

## CASO CLÍNICO

# Histeropexia sacra: Presentación de caso clínico y breve revisión de la literatura

Ricardo Narbona A<sup>1</sup>, Roxana Allende J<sup>1</sup>, Pablo Cantillano P<sup>1</sup>, Domingo Laíz R<sup>2</sup>, Paula Iturra I<sup>3</sup>.

### RESUMEN

*Se presenta un caso clínico de una paciente con diagnóstico de prolapso genital sintomático con defecto apical severo más defecto de pared anterior y posterior, quien solicita resolución quirúrgica y la conservación de útero por razones personales.*

*Se realiza histeropexia sacra con malla de Prolene®, con una duración de procedimiento, sangrado intraoperatorio y estadía hospitalaria breve, a su control asintomática al mes y a los seis meses luego del procedimiento y con continencia urinaria normal. Se revisa la literatura relacionada con esta técnica de preservación uterina en cuanto a su eficacia, sus ventajas demostradas, aquellas no demostradas, y el fundamento de la técnica con preservación del útero.*

**Palabras clave:** Prolapso uterino, histeropexia, sacrohisteropexia, defecto apical, técnica de preservación uterina.

### SUMMARY

*A clinical case of a patient with diagnosis of symptomatic genital prolapse with apical defect more severe defect of the anterior wall and later, who requested surgical resolution and the conservation of uterus for personal reasons.*

*Sacred histeropexia is performed with Prolene® mesh, with a duration of procedure, intraoperative bleeding and short hospital stay, its control asymptomatic at 1 month and 6 months after the procedure and with normal urinary continence. We review the literature related to this technique of uterine preservation in terms of its effectiveness, its proven benefits, those not proven and the foundation of the technique with preservation of the uterus.*

**Key words:** Uterine prolapse, histeropexia, sacrohisteropexia, apical defect, uterine preservation technique.

<sup>1</sup> Interno(a) de Medicina (estudiante de séptimo año), Universidad de Chile, Facultad de Medicina.

<sup>2</sup> Médico. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Servicio de Ginecología General y Piso Pélvico. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>3</sup> Médico. Especialista en formación en Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

Correspondencia: Domingo Laíz R. E mail: dlaizrodri@gmail.com. Fono: 56984646989. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Av. Las Torres 5150, Policlínico de Ginecología General, Nivel -1, Peñalolén, Santiago.

Para la realización de este trabajo no hubo fuente de financiamiento externa.

## INTRODUCCIÓN

El prolapso genital, definido como herniación de los órganos pélvicos hacia o a través del introito, es un problema de gran prevalencia, encontrándose presente en el 31% en mujeres entre 20 y 59 años<sup>1</sup>, 40% de mujeres posmenopáusicas<sup>2</sup>, el 50% de las multíparas<sup>3</sup> y estimándose que el 10%-20% requiere tratamiento por sus síntomas.

Olsen en 1997<sup>4</sup> publica que el 11,1% de las mujeres que alcanzaban los 80 años habían sido operadas por prolapso y/o incontinencia urinaria, siendo una de las principales causas de indicación quirúrgica en la práctica ginecológica habitual.

Se ha visto que en mujeres sometidas a técnicas clásicas de cirugía de prolapso genital, que incluyen histerectomía vaginal, con o sin reparación de paredes vaginales y con o sin intervención sobre vías urinarias y defecatorias, hasta el 29,2% de ellas presentaría recidiva, requiriendo una reoperación<sup>4,5</sup> lo que ha llevado al replantear la fisiopatología del prolapso y desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas en las últimas décadas.

Además, existen desventajas conocidas inherentes a la histerectomía concomitante, como riesgo de neuropatía pélvica y disrupción de las estructuras naturales de soporte como el complejo de ligamento útero sacro y cardinal o nivel I de De Lancey<sup>6</sup>.

Por otro lado, existe un número creciente de mujeres que desean conservar el útero al momento del tratamiento quirúrgico ya sea por paridad incumplida (en especial las más jóvenes) o por considerarlo un componente importante de su autoimagen corporal. Además, los avances y masificación en estudio de sangrado uterino anormal y estrategias de detección precoz de cáncer cérvico uterino vuelven menos relevante el beneficio de la histerectomía en la eliminación del riesgo de cáncer endometrial o cervical<sup>5</sup>.

Todo esto ha llevado al desarrollo de técnicas con preservación uterina, las cuales corrigen el defecto apical fijando la porción baja uterina y/o el cuello a una estructura de soporte pélvica, existiendo para esto distintas alternativas de abordaje y de estructura de soporte.

Histeropexia a ligamentos útero sacro, histeropexia a ligamento sacroespinoso e histeropexia a ligamento sacro anterior; con o sin uso de mallas sintéticas, y con vía de abordaje vaginal, abdominal y laparoscópico según las posibilidades de cada técnica<sup>5,7</sup>.

En 1966, William describe la plicatura de los ligamentos cardinales y útero sacros (vía vaginal), con buenos resultados<sup>8</sup>. En 1989, Richardson y cols describen la histeropexia al ligamento sacro espinoso, transvaginal. Kovac y Cruishank en 1993 y Maher en 2001 presentan casuísticas con histeropexia al ligamento sacroespinoso, también con buenos resultados<sup>8</sup>.

Por vía abdominal, a su vez, se presentan técnicas como la sacrohisteropexia y la sacrocervicopexia. En 1955, Stesser describe la fijación del cuello e istmo uterino al sacro a través de una tira de fascia de oblicuo externo y posteriormente, en 1993, Addison presenta el uso de malla de Mersilene con el mismo objetivo<sup>8</sup>.

En medio del advenimiento de la técnica laparoscópica, Leroy y cols en 2001 introducen el uso de la malla de teflón para realizar la sacrohisteropexia vía laparoscópica, suturando la malla a la cara posterior del cuello o istmo uterino y desde allí al sacro<sup>8</sup>.

En este artículo presentamos el caso de una paciente con prolapso sintomático con defecto apical severo, con indicación quirúrgica y deseo de conservación uterina por razones personales.

El procedimiento efectuado corresponde a una histeropexia sacra, en la cual se fija a través de elementos protésicos la pared posterior del cuello uterino al resistente ligamento presacro. Para este fijamiento se pueden utilizar elementos biológicos como fascia y dermis, o sintéticos (polipropileno, poliéster).

En la literatura nacional hay escasos reportes de casos descritos con esta técnica específica<sup>7</sup>, con buenos resultados en particular. En la literatura internacional, por otro lado<sup>9-11</sup>, destaca la casuística de Barranger y cols<sup>10</sup> con 30 pacientes operadas mediante sacrohisteropexia abdominal con malla de Propylene<sup>®</sup> más operación de Burch, con resultados satisfactorios (ausencia de prolapso uterino) en el 96,7% a los 8 años de seguimiento.

En otro estudio retrospectivo, (Rosenblatt y cols, 2008<sup>11</sup>) 40 mujeres que fueron sometidas a sacrocervicopexia laparoscópica fueron controladas poscirugía usando el sistema estandarizado de "cuantificación de prolapso de órgano pélvico", POP-Q<sup>12,13</sup>, encontrándose una mejora significativa en el componente "C" (punto de referencia correspondiente a la localización del cuello uterino en relación al anillo himeneal, en centímetros) a los 12 meses poscirugía respecto al basal (promedio preoperatorio -1,1cm. Promedio a los 12 meses: -4,8 cm), concluyendo que este procedimiento podría ser apropiado para poblaciones específicas, como mujeres jóvenes que desean conservar su útero con un prolapso uterovaginal en etapa III ó IV, o ser considerado en el intraoperatorio cuando el cirujano no puede identificar ningún ligamento útero sacro para la suspensión.

## CASO CLÍNICO

Se presenta caso clínico de una paciente operada en el Servicio de Ginecología General y Piso Pélvico de Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

Para el reporte consta el Consentimiento Informado firmado por la paciente al alta hospitalaria, en plena capacidad cognoscitiva.

Paciente A.L.L., 39 años, IMC 28,4. Antecedentes obstétricos: G5, P5, A0. 4 partos vaginales y 1 cesárea. Antecedentes quirúrgicos: Apendicetomía. Sin otros antecedentes mórbidos de importancia ni uso de medicamentos a permanencia. Sin hábitos de consumo.

Consulta por sensación de masa genital, asociado a escapes de orina ocasionales diurnos, por más de 1 año y compromiso de su vida sexual debido a dispareunia y dificultad para penetración por ocupación del canal vaginal. En examen ginecológico se realiza cuantificación de defectos según descenso de puntos de referencia acordados<sup>12,13</sup> en centímetros (puntaje POP-Q), observándose descenso de cuello por fuera de introito vaginal (“C” +4), pared anterior vaginal descendida (“Ba” +4), pared posterior vaginal descendida (“Bp” +4). Al corregir manualmente defecto apical se corrige el defecto anterior completamente y el posterior parcialmente.

Diagnóstico preoperatorio: Defecto apical severo, defecto de pared vaginal anterior y posterior, cuantificados según sistema de clasificación POP – Q en Tabla 1. Incontinencia de orina de esfuerzo.

Se decide en forma conjunta con la paciente resolución quirúrgica con histeropexia sacra abdominal con malla de Prolene®, perineoplastia, e instalación de cinta suburetral transobturatriz (TOT).

En exámenes preoperatorios se constata anemia moderada, (hematocrito 27,7%, hemoglobina 7,4 tratándose con suplemento de hierro vía oral por 6 meses, con hematocrito de control preoperatorio de 32%, y se aprueba el pase anestésico. Resto de laboratorio normal. Papanicolaou 2013 sin alteraciones.

Protocolo operatorio (6 de enero de 2015): Laparotomía de Pfannenstiel con resección de cicatriz de cesárea previa. Se colocan 4 puntos de Prolene® 0 en región pericervical en relación a ligamentos útero sacros, fijándolos a malla de Prolene®. Se realiza disección de espacio presacro con posterior a identificación de vasos sacros medios (arteria sacra media). Se colocan 2 puntos de Prolene® 0 en ligamento longitudinal cara anterior de sacro y se fijan a porción superior libre de malla de Prolene®. Se realiza cierre de peritoneo con Vicryl 2/0 cubriendo la malla en su totalidad. Se instala cinta suburetral tercio medio con técnica transobturatriz (TOT out-in). Se realiza colpografía posterior clásica.

La duración total del procedimiento fue de 1 hora y 45 minutos y el sangrado estimado en 50 ml. Es dada de alta a las 48 hrs en buena condiciones generales con diuresis espontánea.

En controles posoperatorios a las 2 semanas y al mes se encuentra sin molestias, con uso escaso de analgésicos orales hasta lograr la suspensión, continencia urinaria normal, realizando actividades habituales, salvo fuerzas excesivas y actividad sexual (por indicación médica). Al examen físico herida operatoria con cicatrización satisfactoria, suturas indemnes sin signos de infección, abdomen blando depresible indoloro, sin masas. Sensibilidad conservada en pared abdominal y pelvis.

Al examen con espéculo, cuello sano, sin flujo genital. Se realiza nueva cuantificación de defectos según sistema de clasificación POP-Q, con favorables resultados posoperatorios (Tabla 2).

No se cuenta con registro de siguientes controles ya que no asiste por motivos personales. Sin embargo se entrevista vía telefónica a los 9 meses posoperatorio, ante lo cual no refiere molestias ni incidentes, incluso

**Tabla 1. Cuantificación preoperatoria de los defectos de la paciente en tabla registro puntaje POP-Q**

Pared anterior “Aa” +3	Pared anterior “Ba” +4	Cuello uterino “C” +4
Hiato genital “gh” 6	Cuerpo perineal “pb” 4	Largo vaginal total “tvI” 8
Pared posterior “Ap” +3	Pared posterior “Bp” +4	Fórnix posterior “D” +3

Abreviaciones (ejemplo “Aa”, “tvI”, “D”) corresponden, en la primera y tercera fila, a los puntos de referencia de la clasificación, de los cuales se expresa su descenso respecto al anillo himeneal en centímetros con números enteros, positivos y negativos, siendo mayor el descenso mientras más positivo sea el número. En el caso de la segunda fila, las abreviaciones corresponden a hitos anatómicos pélvicos claves para la clasificación, de los cuales se expresa su longitud en centímetros (números naturales). Títulos de puntos de referencia e hitos propuestos por la clasificación traducidos desde<sup>12</sup> Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-7.

**Tabla 2. Cuantificación posoperatoria (30 días desde procedimiento) de los defectos murales de la paciente en tabla registro puntaje POP-Q**

Pared anterior "Aa" -2	Pared anterior "Ba" -2	Cuello uterino "C" -5
Hiato genital "gh" 4	Cuerpo perineal "pb" 3	Largo vaginal total "tv1" 7
Pared posterior "Ap" -3	Pared posterior "Bp" -3	Fórnix posterior "D" -7

Abreviaciones (ejemplo "Aa", "tv1", "D") corresponden, en la primera y tercera fila, a los puntos de referencia de la clasificación, de los cuales se expresa su descenso respecto al anillo himeneal en centímetros con números enteros, positivos y negativos, siendo mayor el descenso mientras más positivo sea el número. En el caso de la segunda fila, las abreviaciones corresponden a hitos anatómicos pélvicos claves para la clasificación, de los cuales se expresa su longitud en centímetros (números naturales). Títulos de puntos de referencia e hitos propuestos por la clasificación traducidos desde<sup>12</sup> Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10-7.

frente a mayores esfuerzos físicos (aseo del hogar) y coito, actividades que retoma a las 12 semanas posoperatorias. Continencia urinaria y fecal conservada.

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El prolapso genital y su tratamiento ha sido siempre un importante capítulo de la ginecología. Debido a su alta tasa de recurrencias ha habido un replanteamiento de la fisiopatología y desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas. Esto, junto al número creciente de pacientes que solicitan la preservación uterina ha motivado el desarrollo de técnicas que permitan satisfacer las necesidades de los pacientes.

Existen técnicas quirúrgicas de preservación uterina efectuadas por vía abdominal abierta o laparoscópica (histeropexia sacra) y por vía vaginal (histeropexia a ligamento sacroespinal). Se presenta el caso clínico en que la vía elegida fue la laparotomía debido a la no disponibilidad para realizar laparoscópicamente esta técnica en este centro, realizando histeropexia sacra mediante malla de polipropileno.

Hasta el momento estas cirugías de prolapso con preservación uterina han mostrado estadísticamente

eficacia similar o levemente menor en cuanto a curación subjetiva y porcentaje de recidivas, en comparación a cirugías clásicas que incluyen histerectomía<sup>14-17</sup>. Sin embargo claras ventajas en cuanto a la disminución del tiempo operatorio, estadía hospitalaria y menor sangrado intraoperatorio<sup>15,17</sup>. Esto último se vio claramente representado en el procedimiento y estadía hospitalaria de nuestra paciente.

Respecto al impacto sobre la función sexual, un estudio mostró ausencia de diferencias en repercusión en función sexual entre técnica conservadora contra técnica clásica con histerectomía<sup>18</sup>. En el caso de nuestra paciente sometida a técnica conservadora tuvo una mejora sustentable de su actividad sexual que se ha mantenido 6 meses posalta.

Estas técnicas aún no son vastamente usadas, debido a que no han sido suficientemente evaluadas y la mayoría de los cirujanos no han sido entrenados para realizarlas, sobre todo con la vía de abordaje laparoscópica.

Para proponer un *gold standard* o técnica ideal de conservación uterina en las pacientes que lo deseen, es necesario una mayor casuística y análisis detallado de cada caso, para lo que se requerirá de un número significativo de pacientes y de seguimiento prospectivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SAMUELSSON EC, VICTOR FT, TIBBLIN G, SVÄRDSUDD KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (2 Pt 1): 299.
2. HENDRIX SL, CLARK A, NYGAARD I, ARAGAKI A, BARNABEI V, McTIERNAN A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(6): 1160.
3. CAREY MP, DWYER PL. Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13(5): 499-505.
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(4): 501-6.
5. FRICK AC, WALTERS MD, LARKIN KS, BARBER MD. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 507.e1.
6. NESBITT RE JR. Uterine preservation in the surgical management of genuine stress urinary incontinence associated with uterovaginal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168(2): 143.
7. LAIZ D, URZÚA F. Cérvico histeropexia sacra con reparación paravaginal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2006; 71 (1): 31-4.
8. DIWAN A, RADIN C, KOHLI N. Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(4): 286-92. Review.
9. LERON E, STANTON S. Sacrohysteropexy with synthetic mesh for the management of uterovaginal prolapse. *BJOG* 2001; 108(6): 629-33.
10. BARRANGER E, FRITEL X, PIGNE A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(5): 1245-50.
11. ROSENBLATT PL, CHELMOW D, FERZANDI TR. Laparoscopic sacrocervicopexy for the treatment of uterine prolapse: a retrospective case series report. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15(3): 268.
12. BUMP R, MATTIASSON A, BO K, ET AL. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-7.
13. SWIFT S, MORRIS S, MCKINNIE V, ET AL. Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system. *Int Urogynecol J* 2006; 17: 615-20.
14. ROOVERS JP, VAN DER VAART CH, VAN DER BOM JG, VAN LEEUWEN JH, SCHOLTEN PC, HEINTZ AP. A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. *BJOG* 2004; 111(1): 50.
15. 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(3): 645-50.
16. MAHER C, CARY M, SLACK M, MURRAY C, MILLIGAN M, SCHLUTER P. Uterine preservation or hysterectomy at sacrospinous colpopexy for uterovaginal prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12(6): 381-4.
17. DIETZ V, VAN DER VAART CH, VAN DER GRAAF Y, HEINTZ P, SCHRAFFORDT KOOPS SE. One-year follow-up after sacrospinous hysteropexy and vaginal hysterectomy for uterine descent: a randomized study. *Int Urogynecol J* 2010; 21(2): 209.
18. JENG CJ, YANG YC, TZENG CR, SHEN J, WANG LR. Sexual functioning after vaginal hysterectomy or transvaginal sacrospinous uterine suspension for uterine prolapse: a comparison. *J Reprod Med* 2005; 50(9): 669.