



COMUNICACIÓN CORTA CLINICAL CASE

CORRECCIÓN TRANSVAGINAL DEL PROLAPSO TOTAL DE CÚPULA VAGINAL CON MALLA DE POLIPROPILENO. PRESENTACIÓN DE CINCO CASOS

Resumen

Objetivo: Evaluar la factibilidad, seguridad y eficacia de la corrección quirúrgica del prolapso total de cúpula vaginal (prolapso vaginal completo) por vía transvaginal usando malla de polipropileno fabricadas artesanalmente. **Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. **Institución:** Hospital IV Huancayo, EsSalud, Perú. **Participantes:** Pacientes con diagnóstico de prolapso total de cúpula vaginal y antecedente de histerectomía. **Intervenciones:** Se revisa las historias clínicas de cinco pacientes con diagnóstico de prolapso total de cúpula vaginal y antecedentes de histerectomía, operados en el Servicio de Ginecología del Hospital IV Huancayo, EsSalud, entre octubre de 2009 y junio de 2010. En todos los casos se realizó corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo, del prolapso posterior y del prolapso total de cúpula vaginal por vía transvaginal, utilizando material protésico, con mallas de polipropileno preparadas artesanalmente; para el prolapso anterior usamos mallas preparadas por una casa comercial. **Principales medidas de resultados:** Corrección exitosa del prolapso de la cúpula vaginal. **Resultados:** Se logró una corrección exitosa en los cinco casos; no hubo complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato y mediato. El tiempo operatorio fluctuó entre 75 y 90 minutos. La evolución postoperatoria mediata fue satisfactoria y a la fecha no existen recidivas. Todas las pacientes expresaron su entera satisfacción frente a los resultados logrados. **Conclusiones:** La corrección quirúrgica del prolapso total de cúpula con el uso de material protésico (malla de polipropileno) artesanal es factible, seguro y eficaz y con menor costo. El seguimiento a largo plazo permitirá valorar esta técnica.

Palabras clave: Prolapso total de cúpula vaginal, malla de polipropileno.

ERNESTO MOLINA-LOZA ¹, CARLOS ALTEZ-NAVARRO ², GREGORIO ORTIZ-LORENZO ³

¹ Jefe, Departamento Materno Infantil, Hospital IV Huancayo, EsSalud

² Jefe, Servicio de Urología, Hospital IV Huancayo, EsSalud

³ Médico Asistente, Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital IV Huancayo, EsSalud

Tema Libre presentado al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, noviembre 2010.

Rev Per Ginecol Obstet. 2011;57: 113-116

Transvaginal repair of total vaginal vault prolapse with polypropylene mesh. Presentation of five cases

ABSTRACT

Objectives: To determine the feasibility, safety and efficacy of transvaginal surgical repair of total vaginal vault prolapse using polypropylene handicraft mesh. **Design:** Descriptive, retrospective, transversal study. **Setting:** Hospital IV Huancayo, EsSalud, Peru. **Patients:** Patients with diagnosis of total vaginal vault prolapse and previous hysterectomy. **Interventions:** Between October 2009 and June 2010

medical records of five patients with diagnosis of total vaginal vault prolapse and history of hysterectomy were reviewed. All patients underwent transvaginal surgical correction of total vaginal vault prolapse using polypropylene handicraft prosthetic mesh. **Main outcome measures:** Successful repair of vaginal vault prolapse. **Results:** Successful repair was obtained in all cases with no complications during surgery or in the postoperative period. Operative time ranged between 75 and

90 minutes. There are no recurrences to date. All patients expressed their total satisfaction with the results achieved. **Conclusions:** Surgical repair of total vaginal vault prolapse with use of handicraft prosthetic material (polypropylene mesh) is feasible, safe and effective and with less cost. Long-term results will allow us to know excellence of this technique.

Key words: Vaginal vault prolapse, polypropylene mesh.



INTRODUCCIÓN

Se estima que la probabilidad de que una mujer sea operada de prolapso genital durante su vida es de 11% y la recidiva de estas lesiones bordea 30% ⁽¹⁾.

La incidencia de prolapso de cúpula vaginal total después de la histerectomía es desconocida, pero se ha estimado en 2,0 a 3,6/1 000 mujeres-años. Cuando hay algún tipo de prolapso asociado, el prolapso de la cúpula presenta una tasa más alta, pudiendo llegar a 15/1 000 mujeres-años, en pacientes cuya histerectomía fue indicada para el tratamiento del prolapso ^(2,3).

Estas elevadas tasas de recidiva han hecho que se desarrollen múltiples técnicas abdominales o vaginales para el tratamiento del prolapso total de cúpula vaginal, pero hasta ahora no hay una técnica que asegure un éxito adecuado, con preservación funcional, que sea fácil de realizar y de escasas complicaciones.

Utilizando la experiencia de los cirujanos generales en el manejo de hernias con mallas se ha tratado de llevar las mismas consideraciones para la solución de los problemas del piso pélvico. Esta experiencia ha permitido conocer que las mallas de polipropileno monofilamento representan el material más adecuado, pues no son absorbibles y sí elásticas, resistentes a la infección y que soportan gran tensión ⁽⁴⁾.

En el mercado se puede adquirir varios kits con mallas y agujas que facilitan la colocación de estas, pero que encarecen el procedimiento. No existe razón alguna para no usar mallas de polipropileno fabricadas artesanalmente por los mismos cirujanos, que cumplan la mis-

ma función de reforzar el piso pélvico y a costos muchísimo más bajos.

Con el objetivo de revisar la factibilidad, seguridad y eficacia de la corrección del prolapso total de cúpula vaginal, con la utilización de malla de polipropileno por vía transvaginal, se presenta nuestra experiencia inicial con los primeros cinco casos.

MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de cinco pacientes sometidas a reparación de prolapso total de cúpula vaginal, entre octubre de 2009 y junio de 2010, con reparación de los compartimientos anterior y posterior y de la incontinencia de orina de esfuerzo, utilizando 3 mallas de polipropileno (tabla I), en la Unidad de Uro-Ginecología del Hospital IV Huancayo, EsSalud. Para la reparación del compartimiento anterior se utilizó el sistema Perigee™ (American Medical Systems, Minnetonka, Minn), debido a que contábamos con ese material. Para la corrección del compartimiento posterior y de la incontinencia urinaria se preparó las mallas de polipropileno artesanalmente.

Las pacientes recibieron como preparación peroperatoria cefalotina 1 gramo endovenoso previo al ingreso a sala de operaciones. El procedimiento se realiza con la paciente en posición de litotomía, bajo anestesia epidural.

El reparo del compartimiento anterior se inicia con una infiltración de 20 mL de solución de una ampolla de epinefrina en 200 mL de cloruro de sodio al 9 por mil, de las zonas de incisión en la pared vaginal, con la finalidad de disminuir el sangrado, además de ayudar a dise-

car la pared vaginal del grosor más amplio posible y así evitar erosiones.

Procedemos a disecar la pared vaginal lejos de la vejiga, hacia las espinas isquiáticas, y colocamos la malla de Perigee a través de 4 incisiones. Las incisiones superiores, una a cada lado, son hechas en el pliegue genitofemoral, lateral a la rama isquiopubiana, a nivel del clítoris. Las incisiones inferiores son efectuadas a 3 cm por debajo y 2 cm por fuera de las incisiones superiores. Los brazos de las mallas se unen a conectores especiales y son retirados a través de sus respectivas incisiones. Una vez que todas las agujas han sido retiradas, se utiliza los brazos para ajustar las mallas en su lugar. El resultado final crea un efecto hamaca.

Luego, procedemos a colocar una cintilla suburetral transobturatriz diseñada artesanalmente con mallas de polipropileno, usadas para el tratamiento de hernias; de 1,2 cm de ancho y 12 cm de largo, es colocada con agujas fabricadas en nuestro hospital, a nivel de la uretra media, y extraída a través de las mismas incisiones superiores por donde se colocó los brazos superiores del Perigee. La función de esta es tratar o prevenir una incontinencia urinaria de esfuerzo oculta por el prolapso.

Para la reparación del compartimiento posterior y cúpula vesical usamos una malla diseñada artesanalmente de 5 cm por 11 cm, a la que en su parte superior se le coloca dos brazos de 1 cm de ancho por 20 cm de largo, unidos con sutura de polipropileno 3/0 a la estructura central de la malla.

Realizamos una incisión vaginal media, que se extiende desde la transición de la piel y la mucosa vaginal posterior hasta el fon-



Tabla 1. Características de las pacientes.

Característica	Pacientes					Rango	Promedio
	1	2	3	4	5		
Edad (años)	55	70	50	80	72	55 a 80	65,4
Tiempo operatorio (minutos)	100	90	75	105	80	75 a 105	90
Tiempo de hospitalización (días)	5	5	5	6	4	4 a 6	5

do de saco vaginal posterior. Luego se realiza disección de la pared vaginal posterior, se identifica el septo rectovaginal y su defecto correspondiente. El recto es aislado completamente de la pared vaginal, identificándose los ligamentos sacroespinosos a cada lado. Se efectúa posteriormente dos incisiones en la piel, a tres centímetros por fuera y tres centímetros por debajo del ano, de forma bilateral. A través de estas incisiones pasamos la aguja, que en este caso fue diseñada artesanalmente. Utilizamos una aguja maleable que usábamos antes para realizar operaciones de suspensión del cuello vesical y que se presta muy bien para este caso, ya que podemos moldear sus curvaturas de acuerdo a las características físicas de las personas.

La aguja se introduce por esta incisión perpendicular a la piel, pasando por debajo del músculo elevador del ano, guiado por el dedo índice del cirujano desde el interior de la vagina. Luego se realiza la transfixión del ligamento sacroespinoso a 2 cm medial de la espina isquiática. Esto se realiza para evitar la lesión del paquete vasculo-nervioso pudiendo, que se sitúa lateral a la espina isquiática. A continuación, cada brazo de la malla es conectado a la punta de la aguja, retirándose a través del sitio de punción perineal; la prótesis es anclada en el ligamento sacroespinoso ipsilateral. La malla es suturada a los ligamentos útero-sacos con puntos no absorbibles. Los brazos

Tabla 2. Antecedentes quirúrgicos de las pacientes.

Cirugías previas	Pacientes				
	1	2	3	4	5
Histerectomía vaginal	-	Sí	Sí	-	-
Histerectomía abdominal	Sí	-	-	Sí	Sí
Corrección prolapso cúpula	-	Sí	-	Sí	-
Colporrafia anterior	-	-	Sí	-	-
Colporrafia posterior	-	-	-	-	-

son traccionados, restableciendo el apoyo apical de la vagina. El exceso de cuerpo de la malla se corta y la longitud de la malla se ajusta a la longitud de la vagina. Se procede a la sutura de la pared vaginal y la tracción adicional de las astas de fijación, buscando que la cúpula vaginal se encuentre al nivel de las espinas isquiáticas, lo que corresponde a su posición fisiológica.

RESULTADOS

La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 55 y 80 años, con una media de 65,4 (tabla 1). Todas las pacientes eran posmenopáusicas y presentaron factores predisponentes, como cirugía previa y realización de trabajos que requirieron de esfuerzo físico

De los cinco prolapso totales de cúpula vaginal, dos ocurrieron tras histerectomía vaginal y tres, tras histerectomía abdominal (tabla 2). El tiempo de seguimiento poscirugía varió entre 2 y 9 meses. No hemos tenido complicaciones postoperatorias.

La corrección del suelo pélvico fue correcta. En la corta evolución, no se ha observado signos de recidiva.

DISCUSIÓN

No se conoce aún la técnica quirúrgica ideal para el tratamiento del prolapso total de cúpula. La técnica de la que se tiene más reportes -la sacrocolpopexia- es un procedimiento difícil y que puede sangrar mucho. Por esta razón, muchos cirujanos prefieren no realizar esta técnica⁽⁵⁾.

Una alternativa mínimamente invasiva es el uso de mallas. Sin embargo, es aún una terapéutica de tipo experimental y será el estudio a largo plazo el que nos mostrará su valor.

En conclusión, la corrección quirúrgica del prolapso total de cúpula con el uso de material protésico (malla de polipropileno) es factible, segura y eficaz. No es necesario el uso de material protésico preparado en kits por diferentes empresas. Se puede obtener los



mismos resultados utilizando mallas fabricadas artesanalmente, a un costo muchísimo menor.

El seguimiento a largo plazo del uso de mallas para el manejo del prolapso total de cúpula vaginal permitirá valorar esta técnica. Los resultados inmediatos que observamos son excelentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luber KM, Boero S. The demographic of pelvic floor disorders: Current observations and future projection. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:1496-503.
2. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:579-85.
3. Richer K. Massive eversion of the vagina: pathogenesis, diagnosis and therapy of the "true" prolapse of the vagina stump. *Clin Obstet Gynecol.* 1982;25:897-9.
4. Flood CG, Drutz HP, Waja I. Anterior colporrhaphy reinforced with Marlex mesh for the treatment of cystoceles. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1998;9(4):200-4.
5. Addison WA, Livengood CH, Sutton GP, Parker RT. Abdominal sacrocolpopexy with Mersilene mesh in the retroperitoneal position in the management of post hysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153(2):140-6.