otros signos de disfunción sexual atribuible al procedimiento. Hasta el momento, no se han detectado complicaciones generadas por la malla. No hay reporte de embarazos en las dos pacientes que aún están en edad reproductiva.

DISCUSIÓN

En nuestro medio, las cirugías de prolapso con conservación uterina no se realizan con frecuencia. Estos procedimientos no son enseñados de rutina en los programas de posgrado, y en muchos casos hay solicitud explícita de las pacientes para realizar la remoción uterina. Para la cirugía de Manchester han sido reportadas tasas de recidiva del prolapso del 20%,¹⁶ disminución en la fertilidad, pérdidas gestacionales del 50%, dispareunia de novo, dismenorrea y dificultades para el seguimiento citológico del cerviz y para las biopsias de endometrio por estenosis cervical.¹⁷⁻¹⁹

La fijación sacroespinal produce una desviación lateral y posterior de la vagina, y por esta razón, predispone a los prolapsos posoperatorios del compartimiento anterior.²⁰ El metaanálisis de Cochrane recientemente publicado, advierte además, que al compararla con la fijación al sacro, la cirugía por vía vaginal que utiliza el ligamento sacroespinal para la corrección, tiene un mayor riesgo de recidiva del prolapso apical y una mayor tasa de dispareunia posoperatoria.²¹

Por vía abdominal se han realizado dos tipos de procedimientos, la plicatura de los ligamentos uterosacros con sutura y la histerosacropexia con malla.

Sobre el primer procedimiento hay pocos reportes y el seguimiento a largo plazo no ha sido aún bien evaluado.^{14, 22, 23}

Acercas de la histerosacropexia con malla por laparotomía, los reportes demuestran tasas de éxito subjetivo y objetivo mayores del 95% con seguimientos hasta de seis años.^{16, 24-28}

La replicación de esta técnica por vía laparoscópica, al parecer conserva sus beneficios de resistencia, durabilidad, preservación de las funciones de los órganos pélvicos y restauración de la anatomía, adicionándole los beneficios conocidos y demostrados de la vía endoscópica.

Sin embargo, la aseveración anterior permanece aún como una simple teoría, dada la escasa cantidad de publicaciones con este respecto.

Está bien referenciada en la literatura, la discusión de los diferentes grupos de trabajo acerca de si se debe o no hacer correcciones de defectos de piso pélvico utilizando estructuras nativas que podrían, por estar defectuosas, no brindar la suficiente resistencia para que la reparación sea durable. En prolapso apical, este cuestionamiento sería aplicable a la cirugía de Manchester y a la plicatura de los uterosacros que utilizan para la reparación los ligamentos autóctonos de la paciente. Proveer con una prótesis resistente como lo son las mallas, una reconstrucción que simule la anatomía original, fijando el cerviz al sacro, como de manera natural lo hacen los ligamentos uterosacros, no solo corrige el defecto sin afectar la función de los demás órganos sino que también brinda durabilidad a la restauración, característica de vital importancia para cualquier procedimiento que intente corregir el prolapso.

Aunque todavía no está claro el papel de la histerosacropexia por laparoscopia en el manejo del prolapso apical, nuestro trabajo pretende aportar algunos datos a la solución de este problema y aunque somos conscientes de que una serie de casos no tiene el poder estadístico suficiente para generar

conclusiones contundentes, por lo menos sirve para demostrar que la realización de esta técnica es posible y segura en nuestro medio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La histerosacropexia por laparoscopia surge como alternativa en pacientes con prolapso apical puro que por alguna causa deseen conservar el útero o que tengan contraindicaciones médicas para una intervención mayor. Se requiere hacer una evaluación de esta técnica, con un diseño más apropiado para determinar su real efectividad.

REFERENCIAS

1. Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol* 2007;109:1396-403.
2. 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.
3. Flynn BJ, Webster GD. Surgical management of the apical vaginal defect. *Curr Opin Urol* 2002;12:353-8.
4. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
5. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994;83:549-5.
6. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:108-115.
7. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1496-501.
8. MacLennan Ah, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70.
9. Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:568-73.

10. Shull BL. Pelvic organ prolapse: anterior, superior and posterior vaginal segment defects. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:6-11.
11. Maher CF, Cary MP, Slack MC, Murray CJ, Milligan M, Schluter P. Uterine preservation or hysterectomy at sacrospinous colpopexy for uterovaginal prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:381-5.
12. Samuelsson EC, Victor FT, Svärdsudd KF. Five year incidence and remission rates of female urinary incontinence in a Swedish population less than 65 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:568-74.
13. Hefni M, El-Toukhy T, Bhaumik J, Katsimanis E. Sacrospinous cervicocolpopexy with uterine conservation for uterovaginal prolapse in elderly women: an evolving concept. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:645-50.
14. Digesu GA, Khullarb V, Selvaggia L, Hutchings A, Nardob L, Milanic R. A case of laparoscopic uterosacral ligaments plication: a new conservative approach to uterine prolapse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:112-5.
15. Seraccholi R, Hourcabie JA, Vianello F, Govoni F, Pollastri P, Veturoli S. Laparoscopic treatment of pelvic floor defects in women of reproductive age. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:332-5.
16. Barranger E, Fritel X, Pigne A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: Long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1245-50.
17. O'Leary JA, O'Leary JL. The extended Manchester operation. *Am J Obstet Gynecol* 1970;107:546-50.
18. Nichols DH, Randall CL. The Manchester operation. In: Nichols DH, Randal CL, editors. *Vaginal surgery*. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1996. p. 213-17.
19. Williams BF. Surgical treatment for uterine prolapse in young women. *Am J Obstet Gynecol* 1966;95:967-71.
20. Carey MP, Slack MC. Transvaginal sacrospinous colpopexy for vault and marked uterovaginal prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:536-40.
21. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. art. N° CD004014. DOI: 10.1002/14651858.CD004014.pub3.
22. Lin LL, Ho MH, Haessler AL, Betson LH, Alinsod RM, Liu CY, et al. A review of laparoscopic uterine suspension procedures for uterine preservation. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:541-6.
23. Maher CF, Carey MP, Murray CJ. Laparoscopic suture hysteropexy for uterine prolapse. *Obstet Gynecol* 2001;97:1010-4.
24. Leron E, Stanton SL. Sacrohysteropexy with synthetic mesh for the management of uterovaginal prolapse. *BJOG* 2001;108:629-33.
25. van Lindert AC, Groenendijk AG, Scholten PC, Heintz AP. Surgical support and suspension of genital prolapse, including preservation of the uterus using the Gore-Tex soft tissue patch (a preliminary report). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;50:133-9.
26. Banu LF. Synthetic sling for genital prolapse in young women. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;57:57-64.
27. Costantini E, Lombi R, Micheli C, Parziani S, Porena M. Colposacropexy with Gore-Tex mesh in marked vaginal and uterovaginal prolapse. *Eur Urol* 1998;34:111-7.
28. Le T, Kon L, Bhatia NN, Ostergard DR. Update on the utilization of grafts in pelvic reconstruction surgeries. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:480-9.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.