

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA COLPOSUSPENSIÓN ABDOMINO-LATERAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, DESDE ENERO DE 2022 HASTA OCTUBRE DE 2024, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N0.1.

Johanna Elizabeth Nacimba Loachamín, Gabriela Alexandra Larraga Díaz , Hernán Adriano Silva Álvarez. Henry Xavier Reyes Pantoja, José Eduardo Cadena Vizuete, Luis Adolfo Camacho Jiménez

INTRODUCCION:

El último censo poblacional del 2022 según el INEC indica que el 28 % de mujeres es decir 2.493,513 son mayores de 45 años, todas las series internacionales indican un aumento en la expectativa de vida por lo que aumentan también ciertas patologías como el prolapso de órganos pélvicos que adicional a la edad se suman los factores de riesgo predisponentes como la raza y alteraciones del colágeno, otros factores son antecedentes de cirugía pélvica, radioterapia, la paridad y el parto vaginal; los factores favorecedores son la obesidad, déficit estrogénico, tos crónica, ejercicio físico intenso, la obesidad y la ocupación. La sintomatología varía de acuerdo con el estadio del prolapso inicialmente no presenta molestias, se pueden presentar alteraciones miccionales y defecatorias como incontinencias, urgencia miccional, defectos de vaciamiento, dolor pélvico y finalmente el síntoma más importante es la sensación de masa a nivel vaginal que produce dificultad para la deambulación escoriaciones en el prolapso y dolor pélvico con gran deterioro de la calidad de vida.

Para la valoración y estadificación del prolapso de órganos pélvicos se utilizó la escala Baden-Walker que determina Grado I: el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen. Grado II: el compartimento prolapsado está a la altura del himen. Grado III: el compartimento prolapsado sobrepasa el himen. Grado IV: prolapso total del compartimento.

El tratamiento para el prolapso de órganos pélvicos depende del compartimento afectado, nuestro estudio incluye paciente con prolapso grado II al IV sintomáticas. El tratamiento gold estándar de este grado de prolapso descrito en la literatura es la sacrocolpopexia laparoscópica que se realizó en nuestro Hospital hasta el 2021 donde se inició la técnica propuesta por Dubuisson en 1998 con sus variaciones y adaptaciones correspondientes a los insumos con los que disponemos en nuestro país. Según Luo, et al en una revisión sistemática del 2021 la técnica propone el uso de una malla de polipropileno en forma de T con alas de aproximadamente 2-3 cm de ancho y 20-30 cm de largo. La parte central se coloca en el espacio vesicovaginal, se sutura y se fija a la fascia vaginal. Mediante incisiones cutáneas bilaterales de 2-3 mm en la pared abdominal inferior (unos 3 cm por encima y 4 cm laterales a las espaldas ilíacas anterosuperiores), se introducen pinzas atraumáticas y se perfora solo la aponeurosis del músculo oblicuo externo para crear túneles retroperitoneales libres de tensión. (1). Nuestra variante propone la colocación de bandas que ingresan por los puertos inferiores a cada lado y se suturan en el espacio vesico vaginal para mantener el mismo principio anatómico.

Los resultados internaciones muestran (Aradas et al) 18 pacientes seguimiento de 6 meses. Tiempo quirúrgico medio fue de $70,3 \pm 23,8$ min. Se obtuvo la corrección anatómica del prolapso en todos los casos. Solo una recidiva fue detectada. Se alcanzaron altos grados de satisfacción de las pacientes.³ (Luo, et al) En el 2020, 120 pacientes con dos años de seguimiento, el 89% de los pacientes indicaron la desaparición de los síntomas, corrección anatómica del 94,2%, otra serie de 48 pacientes al año de seguimiento con curación anatómica de los compartimentos pélvicos anterior y apical fueron del 92% y del 100%, el tiempo quirúrgico significativamente más corto en comparación con el de la sacrocolpopexia (104 min vs 199 ± 46 min, $p < 0.05$).³

OBJETIVOS:

Describir los resultados obtenidos al llevar a cabo la colposuspensión abdomino-lateral laparoscópica en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No. 1 del 2022 al 2024

Describir la técnica de la colposuspensión abdomino-lateral laparoscópica con uso de bandas en pacientes con prolapso de órganos pélvicos en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No. 1 del 2022 al 2024

METODOLOGIA:

En la presente ponencia, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de 34 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos sintomático con estadio II a IV que fueron sometidas a colposuspensión abdomino-lateral laparoscópica. Las intervenciones se realizaron entre enero de 2022 y octubre de 2024.

Se estudiaron diversas variables con el objetivo de evaluar los resultados y complicaciones asociadas a este procedimiento. Las variables analizadas incluyeron:

Edad de las pacientes: Se registró la edad al momento de la cirugía como factor de riesgo de la patología y riesgo quirúrgico. **Tiempo quirúrgico:** Se midió el tiempo total de cada intervención, hay que tomar en cuenta que el tiempo quirúrgico en la mayoría de los casos incluye el segundo procedimiento correspondiente a la colocación de banda transobturatriz. **Antecedentes médicos:** Se documentaron los antecedentes de cistopexias previas y de histerectomías en las pacientes, ya que estos factores pueden afectar la técnica quirúrgica y los resultados finales. **Complicaciones:** Se registraron las complicaciones transoperatorias, así como las que se presentaron a corto plazo después de la cirugía. Este análisis es fundamental para identificar posibles áreas de mejora en la práctica quirúrgica y en el manejo postoperatorio. **Recidivas:** Mediante control en la consulta externa se verificó la presencia de masa a nivel vaginal de las pacientes con un seguimiento medio de 6 meses sin demostrar recidiva anatómica.

La técnica quirúrgica se basa en la propuesta por Dubuison. En la variación se utilizan dos bandas de material macroporoso monofilamento de polipropileno el tamaño medio del poro es de 1000 micrones, cuenta con terminaciones cónicas verdes y protecciones de plástico en cada extremo.

Mediante una aguja de veres se confecciona el neumoperitoneo y se colocan los trocares según la imagen 1, disección de las adherencias abdominales identificación de la vejiga mediante la identificación del bag de la sonda y disección del espacio vesicovaginal, con ayuda de una valva maleable intravaginal se identifica la cúpula vaginal para fijar las bandas a este nivel, creación de túneles subperitoneales a nivel de los trocares unos (3 cm por encima y 4 cm laterales a las espinas ilíacas anterosuperiores) en dirección a la cúpula vaginal, paso de la banda y ubicación de la misma a través de los túneles formados, a cada lado, fijación de las bandas a la fascia vaginal imagen 2, cierre del peritoneo sobre la superficie de las bandas imagen 3, tracción de los extremos de las bandas y retiro de excesos a cada lado imagen 4. Finalmente pudimos realizar un control de las bandas mediante laparoscopia a los 5 meses durante hernioplastia imagen 5.



Imagen 1

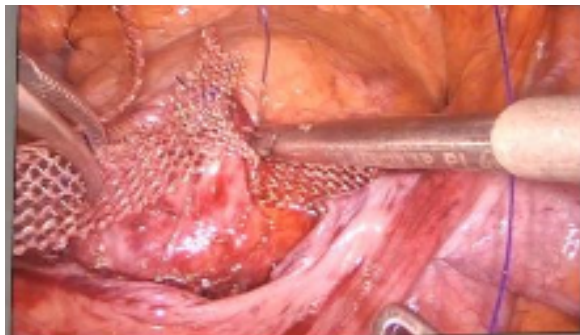


Imagen 2

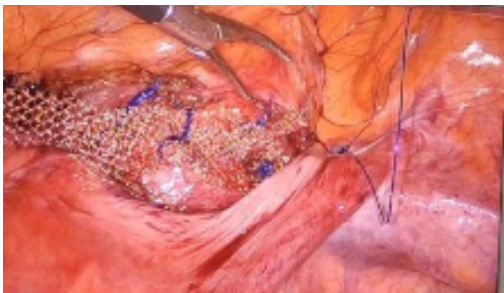


Imagen 3

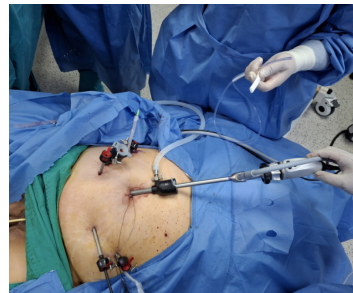


Imagen 4

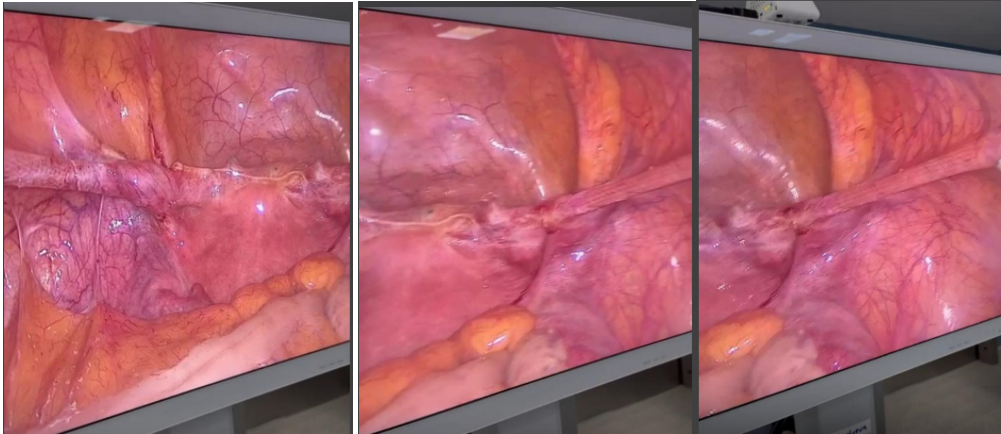


Imagen 5. Control incidental laparoscópico a los 5 meses

RESULTADOS:

Se llevaron a cabo un total de 34 cirugías, a pacientes con prolapso de órganos pélvicos el 56% con prolapso G IV, el 32 % G III y el 12 % con prolapso G II, con una edad promedio de 65 años, que varió entre 38 y 82 años. El tiempo quirúrgico medio fue de 162 minutos, con un rango de 120 a 215 minutos, se debe tomar en cuenta que incluye además la colocación de la banda transobturatriz que corresponde a 30 minutos aproximadamente. De las pacientes, 12 (36 %) tenían antecedentes de histerectomía. Un total de 29 pacientes, lo que representa el 98 %, presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo; de ellas, se colocaron bandas en 28 pacientes (96 %). La media de gestas por paciente fue de 4, con un mínimo de 1 y un máximo de 13 embarazos. En cuanto a partos, el promedio fue de 3, con un rango de 1 a 10. Se reportaron complicaciones en dos pacientes la primera fue transoperatoria con lesión vesical y la segunda fue postquirúrgica inmediata con ileo que requirió mayor tiempo de hospitalización. El tiempo promedio de hospitalización fue de 4 días, con un mínimo de 3 y un máximo de 7 días. El 16 % de las pacientes tenían antecedentes de cistopexias previas. Hasta el momento, no se han registrado recidivas en el seguimiento a corto plazo aproximadamente 6 meses. Se consiguió la corrección del prolapso en el 100 % de las pacientes con mejoría de la calidad de vida. En la paciente con mayor tiempo quirúrgico se realizó adicionalmente vesico suspensión a ligamentos umbilicales y de cooper más colporrafia posterior. Y en otra paciente con tiempo quirúrgico prolongado se realizó reimplante ureteral por reflujo concomitante.

En nuestro país no contamos con la malla en T que se utilizan en las series descritas internacionalmente por lo que para realizar las cirugías se usaron dos bandas adaptadas de las que usamos para la incontinencia urinaria de esfuerzo con resultados similares



Imagen 6 Post quirúrgico inmediato

CONCLUSIONES:

Nuestra revisión de los casos realizados desde 2022 hasta la fecha en pacientes con prolapso de órganos pélvicos con estadio II a IV que se sometieron a suspensión abdomino-lateral laparoscópica ha mostrado resultados anatómicos y funcionales satisfactorios especialmente para tratar a pacientes con prolapso del compartimiento anterior y apical, no se han presentado complicaciones intraoperatorias o postoperatorias inmediatas significativas. El tiempo quirúrgico es superior al promedio reportado en las revisiones sistemáticas disponibles ya que en nuestra revisión se incluye en el 98% de pacientes un segundo procedimiento correspondiente a la colocación de banda transobturatriz por incontinencia urinaria de esfuerzo.

En nuestro país, no contamos con las mallas de polipropileno en T que se utilizan en las revisiones internacionales. Por lo tanto, presentamos la técnica de colposuspensión abdomino-lateral laparoscópica con bandas en pacientes con prolapso de órganos pélvicos. A partir de nuestra experiencia, podemos concluir que esta técnica mínimamente invasiva es reproducible y segura, presenta una curva de aprendizaje menor y conlleva un menor riesgo quirúrgico, al evitar la disección del promontorio sacro. Este procedimiento principalmente ha demostrado una alta satisfacción entre las pacientes en un seguimiento a corto plazo. Los resultados en nuestra revisión de 34 pacientes, llevada a cabo desde 2022 hasta la fecha, no han mostrado recidivas ni complicaciones significativas. No contamos con seguimiento a largo plazo, sin embargo, esto nos invita a continuar con un estudio prospectivo para obtener conclusiones más sólidas.

BIBLIOGRAFIA

1. C. Luo, et al

Review. Laparoscopic lateral suspension (Dubuisson) in the treatment of pelvic organ prolapse

BMJ, Gynecology and obstetrics clinical medicine (2024)

2. G. Campagna, et al

Laparoscopic lateral suspension for pelvic organ prolapse: A systematic literature review

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol (2021)

3. B. Aradas, et al

Colposuspensión latero-abdominal laparoscópica: descripción, ventajas y resultados preliminares

Actas Urológicas Españolas (2021)

4. J. Dubuisson, et al

Treatment of Genital Prolapse by Laparoscopic Lateral Suspension Using Mesh: A Series of 73 Patients

Journal of Minimally Invasive Gynecology, (2008)

5. J. De Los Ríos, et al

Colposuspensión laparoscópica lateral de Dubuison: Alternativa para la corrección del prolapso apical cuando hay contraindicación para fijar el sacro: Reporte de tres casos.

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (2008)