

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Revisión de la literatura

Valentina De Petris V¹, Domingo Laiz R², Francisco Castro L³.

RESUMEN

El prolapso genital está presente en alrededor del 50% de las mujeres a nivel mundial. Tiene una alta repercusión en la paciente ya que afecta significativamente la calidad de vida de la mujer, altera su percepción corporal y vida sexual. En EE.UU. se estima que se realizan 200.000 cirugías para prolapso genital cada año. El riesgo de prolapso es mayor a mayor edad. Se estima que 11%-19% de las mujeres a la edad de 80-85 años se someterá a una cirugía por prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria, cirugías que en globo alcanzan una tasa de recidiva de hasta 30%. En cuanto a su etiopatogenia, se han descrito diversos factores asociados: multiparidad: se asocia a un mayor número de partos, parto instrumental, macrosomía fetal, episiotomías defectuosas y desgarros vaginoperineales; atrofia genital posmenopáusica, por privación estrogénica. Aumento de presión Intra-abdominal: constipación, tos crónica, obesidad; factores constitucionales de los medios de fijación del útero: probablemente, como factor de riesgo más importante, incluso en mujeres nulíparas. El prolapso de órganos pélvicos no es necesariamente progresivo, no existe evidencia de que su corrección en estados asintomáticos sea de utilidad, y además una intervención quirúrgica en pacientes en que no comprometa la calidad de vida las sometería a riesgos innecesarios.

Palabras clave: Prolapso genital, técnica operatoria, resultados.

SUMMARY

Genital prolapse is present in about 50% of women worldwide. It has a high impact on the patient since it significantly affects the quality of life of the woman, alters her body perception and sexual life. In the US an estimated 200,000 surgeries are performed for genital prolapse each year. The risk of prolapse is greater at an older age. It is estimated that 11-19% of women aged 80-85 years will undergo surgery for pelvic organ prolapse or urinary incontinence, balloon surgeries achieve a

¹ Médico becada de especialidad Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

² Médico Ginecólogo-Obstetra. Unidad de Uro Ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

³ Médico Ginecólogo-Obstetra. Jefe Unidad de Uro Ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Correspondencia: valentinadepetris@ug.uchile.cl

Recibido el 10 de marzo, 2017. Aceptado el 5 de abril, 2017.

rate of recurrence of up to 30%. Regarding its etiopathogeny, several associated factors have been described: Multiparity, it is associated to a greater number of deliveries, instrumental delivery, fetal macrosomia, defective episiotomies and vaginal-perineal tears. Postmenopausal genital atrophy due to estrogen deprivation. Intraabdominal pressure increase: constipation, chronic cough, obesity. Constitutional factors of the means of fixation of the uterus: probably as a major risk factor, even in nulliparous women. Pelvic organ prolapse is not necessarily progressive, there is no evidence that its correction in asymptomatic states is useful, and in addition, surgical intervention in patients in which it does not compromise the quality of life would subject them to unnecessary risks.

Key words: Genital prolapse, operative technique, results.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital está presente en alrededor del 50% de las mujeres a nivel mundial, con distinto grado de severidad. Tiene una alta repercusión en la paciente no solo por la disfunción anatómica, sino que además afecta significativamente la calidad de vida de la mujer, altera su percepción corporal y vida sexual. En EE.UU. se estima que se realizan 200.000 cirugías para prolapso genital cada año^{1,2}.

El riesgo de prolapso es mayor a mayor edad. Se estima que 11%-19% de las mujeres a la edad de 80-85 años se someterá a una cirugía por prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria, cirugías que en globo alcanzan una tasa de recidiva de hasta 30%^{1,2}.

En cuanto a su etiopatogenia, se han descrito diversos factores asociados:

- Multiparidad: Se asocia a un mayor número de partos, con especial aumento de riesgo en caso de parto instrumental, macrosomía fetal, episiotomías defectuosas y desgarros vagino-perineales.
- Atrofia genital posmenopáusica, por privación estrogénica.
- Aumento de presión intraabdominal: Constipación, tos crónica, obesidad.
- Factores constitucionales de los medios de fijación del útero: Probablemente, este es el factor de riesgo más importante, ya que se han visto casos severos de prolapso en mujeres que no cumplen el perfil de riesgo anteriormente descrito, incluso en mujeres nulíparas.

El prolapso de órganos pélvicos no es necesariamente progresivo, no existe evidencia de que su corrección en estados asintomáticos sea de utilidad, y además una intervención quirúrgica en pacientes en que no comprometa la calidad de vida las sometería a riesgos innecesarios.

CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

El prolapso de órganos pélvicos se diagnostica clínicamente mediante el examen físico ginecológico, primero

en reposo y luego solicitando a la paciente que efectúe una maniobra de Valsalva sostenida. De Lancey describió los 3 niveles ligamentosos del piso pélvico^{3,4}, sin embargo, en la actualidad existen diversos sistemas de clasificación del prolapso que logran establecer en detalle la localización de los defectos y su magnitud. Se han descrito muchos sistemas para establecer los grados del prolapso. Tradicionalmente, para clasificar la gravedad del prolapso se han utilizado clasificaciones muy imprecisas, y difícilmente reproducibles entre clínicos.

Actualmente, el sistema aprobado por la International Continence Society es el sistema POP-Q, que utiliza puntos anatómicos específicos de estructuras genitales, identificando nueve localizaciones en la vagina y la vulva medidas en centímetros en relación a la posición del himen, y se distribuyen en una gradilla de nueve espacios para contar con una expresión gráfica estandarizada (Figura 1). Con la tecnología disponible hoy, es posible reproducir en modelos 2D y 3D el defecto anatómico expresado por este sistema de coordenadas y actualmente es el sistema que utilizan la mayoría de las publicaciones para describir los resultados de sus investigaciones, además de permitir un control clínico más preciso de los resultados posoperatorios. Las ventajas más importantes frente a otros sistemas de clasificación son que cuantifica el prolapso con el esfuerzo siempre en relación a un punto de referencia constante (el himen), su capacidad de valorar el prolapso a lo largo de toda la longitud vaginal y establecer con alta precisión el nivel del defecto (anterior, posterior, apical) y su severidad.

El sistema de clasificación de Baden-Walker es el segundo más utilizado. Describe el grado de prolapso de cada zona de forma individual observado en la exploración mientras la paciente realiza esfuerzo (prolapso anterior, posterior o apical). Se clasifica en 5 grados según la distancia respecto del himen que alcanza el órgano o pared que se moviliza^{3,4}:

- Grado 0: Sin prolapso.
- Grado 1: La parte más distal del prolapso está a más de 1 cm por encima del himen.
- Grado 2: La parte más distal del prolapso está entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo del anillo del himen.

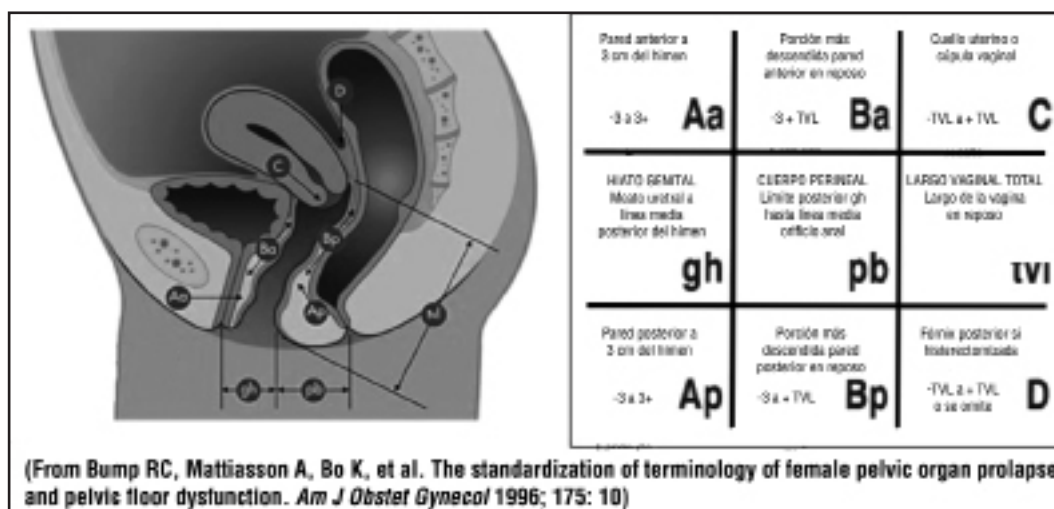


Figura 1. Sistema de clasificación del prolapso de órganos pélvicos “POP-Q”.

- Grado 3: La parte más distal del prolapso está entre 1 y 2 cm por debajo del anillo del himen.
- Grado 4: La parte más distal del prolapso está a más de 2 cm por debajo del anillo himeneal.

El principal problema de este sistema es su falta de precisión y reproducibilidad, siendo inferior al POP-Q⁵.

Por último, existe también una nomenclatura según la estructura prolapsada⁴:

- Cistocele: Prolapso de la pared anterior vaginal, en relación a la vejiga. Se produce un cistocele central si el defecto se produce en la fascia pubocervical, con pérdida de la rugosidad vaginal. Al contrario, se produce un cistocele lateral, con o sin uretrocele asociado (descenso uretral), si el defecto se debe a una separación entre la fascia pubocervical y los ligamentos pubouretrales, con preservación de la rugosidad vaginal. En general el cistocele se debe a un defecto distal y proximal de la pared, mientras que el uretrocele es solo distal.
- Histerocele: Prolapso del útero y cérvix, debido a pérdida del soporte cardinal y uterosacro.
- Rectocele: Prolapso de la pared posterior vaginal cercana al borde himeneal, con herniación del recto por defecto de la fascia rectovaginal tanto a nivel distal como proximal de la pared vaginal posterior.
- Enterocele: Prolapso de la pared posterior vaginal en su porción superior, se hernian las asas de intestino delgado. Se produce por disrupción de los ligamentos cardinales y/o uterosacos, involucrando un defecto apical o posterior alto, con o sin prolapso de cúpula vaginal o cérvix asociado.

TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL⁴

El tratamiento del prolapso sintomático es primariamente quirúrgico. Existen alternativas de manejo conservador, como lo son la kinesioterapia del piso pelviano y el uso de pesarios, pero no representan una solución definitiva al problema y se estima que hasta 40% de las usuarias de pesario lo abandona en plazo de 2 años, principalmente porque requiere control frecuente y tiende a producir abundante flujo genital.

Los requisitos para el tratamiento quirúrgico del prolapso son:

- Que sea sintomático
- Falla o rechazo a tratamiento conservador
- Paridad cumplida: Condición necesaria ya que futuras gestaciones pueden acentuar o recidivar el prolapso.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas, se pueden clasificar en 2 grupos^{1,2}:

- Cirugía reconstructiva: Corrige el prolapso, restableciendo la anatomía con los tejidos de la paciente, con fijación a estructuras autólogas o con material protésico. Existen técnicas por vía vaginal y abdominal.
- Cirugía obliterativa: Corrige el prolapso mediante la eliminación y/o el cierre total o parcial de la vagina. Puede o no realizarse en forma concomitante una hysterectomía, pero no existe un beneficio demostrado. Se realizan en forma exclusiva por vía vaginal.

Requisitos para la realización de cirugía obliterante:

- Prolapso genital grado III o IV sintomático.

- Pacientes sin deseo de vida sexual.
- Pacientes con alto riesgo quirúrgico*.
- Pacientes de edad avanzada*.
- Ecotomografía transvaginal y Papanicolaou normales. Se solicita biopsia endometrial únicamente en caso de sangrado uterino anormal y caso a caso en engrosamientos endometriales asintomáticos.

*Actualmente, la edad y el riesgo quirúrgico de la paciente son un requisito relativo, ya que para muchas pacientes representa una opción cómoda y segura, especialmente en pacientes con prolapsos recidivados con fracasos a cirugías reconstructivas previas.

Las principales ventajas de las técnicas obliterativas son que constan de un tiempo quirúrgico breve, con bajo riesgo de morbilidad perioperatoria, un riesgo muy bajo de recurrencia del prolapso (2%-5%) y bajas tasas de arrepentimiento (<10%); las principales desventajas de estas técnicas son que impide definitivamente la actividad sexual vaginal, impide la evaluación vía vaginal del cérvix y útero, y algunas técnicas se asocian a aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo *de novo* hasta en 30% de las posoperadas⁶⁻⁸.

TÉCNICAS OBLITERATIVAS DISPONIBLES

Existen múltiples técnicas quirúrgicas obliterativas para el tratamiento del prolapso genital. Con motivos de esta revisión, se describen 4 de las principales técnicas más ampliamente utilizadas:

1. *Colpocleisis parcial de Le Fort*

Técnica quirúrgica descrita en 1877 por Le Fort⁸ (modificación de la técnica de Neugebauer de 1867). Conserva el cuello y cuerpo uterino, de existir éste, dejando túneles de epitelio a ambos lados de la vagina, para permitir visualizar flujo genital o sangrado en caso de producirse (Figura 2). Se realiza además una perineoplastia para achicar el introito y evitar la recidiva del prolapso. Se han reportado tasas de entre 8% y 30% de incontinencia urinaria de esfuerzo *de novo* poscirugía, probablemente "oculta" por el prolapso genital y agravada por la tracción hacia posterior de la uretra. Sin embargo, la realización concomitante de un procedimiento profiláctico es de utilidad discutible.

Las principales complicaciones quirúrgicas descritas con esta técnica son⁶⁻⁸:

- Complicaciones tempranas: Hematoma, infección.
- Complicaciones tardías:
 1. Persistencia de síntomas (15%).
 2. Recidiva del prolapso (2%-5%).

3. Incontinencia de orina o empeoramiento (10%-30%).
4. Sangrado vaginal tardío (1,8%).

2. *Colpocleisis de Labhardt*

Técnica descrita por Alfred Labhardt en 1923⁹. Puede realizarse en pacientes con o sin útero y/o cérvix. Tiene baja tasa de recidiva y de incontinencia urinaria posoperatoria, además de una curva de aprendizaje de la técnica más breve en comparación a la técnica de Le Fort. Esta técnica produce una oclusión vaginal con fusión de las paredes laterales y el introito vaginal mediante una incisión romboidal inicial y forma una imagen de estrella u hoja de Canadá sobre la mucosa vaginal.

3. *Colpectomía + colpocleisis*⁷

Esta técnica quirúrgica se aplica en casos de prolapso de cúpula vaginal, es decir, exclusivamente en pacientes previamente sometidas a una histerectomía total (independiente de la causa de la histerectomía). Se disecciona toda la mucosa vaginal de la fascia endopelviana subyacente y se suturan jaretas en bolsa de tabaco en forma circunferencial para invertir el prolapso (Figura 3). Al igual que en la técnica anterior, se asocia una perineoplastia para reducir el introito.

4. *Panhisterocolpectomía*

Técnica descrita por Edebohls en 1901¹⁰. Consiste en un mismo tiempo quirúrgico en realizar una histerectomía vaginal y la extirpación completa de la mucosa vaginal, con obliteración vaginal. La técnica habitualmente asocia perineoplastia, con o sin miorrafia de los músculos elevadores del ano. Dado que realiza una colpectomía total, se extrae el útero para evitar el riesgo de piometra, complicación que, aunque infrecuente, puede producirse en caso de sangrado uterino con la vagina cerrada y resulta muy dolorosa⁷.

Aunque en términos del acto quirúrgico esta técnica constituye mayor tiempo operatorio, complejidad quirúrgica y pérdidas hemáticas, hay estudios reportados con hasta 70 pacientes de edad avanzada y comorbilidades médicas importantes con resultados favorables¹¹.

CONCLUSIÓN

Existen múltiples técnicas obliterativas en el tratamiento del prolapso genital femenino. En nuestro medio, la más utilizada es la colpocleisis parcial de Le Fort. Según la literatura internacional, estas técnicas son efectivas en la corrección definitiva del prolapso, con bajas tasa de reci-

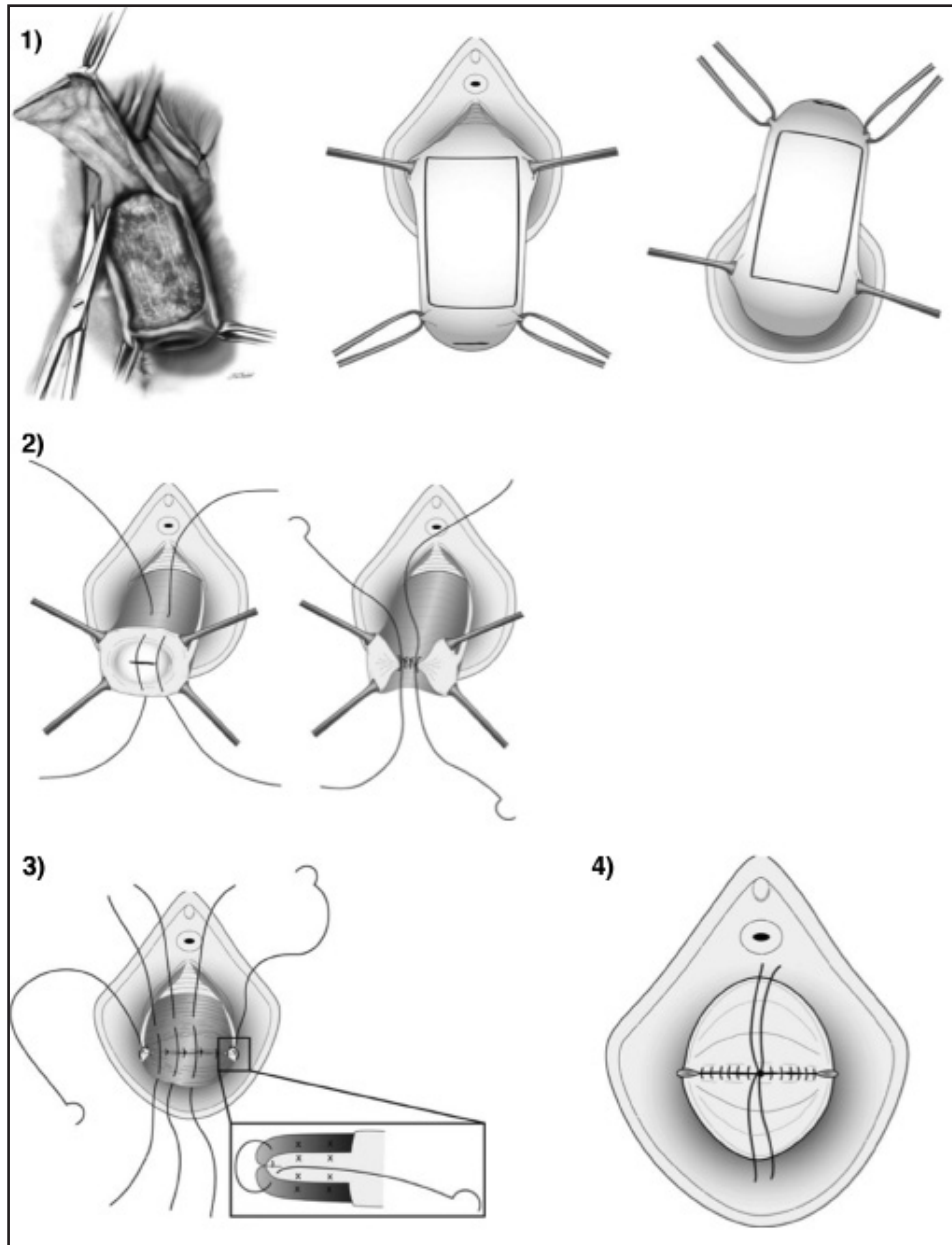


Figura 2. Esquematización de la técnica quirúrgica de la colpolcelesis parcial de Le Fort.

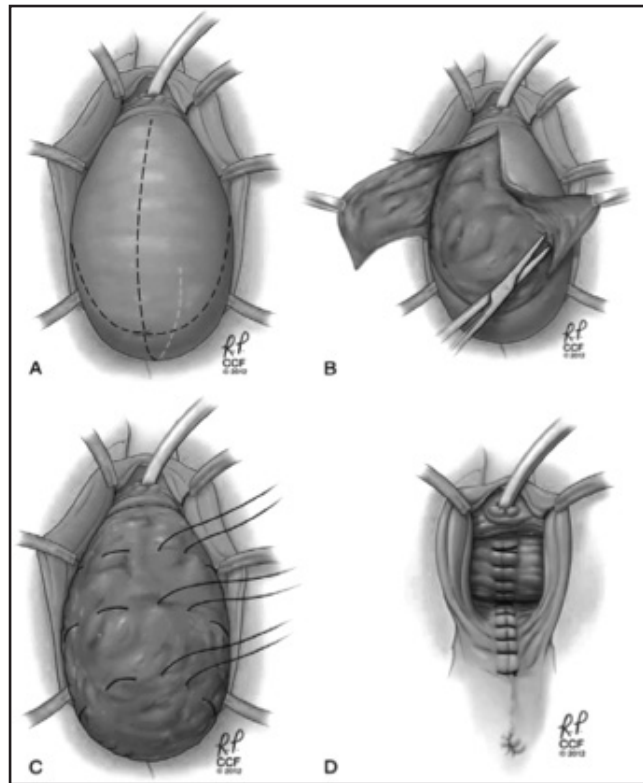
- 1) Se disecan 2 rectángulos de mucosa vaginal, uno anterior y uno posterior, exponiendo la fascia vesicovaginal y rectovaginal subyacentes respectivamente. Se deja un espacio lateral de 2 cm cubierto con mucosa a cada lado para permitir túneles de drenaje epitelizados.
- 2) Se instalan 3-4 puntos de suturas absorbibles sagitalmente desde la fascia vesicovaginal hacia la fascia rectovaginal para aproximar las porciones mediales de los rectángulos a modo de invaginar las fascias.
- 3) El cierre se continúa creando canales laterales suturando la fascias hasta el límite del borde epitelial a cada lado, hasta la invaginación total del prolapso.
- 4) Por último, se realiza el afrontamiento de los bordes de mucosa vaginal anterior y posterior.

En: Bent AE, Cundiff GW, Swift SE, editors. (2008) *Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins: 514-20.

Figura 3. Esquematación de la técnica quirúrgica de la colpectomía + colpocleisis.

- A. Se divide la mucosa vaginal completa por sobre el prolapso en 4 partes.
- B. El epitelio vaginal se disecciona y retira completamente de la fascia subyacente.
- C. Se instalan 3-4 puntos de suturas absorbibles circularmente desde el extremo distal del prolapso, invaginando la fascia a modo de “bolsa de tabaco”, aproximándose al introito hasta la invaginación completa del prolapso.
- D. Se realizan colporrafia posterior, plicatura del elevador y perineorrafia según sea necesario y se cierra la vagina.

En: Walters. *Surgical Treatment of Vaginal Apex Prolapse*. Obstet Gynecol 2013.



diva, elevada satisfacción y mejoría de la calidad de vida posterior a la cirugía, cercanas al 90%, con bajas tasas de arrepentimiento^{12,13}. Pueden realizarse como alternativa quirúrgica primaria o en tratamiento de recidiva de pro-

lapso según las preferencias de la paciente y constituyen una alternativa razonable en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades ya que, generalmente, requieren menor tiempo y dificultad quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. JELOVSEK JE. (2015) Pelvic Organ Prolapse in women: Choosing a primary surgical procedure. Disponible online en UpToDate.
2. KENTON K. (2016) Pelvic Organ prolapse in women: Obliterative procedures (colpocleisis). Disponible online en UpToDate.
3. CORTON MM. (2009) Anatomy of Pelvic Floor Dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36: 401-19.
4. PÉREZ-SÁNCHEZ A. (2014) Enfermedades del piso pelviano y malposiciones del útero en Ginecología, Cap. 23, págs. 328-331. 7ª Edición, Editorial Mediterráneo.
5. BUSQUETS M, CASTILLO F, BRAVO S, CONTRERAS D. (2009) Uso del Sistema POPQ para la clasificación de los prolapso: Hospital Parroquial de San Bernardo. *Rev Chile Obstet Ginecol* 74(1): 4-10.
6. FITZGERALD M. ET AL. (2006) Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J* 17: 261-71.
7. WHEELER T, GERTEN K, GARRIS J. (2009) Obliterative vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36: 637-58.
8. GOLDMAN J, OVADIA J, FELDBERG D. (1985) The Neugebauer-LeFort operation: a review of 118 partial colpocleisis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 5: 12.31.
9. PIZARRO-BERDICHEVSKY J, GALLEGUILLOS G, CUEVAS R, ARAMAYO M ET AL. (2012) Colpoperineocleisis de Labhardt: una alternativa segura y eficaz para el tratamiento del prolapso genital en pacientes sin actividad sexual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 77(3): 201-10.
10. VON PECHMANN WS, MUTONE M, FYFFE J HALE DS. (2003) Total colpocleisis with high elevator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 189: 121.
11. DEVAL B. (2005) Hysterocolpocleisis for massive genital prolapse in women aged over 70 years. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 123: 249-53.
12. KOSKI M. ET AL (2012). Colpocleisis for advanced pelvic organ prolapse. *Urology* 80 (3): 542-6.
13. WHEELER T ET AL. (2005) Regret, satisfaction, and symptom improvement: Analysis of the impact of partial colpocleisis for the management of severe pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193: 2067-70.