



Área I
Murcia Oeste
Arrixaca

XXXI REUNIÓN
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA



La **laparoscopia** en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos.

M^a Luisa Sánchez Ferrer

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Murcia
vinculada a Jefatura de sección de Ginecología en Hosp. C. U. V. Arrixaca,
Murcia

Tratamiento quirúrgico del POP. Elección técnica quirúrgica

2. Procedimientos reconstructivos

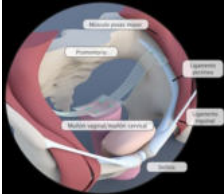
2.1 Para el ápex vaginal: discutible histerectomía*.Clave: **pexia vaginal**. Varios puntos anatómicos de pexia con vías de accesos distintos y ángulos vaginales distintos

1.Sacro: Sacrocervicopexia/Sacrohisteropexia/ Sacrocolpopexia (prolapso cúpula)



- Con malla, no totalmente estandarizada (duda si fijación a musculos puborrectales). Éxito (78-100%)
- Mejor indicación primaria o secundaria para el POP del compartimento apical o POP mixto con afectación apical (corrige mejor compartimento apical y anterior. Corrige peor el compartimento posterior)
- Elección en mujeres cuya prioridad sea mantener función sexual vaginal y en aquellas con longitud vaginal acortada
- menor dispareunia
- mejor corrección anatómica (menos POP residual)
- menor número de cirugías por fracasos que gran variedad de cirugías vaginales.
- menor Incontinencia Urinaria post-cirugía. Más estreñimiento de novo o empeoramiento del previo

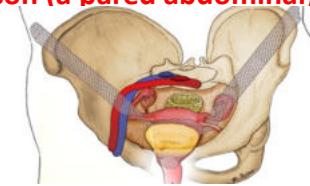
2. **Ligamentos pectíneos (lig. Cooper)**



- misma tasa de éxito que sacropexia (1 ECA).
- Ventaja: no trastornos defecatorios de novo
- Posible menor lesión de Nervios hipogástricos

3.Suspension lateral laparoscópica Dubuisson (a pared abdominal)

- No ECAs. Tasa éxito similar
- Ventaja: más sencilla
- Menor tiempo quirúrgico

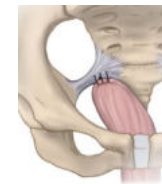
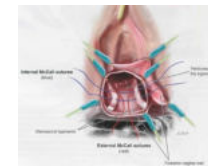


4. Lig. uterosacros

- Nivel 1 de fijación de De lancey.
- Culdoplastia de McCall tras histerectomía vaginal, es la técnica más empleada para tratar el prolapso (85%)
- De elección si el manguito vaginal desciende a un nivel ≤ -2 cm del introito tras la exéresis del útero.
- Si desciende más debe hacerse fijación apical "formal": 2 opciones:

5. Lig sacroespinoso (mas empleado) o High McCall (+ riesgo acodamiento uretral)

- fijación con suturas o con malla
- puede hacerse conservando útero (histeropexia) o como cirugía 2ª en prolapsos de cúpula vaginal (Richter)
- Buena técnica para corrección del compartimento apical y posterior. Corrige peor compartimento anterior
- MALLAS VAGINALES: Uso excepcional. Mayor morbilidad. Sólo cirujano expertos y casos seleccionados.**



1. Procedimientos **obliterativos**: **CLEISIS**

- para prolapso 1ª (posible hacerlo conservando útero o con histerectomía) y de cúpula vaginal
- En mujeres mayores que renuncien a coito vaginal

* **Preservar útero**: No demostrado mejor resultado del tratamiento del POP realizando histerectomía. 2 opciones:

1) **Histeropexia**:

- No claro mejor vía de histeropexia
- No claro beneficio de malla

2) **Operación de Manchester-Donald-Fothergill**

- Indicación: Prolapso apical con elongación cervical
- Técnica: amputación cervical y **pexia del útero a lig uterosacros** (puntos Fothergill)
- Excelente cura anatómica y subjetiva.
- Ojo a estenosis cervical en pacientes fértiles

* **Contraindicaciones de conservar útero**

Patología uterina:

- Miomas, adenomiosis
- patología endometrial
- Lesión cervical
- Metrorragia postmenopáusica
- Riesgo de Ca Ovario/trompa (BCRA 1&2)
- Riesgo Ca endometrio, Síndrome Lynch)
- Tratamiento con Tamoxifeno
- Obesidad
- Mujer incapaz de seguir estrategia prevención Cancer ginecológico
- Elongación cervical (punto C-D \geq 4). Riesgo recidiva x 11

2.2 Para compartimento anterior: Colporrafias con/sin mallas (elección) y reparación paravaginal

2.3 Para compartimento posterior: Colporrafia posterior sin malla, perineoplastia, plicatura músculos elevadores (sólo si no función sexual)

IMPORTANTE REPARAR TODOS LOS COMPARTIMENTOS AFECTADOS Y PROPORCIONAR FIJACION APICAL SUFICIENTE INDIVIDUALIZANDO SEGÚN GRADO PROLAPSO, COMPARTIMENTOS AFECTOS Y PREFERENCIAS

PROLAPSO APICAL

CIRUGÍA POP APICAL RECONSTRUCTIVA, a decidir :

- Vía abdominal* o vaginal
- Apical con útero :Histerectomía SI /NO

*Abdominal abierta / laparoscópica / robótica.



IDEAS PRELIMINARES. Mucha confusión por lo siguiente

- En la cirugía del prolapso **apical** con útero lo importante es la **pexia de la vagina a elementos de soporte pero no la histerectomía en sí** ya que el útero no es la causa sino la consecuencia del prolapso. *Esto es tan importante que se discute de la necesidad o no de realizar histerectomía*
- **Existen puntos de fijación o soporte diferentes**
 - 1-**uterosacros** , nivel de fijación de De lancey 1 (apical) via vaginal. Obligatorio mínimo McCall . Ojo!! No es lo mismo McCall que fijación alta de uterosacros (según Schull).
 - 2-**sacroespinoso** (nivel de fijación 1,5?) (via vaginal)
¿Cuándo hacer simple culdoplastia de McCall vs “fijación apical formal” (High McCall vs sacroespinoso) ?
(A su vez en la vía vaginal esas fijaciones se pueden hacer **con/sin mallas** y conservando el útero o pexiándolo)
 - 3-**promontorio** (via lpc)
 - 4- **Ligamentos de Cooper** (pectopexia, via LPC)
 5. **Pared abdominal**: suspensión lateral laparoscópica de Dubuisson (no ECA)

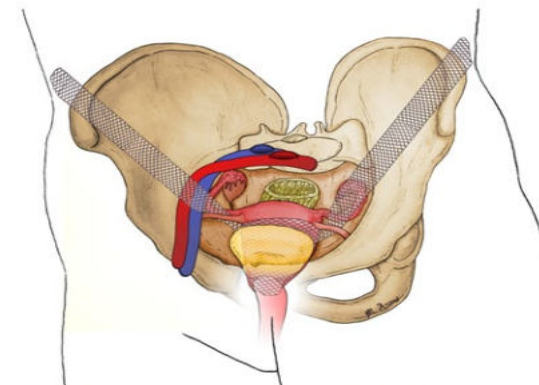
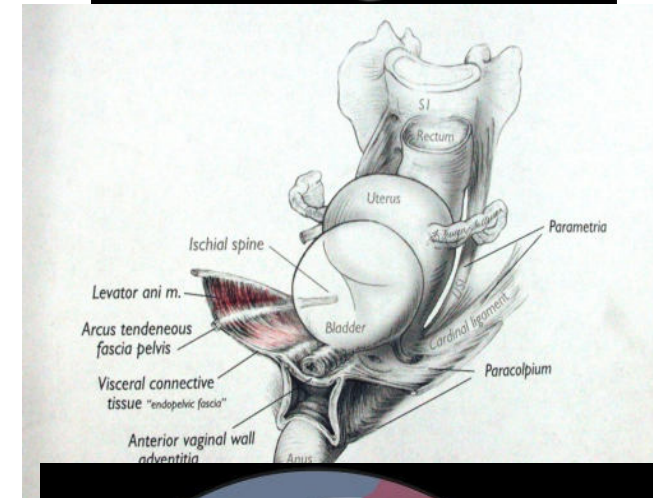
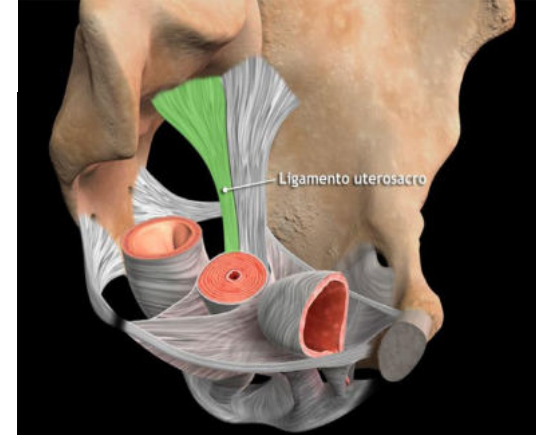
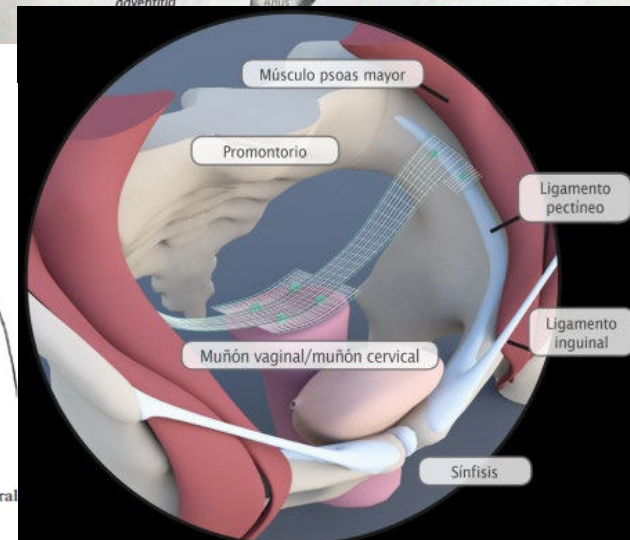


Fig. 1 Anatomic positioning of the mesh after laparoscopic lateral suspension



IDEAS PRELIMINARES. Mucha confusión por lo siguiente

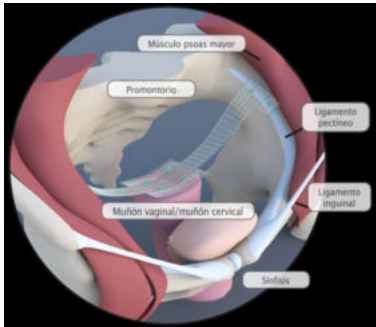
- Estos puntos tienen distinta localización anatómica, por lo que el **ángulo de la vagina resultante con cada uno será distinto**. Lo ideal es **reconstruir el eje fisiológico**, pero pocas veces el defecto apical es aislado puro:
- **Quizá habría que valorar además del componente apical** si predomina el componente **anterior** (mejor corrección con fijación al promontorio o S2) o defecto **posterior** (mejor corrección con fijación al sacroespinoso).
- Quizá habría que indicar cada nivel de fijación (técnica) en función del **grado** de POP (a mayor grado, punto de fijación más "apical").
- Tampoco hay punto de corte en cuanto a la **edad u otros factores de riesgo**: ni IMC, ni factores de riesgo ecográficos como el área del hiato (causa o consecuencia?), ni la longitud previa de la vagina (para algunos indicación de preferencia LPC). Tampoco se han considerado en ensayos clínicos.
- El otro punto es la **falta de estandarización de las técnicas**, ya sean vía vaginal o LPC con/sin mallas con o sin útero.
- Otro problema es **distinguir el verdadero prolapso apical de la elongación cervical sin prolapso apical** que se resolvería con **Manchester (hay trabajos que comparan Manchester con histeropexia?)**, para esto puede ser útil el POP-Q (resta de puntos C y D) y ecografía?

ESTADO ACTUAL DE LA SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA EN LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (POP)

Carmen González-Enguita, 2017

- La unificación y **estandarización** del procedimiento CSPL es **compleja**
- debate de diversos puntos técnicos considerados “clave”:
 - Tipo de malla, fijación de la malla a la pared vaginal (sutura no reabsorbible),
 - Fijación en promontorio o en S2
 - histerectomía asociada (subtotal),
 - cirugía simultánea de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE),
 - perineoplastia (plastia del hiato genital),
 - técnicas que incluyen **miorrafia???? de los elevadores**).
- porcentaje de **eficacia (78-100%)**
- Cochrane 2016 considera que CSPA es la **mejor indicación primaria o secundaria para el POP del compartimento apical o POP mixto con afectación apical**.
- Presenta **mejor corrección anatómica** (menos POP residual), menor IU post-cirugía, **menor dispareunia** y provoca un **menor número de cirugías por fracasos** que cirugías vaginales.
- Indicada especialmente en **Edad joven* y con actividad sexual**, vaginas de capacidad reducida

LAPAROSCOPIC PECTOPEXY: A Prospective, Randomized, Comparative Clinical Trial of Standard Laparoscopic Sacral Colpocervicopexy with the New Laparoscopic Pectopexy—Postoperative Results and Intermediate-Term Follow-Up in a Pilot Study Noe´, 2015



Objetivo: ECA sacrocervicopexia sin fijación en elevadores (41pac) pac con pectopexia laparoscópica (fijación lig Cooper, nivel S2)(44). Media de seguimiento: **20 meses**.

- Esperan encontrar **diferencias en desórdenes defecatorios**(0% en el grupo de pectopexia frente al 19,5% en el grupo de sacropexia). Justificación: **menor lesión de Nervios hipogástricos**.
- La incidencia de **rectoceles (9,5% frente a 9,8%)** fue similar en ambos grupos.
- **No se encontraron cistocelos** de defecto lateral de novo **después pectopexia**, mientras que el 12,5% se encontró después de la sacropexia.
- Las tasas de recaída del descenso apical no fueron estadísticamente significativas.

PROLAPSO APICAL

¿PRESERVACIÓN DE ÚTERO?

La mujer tiene intención de preservar el útero

Técnica de Manchester-Donald-Fothergill

Histeropexia abdominal/vaginal

No existe evidencia suficiente para recomendar un tipo de histeropexia sobre otro para mejorar los resultados de POP,

Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. International Urogynecology Journal (2019) 30:505–522. Meriwether

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRESERVACIÓN UTERINA

Patología uterina

- Miomas, adenomiosis
- Patología endometrial
- Lesión cervical
- Metrorragia postmenopáusica
- **Elongación cervical**

Riesgo de Ca Ovario/trompa (BRAC 1&2)

Riesgo Ca endometrio

- Síndrome Lynch)
- Tratamiento con Tamoxifen
- **Obesidad**

Mujer incapaz de seguir estrategia prevención Ca ginecológico

DUBUISSON VS SACROCOLPOPEXIA

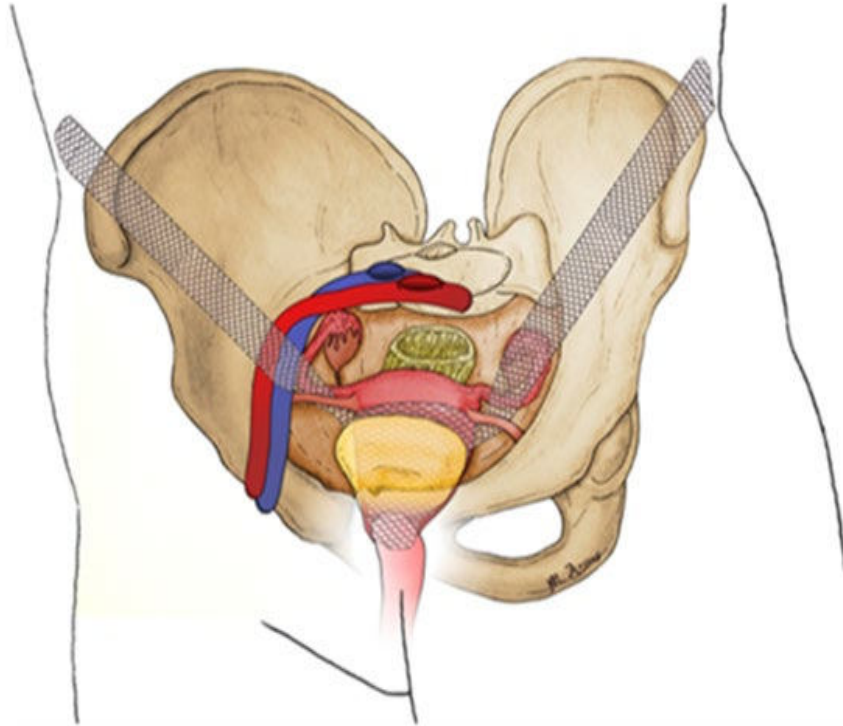


Fig. 1 Anatomic positioning of the mesh after laparoscopic lateral suspension

- En el Dubuissou, la mayor parte de la malla se aplica en la pared vaginal anterior, correspondiente al cistocele. Además de corregir nivel I, corrige nivel II.
- Sacrocolpopexia puede ser un reto por disección del promontorio en pacientes obesas o con variaciones anatómicas.
- La LLC podría ser una alternativa más sencilla y con resultados equiparables **PARA LA HISTEROPEXIA**

Es más sencilla

Se necesitan ECA.

Mensajes "para llevar a casa"

- Ojo con **descartar elongación cervical pura sin descenso apical** porque esta es la indicación óptima del Manchester y no de técnicas laparoscópicas (**la elongación cervical riesgo x 11 de fracaso** (incontinence, 2017)!
- Idealmente, el cirujano ginecológico debe estar **capacitado y preparado para realizar una variedad de técnicas operativas y adaptar la operación a las necesidades del paciente:** debemos **individualizar** los tratamientos del y POP basados en
 - **el tipo** de POP (si predomina el compartimento posterior mejor Richter que LPC
 - la **sintomatología** de la mujer (dolor LUMBAR, estreñimiento) ,
 - las comorbilidades médicas(ojo a fibromiálgicas) y factores de riesgo **intraoperatorio*** (**sacro difícil...cambiar a pectopexia o Dubuisson**). **CI sólo de corrección LPC**
- **Necesidad de definir utilidad/indicaciones de la histeropexia** para mejorar los resultados a largo plazo y minimizar el riesgo de recidiva
 - **Nuestra experiencia aquí: sólo pexiar uteros pequeños,**

