

Presentación oral a Premio
Congreso F.A.S.G.O. Salta 2016

Reparación quirúrgica del prolapso apical estadio III y IV con la técnica de la Suspensión Apical Transobturatriz (T.O.A.S.), Transobturador Apical Suspension.

Dres Santiago Orrico, Ricardo Guerci, M. Eugenia Montini, Romina Frances, Erica Reynoso, Francisco Gago

Resumen:

Objetivo: Evaluar el resultado anatómico de la reparación del prolapso apical estadio 3 y 4 con una técnica nueva, la técnica de la Suspensión Apical Transobturatriz (T.O.A.S.).

Pacientes y Métodos: Es un estudio observacional de una serie de casos. El procedimiento lo realizamos en 21 pacientes con prolapso apical estadio 3 y 4 operadas con la técnica de TOAS entre Marzo de 2015 y Febrero de 2016. El promedio de edad fue de 63 años (51- 75). El procedimiento consiste en la suspensión del compartimiento apical mediante la colocación de 2 tiras de prolene de 15 cm de largo por 2 cm de ancho, ancladas al cervix y/o al fondo vaginal que luego atraviesan ambos agujeros obturadores mediante agujas semicirculares y reparando el resto de los compartimientos mediante técnicas con tejidos nativos. Se realizaron concomitantemente 8 histerectomías vaginales, en 5 se indicaron slings, 20 colporragias anteriores y 18 colporragias posteriores. El período mínimo de seguimiento 6 meses, y el máximo 14. Se evaluaron mediante cuestionario (Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)).

Resultados: Evaluamos las 21 pacientes, de las cuales 9 (42,85 %) contestaron sentirse muchísimo mejor, 9 (42,85 %) mucho mejor, 2 (9,52 %) un poco mejor, 1 (4,76 %) sin cambios y un poco peor y muchísimo peor 0 (0 %). Se constató erosión producida por la malla: 1 (4,76 %), asintomática, que no requirió reintervención. En las pacientes con éxito anatómico se constató mejoría de la función sexual en aquellas pacientes sexualmente activas. Complicaciones: hematoma amplio en ambos glúteos 1 (4,76 %), que resolvió espontáneamente al control.

Conclusiones: La técnica de la Suspensión Apical Transobturatriz (TOAS) en nuestra experiencia fue muy exitosa en la reparación del prolapso apical estadio 3 y 4 si consideramos que el 85.71 % refirió una mejoría muy significativa. Es de relativa fácil realización y con la gran ventaja de permitir abordar cualquier otra patología acompañante del piso pélvico por vía vaginal. Comparada con la colposacropexia (índice de recidiva del 6 al 15 %) y de la fijación al ligamento sacroespinoso (recidiva del 15 al 19 %), la técnica TOAS resulta en una muy buena opción quirúrgica. Se necesitan mas estudios para validar su eficacia en el tiempo y estudios randomizados que la comparen con otras técnicas.

Introducción:

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén; siendo una patología que afecta la calidad de vida de toda mujer.

El prolapso de los órganos pélvicos, incluyendo el cistocele, es un problema de salud importante, especialmente en la mujer añosa. En E.E.U.U. se realizan mas de 200.000 operaciones por prolapso al año. (1)

El prolapso genital se diagnostica en el 50% de las mujeres multíparas y del 10 al 20% requiere tratamiento por su sintomatología. Se calcula que una mujer, a lo largo de su vida, tiene 11% de riesgo de necesitar cirugía de corrección de prolapso de los órganos pélvicos o por incontinencia urinaria.(2)

De acuerdo al estado general de la paciente y al trofismo de sus tejidos, se puede optar por cirugías obliterativas o reconstructivas, respectivamente.

Para las cirugías reconstructivas se debe realizar, un adecuado diagnóstico, con el fin de poder corregir el defecto, ya sea en su pared anterior, posterior o cúpula, utilizando puntos de sutura, mallas biológicas o sintéticas.

La aparición de las mallas como elemento sintético que ayudara a corregir el prolapso genital tuvo mucho auge desde principios del siglo XXI debido al alto porcentaje de recidivas

(3,4), pero en los últimos años se ha producido una disminución muy importante en su uso luego del "warning" de la FDA (5), a raíz de reportes sobre todo en EEUU por complicaciones asociadas a su uso como riesgos intraopertorios: perforación de órganos y hemorragia, riesgos a largo plazo: exposición de la malla, que lleva a dolor pelviano, infección, dispareunia, hispareunia, y la necesidad de cirugías correctivas y otros como alteraciones en la micción, molestias vaginales y prolapso recurrente.

También es sabido, por numerosos estudios anatomofuncionales recientes, que el compartimiento apical juega un rol fundamental en toda la estática de los órganos pélvicos y que su alteración conlleva alteraciones en los demás compartimientos y es fundamental su corrección si deseamos una reparación exitosa de cualquier prolapso.(6,7)

Presentamos en este estudio la técnica de reparación del defecto apical estadio 3 y 4 del POP-Q, que combina la suspensión apical con mínima cantidad de tejido heterólogo y lo mejor de las técnicas clásicas de reparación de los demás compartimientos.

Pacientes y métodos:

Es un estudio observacional de una serie de casos. El procedimiento lo realizamos en 21 pacientes con prolapso apical estadio 3 y 4 operadas con la técnica de TOAS (Transobturator Apical Suspension) entre Marzo de 2015 y Febrero de 2016 . El promedio de edad fue de 63 años (51- 75). Todas las pacientes fueron evaluadas previamente mediante clasificación con POP-Q , ecografía transvaginal y urodinamia en 12 casos.

Descripción de la técnica:

La técnica descrita en este trabajo, Suspensión Apical Transobturatriz o sus siglas en inglés, Transobturator Apical Suspension (T.O.A.S.) se basa en la premisa de que se puede lograr un adecuado sostén del apex vaginal mediante la suspensión de la misma con 2 tiras de malla pasadas a través del agujero obturatriz.

El procedimiento se realiza con la paciente en posición ginecológica y colocación de sonda transuretral.(fig. 1)



fig. 1

Incisión longitudinal en cara anterior de vagina, 4 cm por arriba del meato uretral y 3 cm por debajo del cervix o de la cúpula vaginal. Disección de espacio vesicovaginal, dejando un bolsillo a nivel de los fondos de saco vaginales. Esto tiene como finalidad que los extremos de la malla queden sepultados, lejos de la incisión vaginal. De esta manera se evita la erosión vaginal provocada por la misma. (fig. 2)



fig. 2

Luego se repara el compartimiento anterior mediante colporrhafia clásica. Nosotros usamos suturas de vycril a puntos separados.



fig. 3

Inmediatamente se fijan 2 tiras de prolene de 2 cm de ancho por 15 cm de largo a la cara anterior de cérvix y fondos de saco vaginales o a la cúpula vaginal en caso de un prolapso de cúpula, con 3 puntos separados de material de reabsorción ultralenta.(fig. 4).



fig. 4

Se “labra” un túnel mediante disección digital a través del espacio paravesical hacia la fosa obturatriz. Los extremos distales de las mallas se pasan a través del agujero obturatriz mediante agujas semicirculares bajo control digital. Estas agujas se introducen mediante una incisión de 0,5 cm practicada en el surco externo del labio mayor, a la altura de 1 cm por debajo del meato uretral, de la misma manera que en el caso de los brazos posteriores de una malla de compartimiento anterior. (fig. 5 , 6 y 7).

El pasaje de las agujas debe ser profundo en la pelvis de manera que solo la punta de la aguja se exteriorice por vagina.



fig. 5

fig. 6

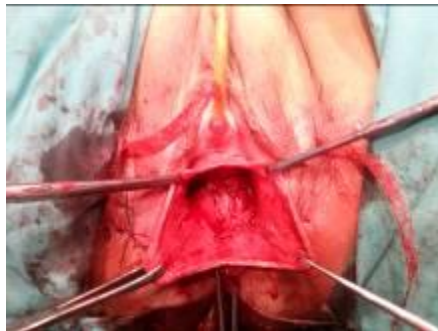


fig. 7

Luego se procede al cierre de la pared vaginal anterior.(fig. 8)



fig. 8

Tensión de los brazos de la malla. (fig. 9)



fig. 9

En este punto, si el caso lo requiere, puede colocarse un sling para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Finalizado este tiempo, se realiza la colporrafia posterior y perineorrafia según técnica convencional con tratamiento del enterocele si fuera el caso.(fig. 10)



fig. 10

Luego se deja taponaje vaginal por 24 hs al igual que la sonda vesical.
En nuestra serie retiramos la sonda vesical a las 24 hs y se les dio el alta inmediatamente de la micción espontánea.



Control a los 3 meses

Se realizaron concomitantemente 8 histerectomías vaginales, en 5 se indicaron slings, 20 colporrafias anteriores y 18 colporrafias posteriores (Tabla 1).

Tabla I. Procedimientos asociados a TOAS n= 21

Histerectomías vaginales: 8
Slings 5
Colporrafias anteriores 20
Colporrafias posteriores 18

El período mínimo de seguimiento fue de 6 meses, y el máximo 14. Se evaluaron mediante cuestionario (Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) (8) (Tabla 2). A las pacientes se las interrogó si consideraban que estaban, después de operarse:

1. Muchísimo mejor.
2. Mucho mejor.
3. Un poco mejor.
4. Sin cambios.
5. Un poco peor.
6. Mucho peor.
7. Muchísimo peor.

La evaluación incluyó el examen físico ginecológico a través del POP-Q.

Resultados: Evaluamos a las 21 pacientes, de las cuales 9 (42,85 %) contestaron sentirse muchísimo mejor, 9 (42,85 %) mucho mejor, 2 (9,52 %) un poco mejor, 1 (4,76 %) sin cambios y un poco peor y muchísimo peor 0 (0%) (Tabla 2).

Tabla 2

1.	Muchísimo mejor	9 (42,85 %)
2.	Mucho mejor	9 (42,85 %)
3.	Un poco mejor	2 (9,52 %)
4.	Sin cambios	1 (4,76 %)
5.	Un poco peor	
6.	Mucho peor	
7.	Muchísimo peor	

Al examen físico, utilizando el POP-Q, tiempo mínimo a los 6 meses, encontramos que, considerando curación al estadio menor a 2, que de las 21 pacientes evaluadas, continuaban con curación objetiva total (todos los compartimientos) 18 (85,71 %), 2 recidivas parciales de pared anterior y 1 recidiva total (estadio IV) (Tabla 3).

Tabla 3

POP-Q, tiempo mínimo a los 6 meses

Curación objetiva total (todos los compartimientos), 18 (85,71 %),
 recidivas de pared anterior 2 (9,52 %)
 recidiva total (estadio IV). 1 (4,76 %)

Complicaciones:

Erosiones vaginales provocadas por la malla 1, asintomática, puntiforme, no requirió reintervención. Perforaciones vesicales 0. La complicación más frecuente fue el hematoma en cara interna de las piernas y glúteos que en todos los casos fueron asintomáticos y resolvieron espontáneamente.

En cuanto a la función sexual, de las pacientes que tuvieron mejoría significativa (85,71 %), 5 de ellas retomaron la actividad sexual y refirieron una mejoría en ese sentido. El resto no mantenía relaciones sexuales.

Discusión:

Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas para la reparación del prolapso genital. Dentro de esta patología el prolapso del compartimiento apical (con o sin útero) ha sido un gran desafío para todo cirujano.

De Lancey y otros autores (6,7), incluso postulan que la clave para la corrección exitosa de cualquier prolapso es la correcta posición del apex vaginal.

La técnica quirúrgica aceptada como el goldstandard para el tratamiento quirúrgico del prolapso apical es la colposacropexia (9,10), pero tiene el inconveniente de que su abordaje por vía abdominal aumenta la morbilidad cuando se realiza a cielo abierto y aumenta su complejidad al realizarlo por vía laparoscópica, además de requerir una alta curva de aprendizaje. Además la colposacropexia no permite la corrección integral de los demás defectos del piso pélvico, en muchas ocasiones se requiere de un tiempo vaginal y la recuperación postoperatoria es más larga que la vía vaginal.(11)

Se han desarrollado otras técnicas para la corrección del prolapso apical por vía vaginal siendo las más conocidas la suspensión al ligamento sacroespinoso y la suspensión alta a los ligamentos uterosacros.(12,13) Todas estas técnicas son de difícil aprendizaje para el cirujano novel y no tienen los índices de curación de la colposacropexia.

Con la introducción de las mallas para el tratamiento del prolapso de los órganos pélvicos “aparecieron” nuevas técnicas y sitios anatómicos nuevos de abordaje, entre ellos el agujero obturatriz. Esta vía de colocación de mallas fue descrita por primera vez por Delorme para la inserción del slingtransobturatriz en el tratamiento de la incontinencia de orina.(14) A partir de ahí se utilizó este sitio anatómico para colocar mallas en el tratamiento del compartimiento anterior que utilizaban la fosa obturatriz para introducir el brazo anterior y el brazo posterior.

Las mallas tuvieron en principio una muy buena aceptación y numerosos trabajos mostraron superioridad objetiva en el tratamiento del prolapso genital.(15). Sin embargo a partir de reportes sobre complicaciones sobre el uso de mallas, la FDA emitió un “warning” sobre su uso y esto llevó a la drástica disminución de su uso en todo el mundo.(5)

Por otra parte, según varios estudios, la reparación con tejidos nativos en compartimiento anterior, tiene los mismo resultados subjetivos que el uso de mallas, por lo que el riesgo-beneficio de la malla no sería positivo.(15)

En nuestra serie de casos de tratamiento del prolapso anterior y apical con mallas por vía vaginal, destacamos que , fijando el compartimiento apical al brazo posterior de la malla, se brinda un adecuado soporte al apex vaginal. La observación de esta característica nos llevó a pensar que usando solamente los brazos posteriores de la malla podríamos proveer un buen sustento al compartimiento apical y reparar los demás compartimientos con tejidos nativos, de esta forma se aprovecharían las características mas valiosas de cada técnica, minimizando las erosiones vaginales provocadas por la malla.

Otra ventaja es que se puede utilizar con o sin útero o combinarla con una histerectomía vaginal en caso de ser necesaria.

Conclusiones:

La técnica de la Suspensión Apical Transobturatriz (TOAS) en nuestra experiencia fue muy exitosa en la reparación del prolapso apical estadio 3 y 4 si consideramos que el 89.6 % refirió una mejoría muy significativa. Es de relativa fácil realización y con la gran ventaja de permitir abordar cualquier otra patología acompañante del piso pélvico por vía vaginal. Comparada con la colposacropexia (índice de recidiva del 6 al 15 %) y de la fijación al ligamento sacroespinoso (recidiva del 15 al 19 %), la técnica TOAS resulta en una muy buena opción quirúrgica. Se necesitan mas estudios para validar su eficacia en el tiempo y estudios randomizados que la comparen con otras técnicas.

Bibliografía:

1. Brown JS, Waetjen LE, Subak LL, Thom DH, Van den Eeden S, Vittinghoff E. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;04;186(4):712-6.
2. Olsen AL *et al*, *ObstetGynecol.* 89:501–506; 1997
3. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J ObstetGynecol* 2001;185:1299-1304
4. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, et al. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1357-1362
5. Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse, **FDA, released July 13, 2011.**
6. Rooney K, Kenton K, Mueller ER, et al. Advanced anterior vaginal wall prolapse is highly correlated with apical prolapse. *Am J ObstetGynecol* 2006; 195:1837.
7. Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1438.
8. Sushma Srikrishna & Dudley Robinson & Linda Cardozo Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse *Int Urogynecol J* (2010) 21:523–528
9. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD004014.

10. Costantini E, Mearini L, Lazzeri M, et al. Laparoscopic Versus Abdominal Sacrocolpopexy: A Randomized, Controlled Trial. *J Urol* 2016; 196:159.
11. Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, et al. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *ObstetGynecol* 2009; 113:367.
12. Lo, TS, Wang, AC. Abdominal colposacropexy and sacrospinous ligament suspension for severe uterovaginal prolapse: A comparison. *J GynecolSurg* 1998; 14:59.
13. Rondini C, Braun H, Alvarez J, et al. High uterosacral vault suspension vs Sacrocolpopexy for treating apical defects: a randomized controlled trial with twelve months follow-up. *IntUrogynecol J* 2015; 26:1131.
14. Delorme E. Transobturator urethral suspension: Mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *ProgUrol*. 2001; 11:1306–13.
15. Anterior Colporrhaphy versus Transvaginal Mesh for Pelvic-Organ Prolapse Daniel Altman, M.D., Ph.D. for the Nordic Transvaginal Mesh Group *N Engl J Med* 2011; 364:1826-1836 May 12, 2011
16. Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, et al. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *ObstetGynecol* 2009; 113:367.