

# CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL PISO PÉLVICO. EXPERIENCIA DE 119 CASOS ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2011

FRANCISCO A. ECHEGARAY\*  
NATALIA ECHEGARAY\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la experiencia obtenida en cirugía reconstructiva del piso pélvico con mallas vaginales entre los años 2006 y 2011, del Hospital Universitario de Caracas, Maternidad "Concepción Palacios", Policlínica Metropolitana e Instituto Clínico La Florida.

**Pacientes y método:** Se realizó un estudio retrospectivo, obteniéndose una población de 119 pacientes, que presentaron evidencias de disfunción del piso pélvico, siendo excluidas 13 pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión. Se estudiaron las siguientes variables: edad, prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria, patologías asociadas, técnica quirúrgica, tipo de malla vaginal, complicaciones y recurrencia. Se realizó una evaluación multidisciplinaria: cistografía, ultrasonido transvaginal, estudio uro dinámico. Se indicó tratamiento conservador o quirúrgico según la severidad del prolapso, con seguimiento.

**Resultados:** De una muestra de 106 casos, el diagnóstico más frecuente fue el cistocele asociado a rectocele (63,2%). La incontinencia urinaria representó (85,8 %). Patologías asociadas: la fibromatosis uterina (33%). A todos los pacientes se les realizó cirugía vaginal correctiva. La histerectomía vaginal predominó (56,6 %). Se realizó cura operatoria de incontinencia urinaria (85,8 %). En las complicaciones predominó: la extrusión (11,7%).

**Conclusión:** El tratamiento quirúrgico de las alteraciones del piso pélvico constituyen en la actualidad un reto para el cirujano y un problema frecuente en la población femenina, siendo los diagnósticos más comunes: el prolapso de órganos pélvicos (cistocele, rectocele e histerocele) y la incontinencia urinaria, afectando la calidad de vida de las pacientes. Existen diferentes opciones quirúrgicas con el uso de mallas vaginales para la reconstrucción del piso pélvico y corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria.

## Palabras clave

Cirugía reconstructiva de piso pélvico, mallas vaginales, incontinencia urinaria, prolapso genital.

\* Cirujano general oncólogo. Profesor jubilado de la Universidad Central de Venezuela. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D". Instituto Clínico La Florida. Caracas, Venezuela.

\*\* Cirujía general. Instituto Clínico La Florida. Caracas, Venezuela.

## PELVIC FLOOR RECONSTRUCTIVE SURGERY. EXPERIENCE OF 119 CASES BETWEEN 2006 AND 2011

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the experience gained in pelvic floor reconstructive surgery using vaginal mesh between the years 2006 and 2011 at the Hospital Universitario de Caracas, Maternity "Concepcion Palacios", Policlínica Metropolitana and Instituto Clínico La Florida.

**Patients and method:** A retrospective study was conducted, based on a population of 119 patients who showed signs of pelvic floor dysfunction, having excluded 13 patients who did not meet the criteria of inclusion. The following variables were studied: age, pelvic organs prolapsed, urinary incontinence, related pathologies, surgical technique, vaginal mesh type, complications and recurrence. A multidisciplinary evaluation was conducted: cystography, transvaginal ultrasound and an uro dynamic study. A conservative or surgical treatment was indicated, depending on the severity of the prolapse, with a follow up.

**Results:** In a sample of 106 cases, the most frequent diagnosis was cystocele associated with rectocele (63.2%). Urinary incontinency represented 85.5 %. Associated pathology: Uterine fibromatosis (33%). All patients underwent corrective vaginal surgery. Vaginal hysterectomy was predominant (56.6%). Surgical cure of urinary incontinence (85.8%) was conducted. Extrusion was the dominant complication: 11.7%.

**Conclusion:** Surgical treatment of pelvic floor dysfunctions currently represents a challenge for the surgeon and a frequent problem in the women population; the most common diagnosis include prolapsed pelvic organs (cystocele, rectocele and histerocele) and urinary incontinence, affecting patients' quality of life. There are different surgical options using vaginal mesh for the reconstruction of the pelvic floor and the surgical correction of urinary incontinence.

### Key words

Reconstructive surgery of the pelvic floor, vaginal mesh, urinary incontinence, genital prolapse.

## PACIENTES Y METODO

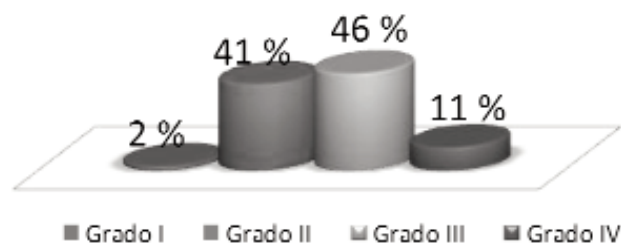
El siguiente estudio es de tipo retrospectivo donde se muestra la experiencia obtenida con una muestra de 106 pacientes, entre los años 2006 al 2011, intervenidos de disfunción del piso pélvico, en el Hospital Universitario de Caracas (Cirugía IV), Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" (Cirugía General), Maternidad "Concepción Palacios", Policlínica Metropolitana e Instituto Clínico La Florida. Los parámetros evaluados fueron: edad, diagnóstico: prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria; patologías ginecológicas asociadas (miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, endometriosis, poliposis endometrial, adenomiosis uterina), técnica quirúrgica (colpocistopexia, colpoperineorrafia, pexia sacro coxígea, histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, cura operatoria de incontinencia urinaria, colpocleisis), tipo de malla y complicaciones. Se insistió en interrogar la incontinencia urinaria de esfuerzo y la urgencia miccional. Se realizó una evaluación multidisciplinaria por: Radiología (cistografía miccional, ultrasonido pélvico / transvaginal), y por Urología (estudio uro dinámico). Fueron analizados: la edad, técnica quirúrgica, tipo de malla vaginal, tiempo quirúrgico, la estadía hospitalaria, complicaciones, re intervenciones y recurrencia de la patología uro ginecológica.

En relación a detalles técnicos, la posición de la paciente en el acto operatorio fue básica, con buena exposición del área ginecológica y uso de instrumental ginecológico básico para este tipo de cirugía: tales como el retractor de Breisky, el clamp o pinza pélvica infundibular y pinzas de tracción. Se indicó tratamiento conservador o quirúrgico según la severidad del prolapso y preferencia de la paciente, con seguimiento para valorar eficacia y complicaciones.

## RESULTADOS

De un total de 119 pacientes, se obtuvo una muestra de 106 casos, ya que 13, fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. El diagnóstico más frecuente del prolapso de órganos pélvicos, fue el cistocele asociado a rectocele con 67 casos (63,2 %); siendo el grado III el prolapso de órganos pélvicos, más frecuente con 49 casos (46 %). Ver Tabla N° 1

Gráfico #1  
Representa Grado de Prolapso Ginecológico



Fuente: Tabla N°1

TABLA 1 TIPOS Y GRADOS DE PROLAPSOS						
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Total	%
Cistocele		1	1		2	1,8
Rectocele	2	1	1		4	3,7
Cisto-rectocele		37	30		67	63,2
Histerocele+ cistocele+rectocele		2	7	12	21	19,8
Cúpula vaginal		2	10		12	11,5
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>12</b>	<b>106</b>	
	2%	41%	46%	11%		

TABLA 2 PATOLOGÍA ASOCIADAS		
Diagnósticos	Casos	%
Fibromatosis uterina	35	33
Fibromatosis uterina + Quiste de ovario	2	1,8
Quiste vaginal	3	2,8
Quiste de ovario	2	1,8
Poliposis endometrial	1	0,9
Hiperplasia endometrial	2	1,8
<b>Total</b>	<b>4/106</b>	<b>42,5</b>

TABLA N° 3 TIPO DE INTERVENCIÓN							
	Cistocele	Rectocele	Rectocele	Cistocele + Rectocele	Histerocele	Cúpula vaginal	TOTAL
	II - III	I	II-III	II-III	II-III-IV	II- III	
Corrección vaginal	2	2	2	67	21	12	106
HTA			1	3	1		5
HV				41	19		60
COLPOCLEISIS					2		2
Cura operatoria de IUE	1			60	20	10	91
Mallas simples	1	2		7	1		11
Mallas multianclaje	1		2	60	20	12	95

La incontinencia urinaria representó 91 casos (85,8 %).

Otros factores asociados: la fibromatosis uterina con 35 pacientes (33%). Ver tabla N°2

En relación al tratamiento quirúrgico, a todos los pacientes (100 %), se les realizó cirugía vaginal correctiva: colpocistopexia, colpoperineorrafia o ambas y pexia sacrocoxígea. La histerectomía vaginal predominó sobre la abdominal, con un total de 60 pacientes (56,6 %) y 5 casos (4,7 %) respectivamente. La colpoceleisis u operación de Le Fort, se realizó en 2 pacientes (1,8 %). Ver Tab. N°3

Se realizó cura operatoria de incontinencia urinaria en 91 pacientes (85,8 %).

De un total de 106 pacientes, 30 (28,3 %) presentaron complicaciones, predominando la erosión o extrusión vaginal de la prótesis con 10 casos (9,4 %), seguida de bridas vaginal con 4 casos (3,7 %) e infección urinaria con igual incidencia, teniendo menor frecuencia: la recurrencia del prolapso de los órganos pélvicos con 2 casos (1,8%) e incontinencia urinaria con 1 paciente (0,9 %). Ver tabla N°4

TABLA 4 COMPLICACIONES		
	Casos	%
Extrusión	10	9,4
Brida	4	3,7
Absceso	2	1,8
Recurrencia POP	2	1,8
Recurrencia IUE	1	0,9
Dispareumia	3	2,8
Infección urinaria	4	3,7
Trombosis venosa profunda	1	0,9
Lesión de vejiga	1	0,9
Cuerpo extraño	1	0,9
Estrechez de uretra	1	0,9
Total	30	28,3

Con el seguimiento de nuestra casuística, se ha observado los siguientes resultados tanto en lo que respecta a la corrección anatómica como funcional, requiriendo una segunda operación, 3 pacientes (2,8 %).

## DISCUSIÓN

El prolapso urogenital es una patología con una elevada prevalencia, la cual se ha incrementado de manera muy importante en las últimas décadas como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población. Además se trata de un problema que tiene una gran repercusión sobre la calidad de vida de las mujeres<sup>1</sup>. Los siguientes datos nos permitirán calibrar más exactamente la importancia de este problema médico:

- Actualmente, se estima que el riesgo de someterse a una cirugía por prolapso de órganos pélvicos (POP), en los países más desarrollados es de alrededor del 11%<sup>1</sup>.
- Más del 50 % de las mujeres que han tenido partos vaginales presentan algún grado de prolapso genital.
- La mayor parte de las mujeres que consultan por un prolapso genital (más del 40%) presentan múltiples defectos que deben ser corregidos de una forma integral y simultánea<sup>2</sup>.
- El 40 - 60% de las mujeres que se someten a una corrección quirúrgica de una incontinencia urinaria (IUE) necesitan la corrección simultánea de un prolapso<sup>2,3</sup>.

La única solución efectiva para resolver un prolapso genital es la corrección quirúrgica del mismo. Han sido muchas las técnicas utilizadas para ello, en general con alto índice de recurrencia y de re intervenciones. En los últimos años se han utilizado mallas vaginales en este tipo de procedimientos, extrapolando los resultados conseguidos en la cirugía de las hernias abdominales. Se debe recurrir al empleo de mallas vaginales para la corrección quirúrgica del prolapso de órganos pélvicos, inclusive si se trata de mujeres jóvenes, sexualmente activas, con una actividad física regular, con previo consentimiento informado.

Las técnicas quirúrgicas clásicas tienen un porcentaje de fracasos importante. En un 1/3 de ellas, no se logran obtener resultados satisfactorios<sup>4,5</sup> y es probable que las cifras reales sean superiores a la tasas reportadas (30 y 40%)<sup>6</sup>; esto ha motivado la búsqueda de una alternativa más efectiva a través de la incorporación de materiales protésicos, cuyo uso en ginecología se remonta a décadas recientes, motivado por la experiencia positiva de su aplicación práctica en el tratamiento de las hernias<sup>7,8</sup>.

Las alteraciones del piso pélvico requieren intervenciones quirúrgicas múltiples cuyo resultado final se ve influenciado por la decisión que se tome según la especialidad que maneje el caso.

La incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos pueden ser condiciones simultáneas, la primera generalmente manejada por urólogos generales que adolecen de entrenamiento específico en la corrección del prolapso de órganos pélvicos, por lo que se realiza la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria sin manejo del piso pélvico.

Los ginecólogos y cirujanos generales usualmente realizan corrección simultánea de ambas patologías, con una frecuencia de 26% mayor que los urólogos, disminuyendo la tasa de nuevos procedimientos dentro del primer año en 50%<sup>9,10,11</sup>.

La decisión de realizar cirugía reconstructiva de piso pélvico se ve influenciada principalmente por la experiencia y conocimiento del cirujano, lo que determina que la asociación de las especialidades disminuya las complicaciones pos operatorias, nuevos eventos quirúrgicos para corrección futura de prolapsos de órganos pélvicos o defectos de correcciones previas, corrección de fallas qui-

rúrgicas de procedimientos anti incontinencia, etc<sup>9</sup>.

La clasificación de los grados de prolapso de órganos pélvicos, utilizada fue la de Baden - Walker (1968), método utilizado ampliamente por los profesionales de la salud debido a su sencillez clínica; sin embargo, utilizamos como referencia comparativa en este trabajo el test POP - Q (1996), método utilizado para el prolapso de órganos pélvicos por la Asociación Americana de Uroginecología.

La cirugía reconstructiva de los órganos pélvicos en este estudio se realizó vía vaginal, en forma funcional e indicada para los grandes prolapsos, útero prolapsado sano o con patología neoplásica benigna y en las recurrencias.

Los tipos de prótesis o mallas vaginales utilizadas en este trabajo, inicialmente fueron prótesis sencillas, rectangulares, blandas, de polipropileno (cirugía de compensación); luego se empleo el uso de mallas de multianclaje, percutáneas y últimamente transvaginales (cirugía de reconstrucción), abordando como elementos anatómicos fundamentales la fosa obturatriz y el ligamento sacroespinoso; sustituyendo la fascia endopelvica y ligamentos o estructuras anatómicas de la pelvis, que mantienen la estática pélvica y estabilizan la uretra. Se utilizó suturas reabsorbibles a base de ácido poliglicólico y catgut crómico en todos los pasos de la cirugía reconstructiva del piso pélvico.

Las diferentes técnicas de histerectomías se complementan y no compiten entre si, pudiendo entonces adaptarlas a las necesidades del paciente con alteraciones del piso pélvico.

Realizamos la colpocleisis (operación de Le Fort), cirugía no funcional, en dos pacientes de edad avanzada y de alto riesgo quirúrgico.

Se observó un promedio de la estancia hospitalaria, de 24 horas en la mayoría de nuestros pacientes, con un máximo de 48 horas; reduciendo gastos a la institución y al paciente. Otro beneficio, desde el punto de vista económico, es la cirugía por vía vaginal, donde se disminuye el tiempo operatorio y los gastos de material médico quirúrgico. La única desventaja, desde este punto de vista es el costo de las mallas vaginales.

Las pacientes presentaron una disminución de la incapacidad laboral, reintegrándose a sus labores en menor tiempo.

Creemos importante la incorporación de nuevos conceptos terapéuticos para el tratamiento quirúrgico de las alteraciones del piso pélvico, en el marco de protocolos de investigación que permitan la valoración de los resultados obtenidos en el uso de materiales protésico y las distintas técnicas quirúrgicas, permitiendo crear directrices claras y basadas en la evidencia con respecto al enfrentamiento diagnóstico, corrección y seguimiento de estas patologías.

## REFERENCIAS

1. Moen MD. Surgery for urogenital prolapse. *Rev Med Univ Navarra* 2004; 48 (4), 50-5.
2. Karlovsky ME, Thakre AA, Rastinehad A, Kushner L, Badlani GH. Biomaterials for pelvic floor reconstruction. *Urology* 2005; 66(3), 469-75.
3. Shah DK, Paul EM, Rastinehad AR, Eisenberg ER, Badlani GH. Biomaterials for pelvic floor reconstruction. *Urology* 2005; 66 (3), 469 - 75.
4. Birch C. The use of prosthetics in pelvic reconstructive surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(6), 979-991.
5. Cosson M, Debodinance P, Boukerrou M, Chauvet MP, Lobry P, Crepin G, Ego A. Mechanical properties of synthetic implants used in the repair of prolapse and urinary incontinence in women: which is the ideal material? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14(3)169-78; discussion 178
6. Maer C, Baessier K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2008; 27(1):3-12. Review.
7. Mc Cracken GR, Lefebvre G. Mesh - free anterior vaginal repair: history or best practice? *Obstet Gynaecol (Lond)*2007; 9:233-242.
8. Smith RS. The use of prosthetic materials in the repair of hernias. *Surg Clin N Am* 1971; 51: 1387 - 1399.
9. Annger JT, Litwin MS, Wang Q, Pashos CL, Rodríguez LV. Variations in stress incontinence and prolapse management by surgeon specialty. *J Urol*.2007 Oct.; 178 (4Pt 1):1411-1417.
10. Fant JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older woman with urinary incontinence. *JAMA*. 1991; 265:609.
11. Kenton K, Shott S, Brubaker L. Vaginal topography does not correlate well with visceral position in women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997; 8:336