

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MEXICO**

---

**Instituto Nacional de Perinatología  
“Isidro Espinosa de los Reyes”.  
Subdirección de Urología Ginecológica**

**Experiencia quirúrgica en sacrocolpopexia  
abdominal para corrección del  
prolapso de cúpula vaginal en pacientes  
que asisten a la clínica de Urología  
Ginecológica.**

**Tesis**

**Que para obtener el título de:**

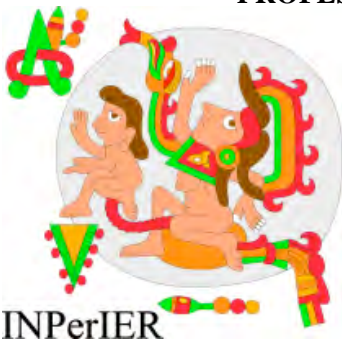
**ESPECIALISTA EN UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

**PRESENTA**

**MILAGROS VELÁSQUEZ ESPINO**

**DRA. ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE UROLOGIA GINECOLÓGICA**

**DRA. LAURA ESCOBAR DEL BARCO  
DIRECTORA DE TESIS**



**INPerIER**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*A DIOS:*

*Por ser quien guía mis pasos, por indicarme el camino correcto.*

*A mis padres:*

*María Julia Espino Arvizú y Noel Velásquez Castillo, por apoyar ésta idea y estar conscientes de que el futuro se forja día a día con el trabajo y con la fortaleza demostrada ante las adversidades.*

*A mis hermanos:*

*Noel, Maylín y Marisol: parte fundamental en cada uno de mis proyectos.*

*A mis maestras:*

*Dra. Silvia Rodríguez Colorado  
Dra. Laura Escobar del Barco  
Dra. Viridiana Gorbea Chávez*

*Por motivarme siempre, por sus enseñanzas, disponibilidad y apoyo.*

*A Chelito y Lulú: por toda su paciencia, sus enseñanzas y por el ejemplo que representan para cada uno de nosotros, por acogernos con verdadero amor y hacernos sentir en casa.*

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPITULO I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II. MATERIAL Y METODOS</b> .....	<b>16</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>18</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	<b>20</b>
<b>6. DESCRIPCION DEL ESTUDIO</b> .....	<b>26</b>
<b>7. RECOLECCION DE DATOS</b>	
<b>8. ANALISIS ESTADÍSTICO</b>	
<b>9. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	
<b>CAPITULO III. RESULTADOS</b> .....	<b>28</b>
<b>CAPITULO IV. DISCUSIÓN</b> .....	<b>32</b>
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES</b> .....	<b>35</b>
<b>CAPITULO VI. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>36</b>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir la experiencia quirúrgica de sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, en pacientes que asisten a la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, cohorte simple retrospectiva de Enero 2003 a Enero 2009. Con la revisión de 18 expedientes de pacientes a las que se les realizó sacrocolpopexia abdominal. Analizando características generales, antecedentes gineco-obstétricos y quirúrgicos, síntomas y estadio del prolapso, cirugías concomitantes, evolución post-quirúrgica y complicaciones en el post-operatorio.

**RESULTADOS:** El 94.4% fueron multigestas, síntomas previo a la cirugía: todas presentaban sensación de cuerpo extraño, 38.8% dispareunia, 33.3% estreñimiento, 5.6% erosión de pared vaginal prolapsada, 5.6% requerían maniobras digitales para defecar, IUE (11/18) para un 61.11%, IUU(6/18)33.11% y (4/18)22.22% IUM. En 66.66% de las pacientes se realizó una cirugía concomitante, 2 cirugías en 27.77% y 3 cirugías en 5.57%. Las complicaciones fueron: 1 paciente con sangrado de 500cc en el trans-quirúrgico y 1 paciente con eventración de herida quirúrgica, en el post-quirúrgico mediato. El 27.8% presentaron Incontinencia Urinaria de Urgencia, durante su evolución post-quirúrgica y ninguna incontinencia urinaria de esfuerzo. Una paciente presentó recurrencia del prolapso.

**CONCLUSIONES:** La sacrocolpopexia debe ser considerada como el estándar de oro para la corrección de prolapso de cúpula vaginal. En nuestra experiencia se presentó una tasa de complicaciones del 11.2% igual a lo reportado en la literatura, y un caso de recurrencia del prolapso, por factores propios de la paciente

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To describe our experience in the abdominal sacrocolpopexy for the correction of the vaginal vault prolapse in the Clínica de Urología Ginecológica of the Instituto Nacional de Perinatología.

**METHODS:** The study consisted of a retrospective cohort study from January 2003 to January 2009. We reviewed 18 medical records of patients underwent abdominal sacrocolpopexy recording the following data: previous surgery, symptoms and prolapse quantification, concomitant surgeries, gynecologist and obstetric records, clinical evolution and complications after surgery.

**RESULTS:** The 94.4% was multipara, previous to the surgery presented the following symptoms: all women had sensation of a vaginal mass or bulge, 38.8% dyspareunia, 33.3% constipation, 5.6% prolapsed vaginal wall erosion, 5.6% required digital reduction of the prolapse to defecate, stress urinary incontinence (11/18) in 61.11%, urge urinary incontinence in (6/18) 33.11% and (4/18) 22.22% mixed urinary incontinence. In 66.66% patients concomitant surgery was performed: 27.77% two procedures and 5.57% three procedures. The complications were; 1 patient with 500cc of bleeding during the surgery and 1 patient with eventration of surgical wound in the immediate period after surgery. The 27.8% presented urge urinary incontinence after surgery and no patients with stress urinary incontinence. Prolapse recurrence occurred in one patient.

**CONCLUSION:** The sacrocolpopexy must be considered as the gold standard for the correction of vaginal vault prolapse. The complications rate is 11.2% in our experience, the same as reported by the literature, and we one patient had recurrent vault prolapse caused by factors due to the patient.

## CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos se presenta cuando los órganos pélvicos, como el útero, la vejiga o el intestino, se proyectan hacia la vagina debido a la debilidad en los tejidos que normalmente los sostienen.<sup>1</sup> Este problema afecta al 50% de las mujeres mayores de 50 años, por consiguiente el riesgo en la vida de que una paciente sufra un prolapso o una cirugía anti- incontinencia es alto (5-10%).

El prolapso de órganos pélvicos, generalmente incluye una combinación de los defectos en el soporte de los segmentos de la vagina: anterior, medio y posterior; se ha considerado que el ápex o cúpula vaginal es la clave para el soporte de órganos pélvicos y que la cirugía para corrección del compartimento anterior y posterior están condenadas al fracaso si no existe un soporte adecuado de la cúpula vaginal.<sup>2</sup>

Las causas de prolapso de órganos pélvicos son diversas y suelen ser la combinación de múltiples factores tales como: parto, embarazo, desórdenes del tejido conectivo, neuropatía pélvica, anomalías congénitas y cirugías pélvicas entre otros.

Se cree que una de las causas de prolapso de cúpula vaginal posterior a histerectomía es una alteración a nivel de la inserción del complejo de ligamentos útero-sacos y cardinales al manguito vaginal.

Dado que el prolapso de cúpula vaginal conlleva alteración del sostén de la pelvis, con el tratamiento se debe intentar la restauración de dichos mecanismos de sostén, corrigiendo así la causa.

El tratamiento del prolapso depende no solo de la gravedad del mismo, sino también de los síntomas presentados por la mujer, de su salud general y de la preferencia y habilidades del cirujano. Las opciones disponibles para el tratamiento son conservadoras, mecánicas o quirúrgicas. Los objetivos de la cirugía en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos incluyen: aliviar los síntomas, la restauración de la anatomía vaginal normal y la restauración o el mantenimiento de las funciones vesical, intestinal y sexual normales.<sup>3,4</sup>

Se ha descrito tanto el abordaje abdominal como el vaginal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal; sin embargo hasta la fecha se ha demostrado la efectividad mediante sacrocolpopexia abdominal con malla permitiendo restablecer la posición anatómica de la vagina y conservando su funcionalidad. El uso de malla para la corrección anatómica apical con la sacrocolpopexia es considerado el estándar de oro, debido a que tiene la menor recurrencia a pesar de un mayor costo aunque tiene una mayor morbilidad en el transoperatorio y a corto plazo.<sup>5</sup>

La información con respecto al tipo de malla más adecuada para este procedimiento es la malla de polipropileno la que ha tenido menores riesgos, reportando erosión en frecuencias tan bajas como 0.5%.<sup>6</sup>

Aparentemente existe una respuesta distinta de acuerdo a la zona y compartimento a tratar, encontrando que tanto el éxito como complicaciones del uso de mallas a nivel abdominal y vaginal puede diferir.

Los resultados a valorar no deben ser solamente la cura objetiva, sino la cura subjetiva y los efectos en otras funciones como la sexual, digestiva o urinaria.



## HISTORIA

Desde los tiempos de Hipócrates se conoce la queja de las mujeres por protrusión de los tejidos vaginales lo que les causa gran molestia y limita su participación en muchas actividades cotidianas. En revisiones de la literatura se encuentran tratamientos no quirúrgicos para este trastorno como: la contractura vaginal causada por el uso de químicos y astringentes, el masaje de la vagina prolapsada, la suspensión intermitente de la paciente por los tobillos, la aplicación de hierro al rojo vivo, y diferentes rutinas de ejercicios gimnásticos.

Además se han utilizado pesarios de todas las variedades como tratamiento no quirúrgico, durante mucho tiempo se consideró la colpocleisis parcial o completa, junto con la reconstrucción del piso pélvico como el mejor y más seguro tratamiento del prolapso, sin embargo las fallas de éste procedimiento son frecuentes y actualmente es importante no sólo la corrección del prolapso sino también la preservación de la función vaginal.<sup>7,8</sup> Se ha utilizado la fijación de cúpula vaginal al periostio del sacro, al ligamento longitudinal anterior a nivel del promontorio y también se ha intentado la fijación directa al disco lumbosacro para tratar de crear neo-ligamentos. Muchos materiales se han usado para la fijación indirecta, tales como: fascia lata, material sintético de tipo arterial, nylon, teflón, prolene, mersilene en asa a través del mesosigmoides, dacrón y fascia de los rectos.<sup>9,10,11,12,13,</sup>

Hay una técnica descrita de ante-fijación que fija la cúpula directamente (Bumm-Brady) ó indirectamente (Fraenkel) a la pared abdominal o a los ligamentos pélvicos usando aponeurosis de los músculos rectos o fascia lata, dermis, ligamentos pectíneos o materiales sintéticos.<sup>7</sup>

Paul Zwifel en Alemania, fue probablemente el primer médico que intentó una solución quirúrgica de éste problema.<sup>14</sup> El describió en 1892 una técnica de fijación sacro tuberosa para la suspensión de la cúpula vaginal. En 1927 ver orden de cronología Miller describió un método trans-vaginal para corregir la eversión de la vagina utilizando los ligamentos uterosacros para suspender la cúpula vaginal en el sacro.

Amreich publicó en 1951 la fijación vaginal sacro tuberosa, técnicamente similar a la descrita por Zwifel y retomada por Sederl en 1958, quien utilizó la fijación sacrotuberal vaginal y la sacrotuberal coccígea o sacra.<sup>7</sup>

En 1963, Bayron Inmon describió la fijación bilateral de la cúpula vaginal a la fascia de los músculos íleo- coccígeos en 3 casos.<sup>15</sup>

La colposuspensión al ligamento de Cooper descrita con Langmade en 1965, realizaba desinserción bilateral del Cooper y unión a la cúpula a través de túneles bajo los ligamentos redondos.<sup>16</sup>

Richter en 1967, reintrodujo en Europa la fijación sacro tuberosa y un año después describió el uso del ligamento sacroespinoso como una mejoría de su técnica.<sup>7</sup> Randall y Nicholls introdujeron ésta técnica de fijación sacro espinoza en EEUU hace apenas 20 años.<sup>14</sup>

Richardson y Williams en 1969 describieron una operación similar en la que introducían tiras de aponeurosis del oblicuo externo a través de túneles paralelos a los ligamentos redondos y se utilizaban para suspender la cúpula vaginal.

En 1973 se usaba una pieza de fascia lata para suspender la cúpula a los rectos anteriores, ésta técnica fue denominada técnica de Beecham.

Ridley en 1976 describió una cirugía en la que se aseguraban bandas de fascia lata a la cúpula por vía vaginal, se pasaban retroperitonealmente al lado de los ligamentos redondos y se insertaban en la aponeurosis de los rectos abdominales anteriores.<sup>16</sup>

## **ESTANDARIZACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS FEMENINOS Y DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO**

Surge debido a la imposibilidad de establecer comparaciones reproducibles y confiables, para mejorar la efectividad de los tratamientos.

El sistema trata de erradicar los términos como cistocele, rectocele o enterocele, ya que con estos términos solo se especula que hay del otro lado del epitelio vaginal.

Estadificación POP-Q

Etapa 0: normal.

Etapa I: punto más prolapsado sobre - 1 cm.

Etapa II: punto más prolapsado entre -1 y + 1cm.

Etapa III: punto más prolapsado mayor a + 1 y menor a ltv -2.

Etapa IV: punto más prolapsado mayor a ltv -2.

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS**

El prolapso de órganos pélvicos puede aparecer cuando el sostén normal de estos órganos se encuentra sometido a aumentos prolongados de presión intraabdominal o cuando un sostén genital defectuoso responde a la presión intrabdominal normal.

Los órganos individuales que atraviesan el suelo pélvico pueden perder sostén de forma aislada o en combinación, lo que origina diversos grados y combinaciones de prolapso de órganos pélvicos. Esta pérdida de sostén surge como una consecuencia de la lesión de alguno de los sistemas de sostén pélvico.<sup>17</sup>

Bump y Norton (1998) describieron un método útil para entender la fisiopatología del prolapso. Propusieron dividir los factores de riesgo de prolapso en factores predisponentes, desencadenantes, promotores o descompensadores. Los factores predisponentes son: genética, raza y sexo; los desencadenantes son embarazo, parto, cirugías como histerectomía por prolapso, miopatía y neuropatía; los promotores son obesidad, tabaquismo,

enfermedad pulmonar, estreñimiento y actividades recreativas o laborales, y los descompensadores son envejecimiento, menopausia y fármacos. En función de la combinación de factores de riesgo en una mujer podrá aparecer o no prolapso a lo largo de su vida.<sup>17</sup>

En condiciones normales, el eje vaginal en una mujer erecta es prácticamente horizontal en la mitad superior de la vagina, con el útero y los 3 o 4 cm superiores de la vagina situados sobre la placa elevadora en el hueso sacro. Funt et al observaron que la vagina se dirige hacia las vértebras S3,S4 y se extiende unos 3 cm por debajo de las espinas ciáticas en la mayoría de mujeres nulíparas. Los aumentos de la presión intraabdominal comprimen la vagina de anterior a posterior sobre los músculos elevadores contraídos en la línea media (placa elevadora).La disminución del tono muscular puede originar una pérdida de estabilidad de la placa elevadora, un ensanchamiento del hiato elevador y desaparición de una base suficiente para dar sostén a la porción superior de la vagina y el útero en el eje normal.

## **ETIOLOGIA DEL PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS**

La etiología del prolapso de órganos pélvicos es compleja y multifactorial, con claridad se ha establecido que existe riesgo de prolapso para: parto vaginal, edad avanzada y obesidad. Riesgo potencial para otros factores obstétricos como el uso del fórceps, edad del primer parto, prolongación de la segunda fase del parto y fetos con peso mayor de 4500 gr. El riesgo relativo parto-prolapso es de 8.4 para bi-gestas y 10.9 para grandes multíparas.<sup>18</sup> Además es importante tomar en cuenta la historia familiar de prolapso, estreñimiento, alteraciones del tejido conectivo e hysterectomía previa. La hysterectomía aumenta el riesgo posterior de prolapso siendo la incidencia de 29 /100 mujeres/año, frente a 16/100 mujeres/año, en mujeres no sometidas a hysterectomía.<sup>19</sup>El intervalo medio entre la realización de la hysterectomía y la cirugía del prolapso era de 19.3 años. En otros estudios; sin embargo se observa que en mujeres con útero, la prevalencia de prolapso es algo mayor que a las que se les realiza hysterectomía debido a la profilaxis quirúrgica de la zona apical que conlleva la realización de la misma, por ejemplo la culdoplastía de Mac Call.

## **FACTORES DE RIESGO**

### **PARTO:**

El parto por vía vaginal se ha postulado como el factor contribuyente de mayor relevancia para el desarrollo subsecuente del prolapso de órganos pélvicos. Se considera que el vértex fetal a medida que pasa por el conducto vaginal estira los músculos elevadores del ano y el nervio pudendo lo que ocasiona lesión con neuropatía y debilidad muscular permanente.<sup>20</sup> En un estudio se demostró un incremento de 11 veces en el riesgo de prolapso de órganos pélvicos en mujeres que tuvieron más de 4 partos vaginales, en comparación con pacientes nulíparas; sin embargo la nuliparidad no proporciona protección contra el mismo. Los datos derivados de la Women's Health Initiative ( Hendrix et al., 2002) revelaron que casi una quinta parte de

de las mujeres nulíparas tienen algún grado de prolapso, estos datos contradicen a quienes fomentan el parto por cesárea en todas las mujeres con el fin de prevenir el prolapso.<sup>17</sup>

## **ANTECEDENTE DE MACROSOMÍA**

Se ha sugerido que los recién nacidos de mayor tamaño, causan una lesión mayor del piso pélvico en el momento del parto, se notificó un aumento del 10% de riesgo de desarrollar prolapso grave de órganos pélvicos por cada 500gr más de peso al nacer de un bebé por vía vaginal.<sup>21</sup>

## **EDAD**

Se ha demostrado un incremento de 12% de la incidencia de prolapso grave con cada año de vida, en términos generales se duplica la incidencia por cada decenio de la vida.<sup>22</sup>

## **HISTERECTOMIA**

La función de la histerectomía como factor etiológico es motivo de controversia. Se ha estimado una incidencia global de prolapso grave de órganos pélvicos después de la histerectomía en 2 a 3.6 por cada 1000 mujeres al año. Esta tasa es semejante a la del prolapso de órganos pélvicos e incontinencia corregido por medios quirúrgicos y observada en la población general (2.04 a 2.63 por cada 1000 mujeres al año)<sup>23,24</sup>. Se ha observado que la tasa de prolapso de órganos pélvicos puede ser de 15 por cada 1000 mujeres al año en pacientes cuya indicación para la histerectomía fue el prolapso uterino.<sup>22</sup> Se considera que la causa del prolapso después de histerectomía es producto de un trastorno de las inserciones de los complejos de ligamentos útero sacro y cardinal al manguito vaginal.

El prolapso después de la histerectomía parece no relacionarse con el acceso quirúrgico, pero sí con la indicación y la ocurrencia de prolapso de cúpula vaginal que se produce más a menudo después de la histerectomía por prolapso uterino.<sup>25</sup>

## **DEFECTOS CONGENITOS**

Las anomalías congénitas que podrían intervenir en los defectos del soporte pélvico son: las enfermedades vasculares de la colágena. Existe evidencia que señala que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos tienen menos colágena total en su fascia pubocervical y que la colágena que se encuentra es de un tipo más débil que el de los controles con soporte normal.<sup>19</sup>

## **ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Las enfermedades crónicas que tienen como consecuencia tensión y esfuerzo constante sobre el piso pélvico se han referido como trastornos que predisponen al desarrollo del prolapso.

Las afecciones señaladas con mayor frecuencia son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estreñimiento crónico y obesidad; sin embargo son pocos los datos publicados que sustenten este nexo.<sup>26</sup>

Otra enfermedad que se acompaña de cicatrización deficiente de las heridas, mencionada en consecuencia como factor en el desarrollo de prolapso es la diabetes mellitus. Se cree que las pacientes diabéticas no logran recuperarse por completo de la lesión ocasionada en el piso pélvico durante el parto y que ello representa un riesgo mayor de prolapso durante su vida.<sup>22,27</sup>

## **SINTOMATOLOGÍA**

Son muchos los síntomas que pueden estar asociados a una alteración del soporte del piso pélvico, entre ellos están los siguientes:

**VAGINALES:** Sensación de bulto, presión o peso, ulceración de la piel vaginal expuesta y sequedad de vagina.

**URINARIOS:** Incontinencia urinaria, frecuencia, urgencia, sensación de vaciamiento incompleto, necesidad de reducción del prolapso para lograr un vaciado completo.

**INTESTINALES:** Incontinencia a gases o heces, sensación de dificultad para el vaciado, vaciado incompleto, necesidad de maniobras digitales para lograr la evacuación.

**SEXUALES:** dispareunia.

De todos estos síntomas solo existe correlación entre la severidad de los síntomas y la clínica cuando existe sensación de bulto, peso y disfunción de vaciado.<sup>27</sup>

Hasta un tercio de las pacientes con prolapso y sexualmente activas presentan alteración de su vida sexual, aunque si se usa un test de función sexual, no se ha visto diferencia con las mujeres que no lo presentan.<sup>28</sup>

## **TECNICA QUIRURGICA:**

La sacrocolpopexia abdominal proporciona la corrección más fuerte y duradera para el prolapso de cúpula vaginal.

Otros cuadros clínicos que resultan en aumento de la presión intra-abdominal, por ejemplo asma, bronquitis crónica y constipación crónica) son considerados indicaciones relativas firmes para la sacrocolpopexia abdominal, una vagina prolapsada de manera recidivante que ha sido acortada y cicatrizada por intentos previos en cirugías reconstructivas también constituye una indicación, en estas pacientes la sacrocolpopexia abdominal asegura, la preservación de una profundidad vaginal máxima.

En pacientes con antecedentes de hernias múltiples u otras evidencias de debilidad del tejido conectivo, puede ser de utilidad este abordaje.

Manejo pre- operatorio: se recomienda llevar a la paciente al acto quirúrgico con preparación mecánica del recto, restricción de la dieta durante 12 hrs, profilaxis antibiótica, y colocación de medias de compresión en miembros inferiores.

La paciente es colocada en posición de litotomía, se realiza lavado quirúrgico que va desde el abdomen hasta el tercio superior de los muslos, incluyendo la cavidad vaginal, posteriormente se procede a colocar catéter de foley vesical número 18.<sup>29</sup>

Se recomienda el ingreso a la cavidad abdominal por línea media infraumbilical, ya que brinda una exposición óptima de la pelvis y la región anterior del sacro, además de brindar la posibilidad de extensión de la incisión en caso necesario. Luego se coloca un separador de Sullivan O Connor o uno de Balfour. Se procede a realizarla adherensiolisis requerida, y posteriormente se procede a realizar y exponer la cúpula prolapsada para facilitar su fijación.

Para la identificación de la cúpula puede ser útil un molde, un dilatador de Hegar o simplemente los dedos.<sup>29</sup>

Se recomiendan suturas de tensión y grosor adecuadas (calibre 0), no absorbibles).

Se procede a pasar las suturas previamente colocadas, a través de una capa sencilla de la malla (cortada en forma cónica), puede ser en forma de pantalón en caso de corrección de defectos anteriores o posteriores suturando la malla a la porción posterior de la vagina y el vértice anterior de la vagina sobre una zona lo más extensa posible. Se retrae el colon sigmoide hacia la izquierda y se incide el peritoneo posterior en la línea media un poco por arriba del promontorio y se extiende la incisión hasta S3-S4. Se realiza una disección cuidadosa del tejido peri sacro evitando lesionar la vasculatura de dicha región, que puede producir hemorragias de muy difícil control.

Una vez lograda la exposición, se procede a colocar de tres a cinco suturas permanentes, interrumpidas en el periostio de la cara anterior del sacro en los niveles S3-S4., cuidando de no lesionar los plexos vasculares y los agujeros sacros anteriores.<sup>16</sup>

A continuación se procede a realizar la obliteración del fondo del saco de Douglas, mediante culdoplastía de Halban o de Moschowitz. Se procede luego a fijar la malla en la cara anterior del sacro, evitando la tensión excesiva, se pasan a través de la malla los puntos previamente colocados a nivel del sacro, se anudan y se cortan. Se cierra la hoja posterior del peritoneo, cubriendo completamente la malla. Si previo al acto quirúrgico se ha diagnosticado incontinencia urinaria de esfuerzo se debe realizar una colposuspensión de Burch.

Se recomienda evaluar el prolapso de la pared vaginal posterior hasta después de finalizada la sacrocolpopexia, ya que se considera que al finalizar ésta se puede restablecer el sostén normal y eliminar dicho prolapso. En caso necesario se justifica la realización de una colporrafia posterior.

Cuando se ha prestado atención a la reparación de todos los defectos de sostén de la vagina en el momento de la sacrocolpopexia, las recidivas de prolapso de cúpula vaginal son infrecuentes. Algunos investigadores creen que los fracasos de esta intervención pueden reducirse al mínimo suturando la malla a la porción posterior de la vagina y el vértice anterior de la vagina sobre una zona lo más extensa posible.<sup>17</sup>

### **COMPLICACIONES:**

Las complicaciones son poco comunes y generalmente se encuentran dentro de lo esperado en un gran número de mujeres de esa edad y estado general de salud sometida a una cirugía compleja abdominal.<sup>27</sup> Las mismas se presentan hasta en un 17%, y el orden de frecuencia es 2.3% para recurrencia de prolapso, 1.6% para hemorragia, 2.2% para erosión, 1.5% para infección de vías urinarias y dispareunia, 4.8% para cirugía por complicaciones, 1.7% para daño visceral y 0% para fístula.<sup>6,30,31,32</sup>

Se han identificado factores de riesgo que aumentan la probabilidad de complicaciones como: atrofia urogenital, incisiones amplias o en forma de T, histerectomía concomitante, cicatriz de cirugía previa de POP, dolor pélvico o dispareunia preexistente, uso de esteroides, inmunosupresión, antecedente de radiación pélvica, tabaquismo, diabetes descontrolada, edad extrema (mayor de 60 años), uso de anticoagulantes.<sup>33</sup>

La reanudación de la función intestinal tiende a ser lenta, como resultado de la disección retroperitoneal, de la frecuente lisis extensa de las adherencias y de la manipulación y compresión del intestino. Para evitar el íleo, se debe restituir la ingesta oral cuidadosamente sobre la base de la evaluación de la peristalsis de la paciente.

## CAPÍTULO II. MATERIAL Y METODOS

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La técnica abdominal más ampliamente aceptada es la sacrocolpopexia.<sup>26</sup>

Las publicaciones de Arthure, Savage y Falk describían la fijación directa del útero prolapsado al sacro a través de una incisión abdominal.<sup>34</sup>

El concepto de utilizar un material interpuesto para la suspensión de la cúpula vaginal al sacro fue una innovación debido a que hizo posible la suspensión sin tensión. Esto es particularmente importante si la longitud de la vagina ha sido comprometida durante cirugías previas, en cuyo caso la cúpula vaginal no puede extenderse al sacro para su fijación directa.<sup>35</sup>

En una comunicación posterior Birnbaum utilizó malla de teflón y enfatizó la importancia y ventajas de ésta técnica para restablecer el eje vaginal normal y preservar la profundidad vaginal.<sup>36</sup>

Cowan y Morgan, Hendee y Berry, Addison y col (1985), Snyder y Krantz, Timmons y col. (1992) entre otros demostraron la eficacia de la sacrocolpopexia abdominal mediante el uso de un puente sintético para la corrección a largo plazo del prolapso de cúpula vaginal.<sup>26</sup>

Benson en 1996 y Maher en el 2004 asocian la sacrocolpopexia abdominal a una tasa inferior de prolapso de cúpula recurrente, presentando la recurrencia en un tiempo mayor a lo esperado, menor dispareunia y reducción del grado de prolapso en comparación con la colpopexia sacroespinal por vía vaginal.<sup>37</sup>

En 1997 Petros fue el primero en utilizar una cinta intra-vaginal posterior (dispositivo IVS) para la corrección del prolapso de cúpula, a través de una punción en la fosa isquiorrectal.<sup>38</sup>

En un estudio realizado sobre “corrección del descenso de cúpula vaginal tras la histerectomía” en el 2002, se encontró que la sacrocolpopexia fue la técnica más utilizada por su simpleza y efectividad, evitando el uso de métodos más agresivos.<sup>39</sup>

En una revisión de COCHRANE fueron evaluados los textos completos de 33 estudios potencialmente elegibles durante el año 2005, realizándose el siguiente análisis:

#### **Sacrocolpopexia abdominal vrs fijación a ligamento sacroespinoso:**

La sacrocolpopexia abdominal resultó mejor que la fijación a ligamento sacroespinoso, presentando:

- Una tasa inferior de recurrencia de prolapso de la cúpula.
- Menor dispareunia postoperatoria.
- Menor incontinencia urinaria de esfuerzo post-operatoria.<sup>37</sup>



## **Tipos de mallas: injerto vrs otro tipo de malla**

Culligan en el 2005 comparó la sacrocolpopexia abdominal empleando injerto de tejido orgánico de fascia lata absorbible (Tutoplast), contra material no absorbible permanente de malla de polipropileno monofilamento (Trelex), en dicho estudio se concluye que no hubo recurrencia del prolapso de cúpula vaginal en ninguno de los 2 grupos pero la tasa de fracaso objetivo para la recurrencia en otro sitio vaginal fue mayor en el grupo del injerto facial con respecto al grupo en el que se usó malla, no se presentaron datos de erosión vaginal en el total de pacientes del grupo del injerto facial y 2 pacientes del grupo de malla presentaron erosión.<sup>37</sup>

## **Incontinencia urinaria de esfuerzo potencial (detectada en la reducción del prolapso antes de la cirugía) tratada con cirugía para la continencia en el momento de la corrección del prolapso, versus incontinencia urinaria de esfuerzo potencial tratado sin cirugía para la continencia:**

En este estudio se evalúa el efecto de la colposuspensión de Burch de manera adicional a la sacrocolpopexia abdominal en incontinencia urinaria de esfuerzo potencial (Brubaker 2006), esto redujo significativamente la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo 3 meses después de la cirugía.

Así mismo, en otro estudio se evaluó que las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo potencial, a las que no se les realizó colposuspensión de Burch de manera concomitante con la sacrocolpopexia abdominal, presentaron posterior a la cirugía incontinencia urinaria.<sup>40</sup>

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente establecer con exactitud la prevalencia real del prolapso de órganos pélvicos es difícil, las cifras varían extraordinariamente, si hacemos referencia a aquellos que requieren reparación quirúrgica se reporta una prevalencia de 2.3% del total de enfermedades obstétricas y ginecológicas.

Dado que el prolapso de cúpula vaginal afecta la calidad de vida de las pacientes, tanto de manera funcional como psicológica es importante la detección y corrección del mismo a fin de mejorar su calidad de vida.

La sacrocolpopexia abdominal con malla, es en base a evidencia, la mejor alternativa para el abordaje de ésta entidad, y se considera como el estándar de oro, no solo por la utilización de un material no absorbible, sino también por

el hecho de que respeta el eje normal de la vagina y evita cualquier acortamiento de la longitud de la misma secundario a la intervención. En una revisión reciente de sacrocolpopexia abdominal (Nigaard et al., 2004) se comprobó que la tasa de éxito, definida como la ausencia de prolapso apical postoperatorio, osciló entre el 78 y el 100%. La mediana de tasa de reintervención en el prolapso de órganos pélvicos fue del 4.4%.

En la Coordinación de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología llevamos a cabo este procedimiento quirúrgico, y dado que no se conocen los resultados consideramos de gran importancia describir la experiencia quirúrgica de sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, conocer las cirugías que se realizan de manera concomitante, evaluar las complicaciones y evolución post-quirúrgica de nuestras pacientes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Describir la experiencia quirúrgica de sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, en pacientes que asisten a la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" en el período comprendido de Enero 2003- Enero 2009.

#### **Objetivos Específicos**

- 1) Describir procedimientos quirúrgicos concomitantes a la sacrocolpopexia abdominal, realizados a pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
- 2) Conocer las principales complicaciones en los procedimientos efectuados.
- 3) Describir evolución y resultados quirúrgicos de las pacientes en estudio.

#### **4. DISEÑO Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Tipo de Investigación: Descriptivo, Observacional.

Tipo de Diseño: Cohorte Simple Retrospectiva.

Características del Estudio: Retrospectivo.

#### **5. METODOLOGÍA**

##### **LUGAR Y DURACIÓN**

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en el período comprendido del Enero 2003- Enero 2009.

##### **UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACIÓN, MÉTODOS DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

- Lugar y Duración: Instituto Nacional de Perinatología.
- Universo: Todas las pacientes atendidas en la Clínica de Urología Ginecológica.
- Unidades de Observación: todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal a las que se les realizó sacrocolpopexia abdominal en el período Enero 2003 - Enero 2009 en el Instituto Nacional de Perinatología.
- Métodos de Muestreo: No probabilístico, de casos consecutivos.

##### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes a las que se les realizó sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal.

##### **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

- Expediente clínico incompleto.
- Pacientes operadas en otro Servicio o Institución.
- Pacientes operadas por vía laparoscópica.

##### **DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

###### **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

###### **EDAD**

- Definición Conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- Definición Operacional: se registrará la edad de cada paciente en años.
- Tipo: Cuantitativa, continua
- Escala: razón
- Indicador: edad en años.

###### **IMC**

- Definición Conceptual: razón de dividir el peso real de la paciente (en kilos) entre su talla (metros) al cuadrado.
- Definición Operacional: se considerarán obesas las pacientes con IMC de 30 o mayor.
- Tipo: Cualitativa, Ordinal.
- Escala: Cualitativa, Ordinal
- Indicador:
  1. Sobrepeso (25-29.9)
  2. Obesidad (>30)

## **OCUPACIÓN**

- Definición Conceptual: acción y efecto de ocuparse en una actividad.
- Definición Operacional: se considerará actividad realizada por la paciente dentro o fuera de su casa.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal.
- Indicador:
  1. Hogar.
  2. Doméstica.
  3. Otra.

## **GESTAS**

- Definición Conceptual: número de embarazos referidos por la paciente.
- Definición Operacional: se considerarán todos los embarazos referidos por la paciente.
- Tipo: Cuantitativa, Discreta.
- Escala: Cuantitativa, Razón.
- Indicador: Se expresará en números.

## **PARTOS**

- Definición Conceptual: número de embarazos resueltos por vía vaginal.
- Definición Operacional: se considerarán los partos referidos por la paciente que hayan sido resueltos por vía vaginal.
- Tipo: Cuantitativa, Discreta.
- Escala: Cuantitativa, razón.
- Indicador: Se expresará en números.

## **ANTECEDENTE DE MACROSOMÍA FETAL**

- Definición Conceptual: antecedente de recién nacidos por vía vaginal, con antecedente de recién nacidos con peso mayor a 4500 gr.
- Definición Operacional: se considerará el antecedente de parto por vía vaginal, con recién nacido con peso mayor a 4500 gr.
- Tipo: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica
- Indicador:
  1. Si
  2. No

### **ANTECEDENTE DE DESGARROS**

- Definición Conceptual: antecedente de desgarro perineal en partos previos.
- Definición Operacional: se considerará el antecedente de desgarro perineal en partos previos, referido por la paciente.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.
- Indicador:
  1. Si
  2. No

### **ANTECEDENTE DE USO DE FÓRCEPS**

- Definición Conceptual: antecedente de parto asistido con fórceps.
- Definición Operacional: se considerará el antecedente de parto asistido con fórceps en cualquiera de sus gestaciones.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica
- Indicador:
  1. Si
  2. No

### **ANTECEDENTE DE DISTOCIAS**

- Definición Conceptual: se refiere al antecedente de un parto laborioso, difícil, de etiología multifactorial.
- Definición Operacional: se considerará el antecedente de parto laborioso, difícil, de etiología multifactorial, en cualquiera de sus gestaciones y referido por la paciente.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica
- Indicador:
  3. Si
  4. No

### **PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL**

- Definición Conceptual: grado de prolapso de cúpula vaginal de acuerdo a la valoración del POP-Q.
- Definición Operacional: se considerará el descenso de cúpula vaginal de acuerdo a la valoración del POP- Q realizado durante la exploración uro- ginecológica.
- Tipo: Cualitativa, Ordinal.
- Escala: Cualitativa, Ordinal , Dicotómica

- Indicador:
    1. Si
    2. No
- Se especificará grado de prolapso II,III,IV.

## **ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS**

- Definición Conceptual: alteración crónica y degenerativa más o menos grave de la salud de la paciente, que requiere control médico o farmacológico.
- Definición Operacional: se considerarán las alteraciones crónicas y degenerativas de la salud de la paciente, que requieren control médico o farmacológico.
- Tipo: Cualitativa, nominal
- Escala: Cualitativa, nominal.
- Indicador:
  1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
  2. Diabetes mellitus.
  3. Otras.

## **CIRUGÍAS ANTI- INCONTINENCIA**

- Definición Conceptual: cirugía para la corrección de la incontinencia urinaria.
- Definición Operacional: se considerarán las cirugías realizadas de manera concomitante a la sacrocolpopexia, para la corrección de la incontinencia urinaria.
- Tipo: Cualitativa, Nominal
- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.
- Indicador:
  1. SI
  2. NO

Especificar tipo de cirugía.

## **ANTECEDENTE DE HISTERECTOMÍA**

- Definición Conceptual: antecedente de procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la extirpación total o parcial del útero, por vía abdominal o vaginal
- Definición Operacional: se considerará el antecedente de procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la extirpación total o parcial del útero, por vía abdominal o vaginal referido por la paciente y consignado en el expediente clínico.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.
- Indicador:
  1. Si
  2. No

Se especificará si fue abdominal, vaginal y la técnica utilizada para dicho procedimiento: intrafacial o extrafacial.

## **CUADRO CLÍNICO**

- Definición Conceptual: conjunto de signos y síntomas que son referidos por la paciente y asociados con prolapso de órganos pélvicos.
- Definición Operacional: se clasificará de acuerdo a los signos y síntomas referidos por la paciente y asociados con prolapso de órganos pélvicos.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa.
- Indicador:
  1. Sensación de cuerpo extraño
  2. Disfunción urinaria
  3. Disfunción fecal
  4. Erosión de pared vaginal
  5. Maniobras digitales para miccionar
  6. Maniobras digitales para defecar.
  7. Dispareunia

## **CIRUGÍAS CONCOMITANTES**

- Definición Conceptual: cualquier otro procedimiento quirúrgico realizados conjuntamente con la sacrocolpopexia para la resolución de los síntomas de la paciente.
- Definición Operacional: se registrará cualquier otro procedimiento quirúrgico realizado de manera conjunta para resolver sintomatología de la paciente.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.
- Indicador:
  1. SI
  2. NO.Especificar tipo de cirugía.
  1. Burch
  2. Perineoplastia

## **COMPLICACIONES**

- Definición Conceptual: alteraciones derivadas del procedimiento quirúrgico.
- Definición Operacional: se registrará cualquier alteración derivada del procedimiento quirúrgico, inmediata, mediata o tardía.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal.
- Indicador:
  1. Sangrado
  2. Eventración de herida quirúrgica.

## **TIEMPO QUIRÚRGICO**

- Definición Conceptual: período de tiempo transcurrido desde el inicio del procedimiento quirúrgico, hasta su finalización.
- Definición Operacional: se registrará como el tiempo transcurrido desde el inicio del procedimiento quirúrgico, hasta su finalización.
- Tipo: Cuantitativa continua.
- Escala: Cuantitativa de razón.
- Indicador: minutos.

### **TIPO DE MALLA**

- Definición Conceptual: características propias del material que constituye la malla utilizada en el procedimiento quirúrgico.
- Definición Operacional: se refiere a las características de los componentes de la malla utilizada en el procedimiento quirúrgico.
- Tipo: Cualitativa, Nominal,
- Escala: Cualitativa, Nominal,
- Indicador:
  1. Polipropileno.
  2. Otra.

### **EVOLUCIÓN POST- QUIRÚRGICA**

- Definición Conceptual: grado de mejoría de la paciente posterior al procedimiento quirúrgico, que genera una disminución o remisión total de los síntomas.
- Definición Operacional: se registrará el grado de mejoría o falta de síntomas posterior al procedimiento quirúrgico,
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal.
- Indicador:

Se registrarán los síntomas referidos por la paciente.

### **DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA**

- Definición Conceptual: período de tiempo que transcurre desde el ingreso de la paciente, hasta su egreso.
- Definición Operacional: se registrará el período de tiempo que transcurre desde el ingreso de la paciente, hasta su egreso.
- Tipo: Cuantitativa discreta.
- Escala: Cuantitativa de razón.
- Indicador: días.

### **INCONTINENCIA URINARIA**

- Definición Conceptual: pérdida involuntaria de orina, con el esfuerzo, tos, estornudos, y/o pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia expresada por la paciente antes y después del procedimiento quirúrgico.



- Definición Operacional: se registrará la pérdida de orina, con el esfuerzo, tos, estornudos, y/o pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia expresada por la paciente antes y después del procedimiento quirúrgico.
- Tipo: Cualitativa, Nominal.
- Escala: Cualitativa, Nominal.
- Indicador:
  1. Si
  2. No
 Se especificará IUE, IUU, IUM, antes y después del procedimiento quirúrgico.

## **6. DESCRIPCION DEL ESTUDIO**

Se revisaron los expedientes de las pacientes que cumplieron con los criterios de selección. El protocolo de estudio de las pacientes que acuden a la clínica de urología ginecológica del INPerIER incluye la realización de historia clínica uro-ginecológica completa, exploración física general, abdominal, neurológica, pélvica, anal y uro-ginecológica: la cual incluye cuantificación de POP-Q, así como la realización de estudios especiales. A aquellas pacientes candidatas a corrección de prolapso de cúpula vaginal, se les realiza sacrocolpexia abdominal con malla de polipropileno y sutura no absorbible (prolene) del 0.

Posterior al procedimiento quirúrgico, si la evolución es adecuada se egresan y se citan a los 7 días, al mes, tres meses y después cada 6 meses hasta completar 5 años. En sus citas de revisión se valora la presencia de sintomatología para prolapso de órganos pélvicos, sintomatología urinaria y/o anal.

Se obtuvieron del expediente los siguientes datos edad, obesidad, ocupación, gestas, partos, antecedente de macrosomía fetal, desgarros, uso de fórceps, distocias, síntomas de prolapso de órganos pélvicos, enfermedades crónico degenerativas, cirugías anti- incontinencia, histerectomía vaginal, histerectomía abdominal, cirugías concomitantes, complicaciones, tiempo quirúrgico, tipo de malla, evolución post- quirúrgica, días de estancia intra-hospitalaria, y datos de incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta antes y después del procedimiento quirúrgico. Posteriormente se revisaron los resultados y se realizó el análisis estadístico.

## **7. RECOLECCION DE DATOS**

Se utilizó el programa Excel versión 11 para la recolección de datos.

## **8. ANALISIS ESTADÍSTICO**

Se llevó a cabo estadística descriptiva, se obtuvieron medianas y rangos para las variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas.

## **9. CONSIDERACIONES ETICAS**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo, capítulo1, artículo 17, categoría 1, se considera ésta investigación sin Riesgo.

Se trata de un estudio descriptivo observacional, que no implica experimentación sobre la paciente. Se cumplen con las Normas Internacionales de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial de 1975, Buena Práctica Médica y con la Norma Oficial Mexicana para Estudio en Humanos.

### CAPITULO III. RESULTADOS

En el período Enero 2003- Enero 2009 acudieron a la Clínica de Urología Ginecológica en el Instituto Nacional de Perinatología 22 pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal, de éstas 18 cumplieron con los criterios de selección y se les realizó sacrocolpopexia por vía abdominal como tratamiento para el prolapso de cúpula vaginal.

Las características generales de las pacientes se observan en la tabla 1.

**Tabla 1. Características generales de las pacientes a quienes se les realizó sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal en el período comprendido Enero 2003- Enero 2009.**

CARACTERÍSTICAS	MEDIANA (rango)
Edad	55 (39-71)
Índice de masa corporal	27(25-35)
Gestas	4 (1-10)

En cuanto a la ocupación encontramos que el 66.7% de las pacientes se dedicaban al hogar y un 33.3% realizaban labor doméstica fuera de su hogar. El 94.4% de las pacientes eran multigestas. El 16.66% tenían como antecedente personal patológico Diabetes mellitus y 27.27% Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, todas con tratamiento farmacológico y controladas.

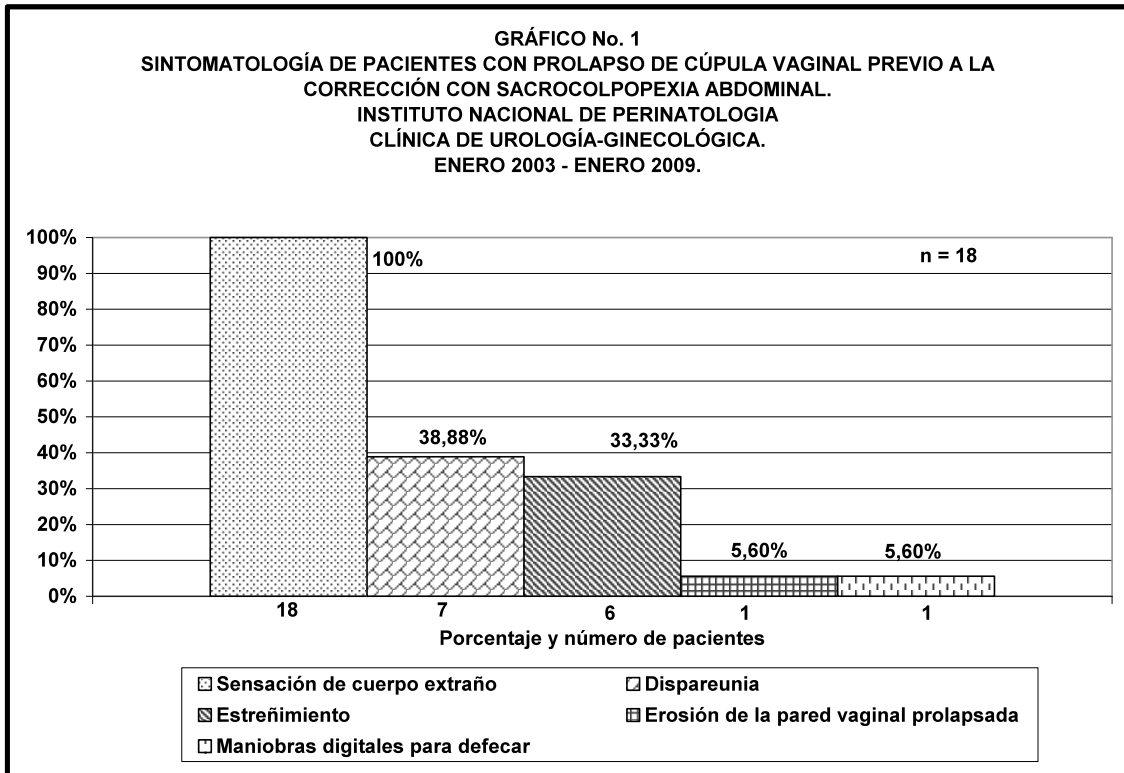
Los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes del estudio se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos de pacientes a quienes se les realizó sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal en el período comprendido Enero 2003-Enero 2009.**

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	N (%)
Macrosomía fetal	6 (33.3)
Desgarros perineales	5 (27.8)
Fórceps	4 (22.2)
Distocias	6(33.3)
Número de partos	
1-2	3(16.6)
3-5	13(72.22)

Del total de pacientes, 50%(n=9) tenían antecedente de histerectomía vaginal y 50%(n=9) de histerectomía abdominal. De las pacientes abordadas por vía abdominal, al 66.66% se les realizó técnica intrafacial y al 33.33% técnica extrafacial.

La sintomatología de pacientes con prolapso de cúpula vaginal previo a la corrección con sacrocolpopexia abdominal se presenta en el gráfico No. 1.



El estadio de prolapso de cúpula vaginal se observa en la tabla 4.

**Tabla 4. Estadío de prolapso de cúpula vaginal en pacientes a quienes se les realizó sacrocolpopexia abdominal, en el período comprendido Enero 2003- Enero 2009.**

Estadío de prolapso de cúpula vaginal	n(%)
II	12 (66.7)
III	2 (11.1)
IV	4 (22.2)

Del total de pacientes 11(61.11%) presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo por clínica y urodinamia, 6 pacientes (33.11%) incontinencia urinaria de urgencia y 4 pacientes (22.22%) incontinencia urinaria mixta previo a la cirugía.

Las características asociadas al tratamiento quirúrgico se describen en la tabla No. 5.

**Tabla 5. Características asociadas al tratamiento quirúrgico en pacientes a quienes se les realizó sacrocolpopexia abdominal, en el período comprendido Enero 2003- Enero 2009.**

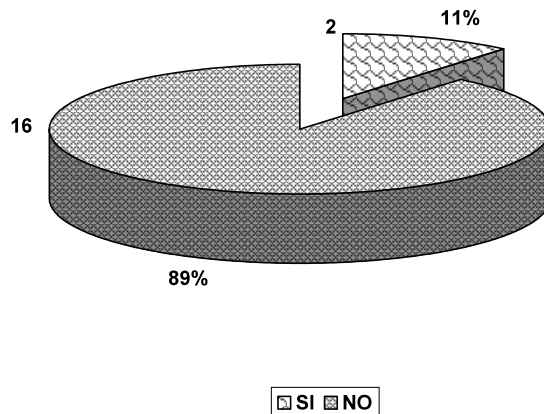
<b>CARACTERISTICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO QUIRURGICO</b>	<b>n (%)</b>
Tiempo quirúrgico	18 (100%)
	189 min
Estancia Intrahospitalaria	18(100)
	72 hrs
Incontinencia Urinaria de Urgencia	5 (27.77%)
Síntomas de prolapso	1 (5.55%)
Recurrencia	1 (5.55%)
Complicaciones	
Sangrado	1 (5.55%)
Eventración de herida quirúrgica	1 (5.55)

A 11/18 pacientes se les realizó de manera concomitante colposuspensión de Burch para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, y a 1/18 se le realizó perineoplastia. Al 100% de pacientes se les realizó culdoplastia( Moschowitz / Halban).

Las complicaciones presentadas posterior a la sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal se observan en el gráfico No. 3.

GRÁFICO No. 3  
 COMPLICACIONES PRESENTADAS POSTERIOR A SACROCOLPOPEXIA ABDOMINAL PARA  
 CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL.  
 INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.  
 CLÍNICA DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA.  
 ENERO 2003 - ENERO 2009.

n = 18



La distribución porcentual de acuerdo al tipo de complicación presentada fue de 5.55% (1/18) para sangrado y eventración de herida quirúrgica respectivamente.

En referencia al tiempo quirúrgico encontramos un promedio de 189 min. con un rango que va de 120 min. a 240 min.

El 100% de pacientes tuvo una estancia intra-hospitalaria de 72 hrs.

En relación a la morbilidad, posterior a la sacrocolpopexia por vía abdominal se observó que 5.6% (n=1) presenta POP II Aa Ba, asintomático, siendo manejada de manera conservadora y con buena respuesta y un 27.8% (n=5) presentan sintomatología de Incontinencia Urinaria de Urgencia, tratada farmacológicamente, con buena respuesta. No se observaron pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, ni mixta.

Una paciente presentó recurrencia del prolapso, requiriendo la colocación de Prolift total, la misma se relaciona a factores propios de la paciente, como edad avanzada, obesidad, trastorno de la colágena y antecedente de histerectomía por prolapso de órganos pélvicos, por lo que no se consideró la recurrencia en relación a una dificultad en la técnica utilizada.

## CAPITULO IV. DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio son describir la experiencia quirúrgica con sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, cirugías concomitantes, complicaciones derivadas de dicho procedimiento y evolución postquirúrgica de las pacientes.

Se revisaron en total 18 expedientes de pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal, abordadas quirúrgicamente con sacrocolpopexia por vía abdominal.

El grupo etáreo más frecuentemente afectado por prolapso de cúpula vaginal fue el de 55 años, lo cual corresponde con estudios previos donde se demuestra un incremento de 12% en la incidencia de prolapso grave con cada año de edad añadido, es decir, en términos generales una duplicación de la incidencia por cada decenio de vida.<sup>1</sup>

El 94.4% de las pacientes eran multigestas con una mediana de 4 partos por mujer, lo cual se compara con un estudio que demostró un incremento de 11 veces en el riesgo de prolapso, en mujeres con más de 4 partos vaginales.

El 50% de pacientes tenían como antecedente histerectomía vaginal y 50% histerectomía abdominal, de estas 66.66% fueron abordadas por vía intrafacial y 33.33% por vía extrafacial, no se observó relación entre prolapso y acceso quirúrgico, igual que lo reportado en la literatura en donde se ha estimado que la incidencia global del prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía es de 2 a 3.6 por cada 1000 mujeres al año, esta tasa es semejante a la de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria corregidos en la población en general (2.04 a 2.63 por cada 1000 mujeres al año), sin embargo el prolapso de cúpula vaginal después de histerectomía parece no relacionarse con el acceso quirúrgico, pero sí con la indicación de la misma, siendo más frecuente cuando la histerectomía fue realizada por prolapso de órganos pélvicos.<sup>23,24</sup>

A 11/18 pacientes se les realizó de manera concomitante colposuspensión de Burch para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, y a 1/18 se le realizó perineoplastia. Al 100% de pacientes se les realizó culdoplastia: Moschowitz / Halban.

Una paciente presentó sangrado en el transquirúrgico y 1 paciente eventración de herida quirúrgica en el post-quirúrgico mediato. Los reportes de la literatura señalan una frecuencia de hemorragias durante la sacrocolpopexia de 1.6% y

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES**

La sacrocolpopexia abdominal debe continuar siendo considerada el estándar de oro para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, por su baja recurrencia y a pesar de la dificultad técnica que representa. Es muy importante seleccionar cuidadosamente a las pacientes.

En nuestra experiencia la recurrencia se relacionó a factores propios de la paciente como edad avanzada, obesidad, trastornos de la colágena y antecedente de histerectomía por prolapso de órganos pélvicos, y no en relación a dificultad con la técnica utilizada.

Durante el seguimiento no se encontró ningún caso de incontinencia urinaria de esfuerzo, a pesar de que actualmente se recomienda realizar la sacrocolpopexia con operación de Burch profiláctica.



## CAPITULO IV. DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio son describir la experiencia quirúrgica con sacrocolpopexia abdominal para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, cirugías concomitantes, complicaciones derivadas de dicho procedimiento y evolución postquirúrgica de las pacientes.

Se revisaron en total 18 expedientes de pacientes con diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal, abordadas quirúrgicamente con sacrocolpopexia por vía abdominal.

El grupo etáreo más frecuentemente afectado por prolapso de cúpula vaginal fue el de 55 años, lo cual corresponde con estudios previos donde se demuestra un incremento de 12% en la incidencia de prolapso grave con cada año de edad añadido, es decir, en términos generales una duplicación de la incidencia por cada decenio de vida.<sup>1</sup>

El 94.4% de las pacientes eran multigestas con una mediana de 4 partos por mujer, lo cual se compara con un estudio que demostró un incremento de 11 veces en el riesgo de prolapso, en mujeres con más de 4 partos vaginales.

El 50% de pacientes tenían como antecedente histerectomía vaginal y 50% histerectomía abdominal, de estas 66.66% fueron abordadas por vía intrafacial y 33.33% por vía extrafacial, no se observó relación entre prolapso y acceso quirúrgico, igual que lo reportado en la literatura en donde se ha estimado que la incidencia global del prolapso de órganos pélvicos después de histerectomía es de 2 a 3.6 por cada 1000 mujeres al año, esta tasa es semejante a la de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria corregidos en la población en general (2.04 a 2.63 por cada 1000 mujeres al año), sin embargo el prolapso de cúpula vaginal después de histerectomía parece no relacionarse con el acceso quirúrgico, pero sí con la indicación de la misma, siendo más frecuente cuando la histerectomía fue realizada por prolapso de órganos pélvicos.<sup>23,24</sup>

A 11/18 pacientes se les realizó de manera concomitante colposuspensión de Burch para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, y a 1/18 se le realizó perineoplastia. Al 100% de pacientes se les realizó culdoplastia: Moschowitz / Halban.

Una paciente presentó sangrado en el transquirúrgico y 1 paciente eventración de herida quirúrgica en el post-quirúrgico mediato. Los reportes de la literatura señalan una frecuencia de hemorragias durante la sacrocolpopexia de 1.6% y daño visceral en 1.7%. Una laparotomía por complicación de sacrocolpopexia se realiza en 4.8%.<sup>6,30,31,32</sup>

El 100% de pacientes tuvo una estancia intra-hospitalaria de 72 hrs. 1 paciente reingresó por eventración de herida quirúrgica, en general se encontró que esta técnica permite una incorporación pronta de la función intestinal y una rápida recuperación post-quirúrgica.

Encontramos éxito quirúrgico en 5 pacientes (100%) en su control a 5 años, asintomáticas 7 pacientes (100%) en su control a 4 años, 4 (100%) en su control a 2 años, y 2 (100%) en su control a menos de 1 año de su cirugía, esto coincide con lo reportado en trabajos publicados con tasas de curación que oscilan entre el 78-100%.<sup>41,42</sup>

La frecuencia de recurrencia es del 2.3% a nivel mundial, en nuestra serie se encontró 1 caso de recurrencia relacionado a factores de la paciente, como edad avanzada, obesidad, trastorno de la colágena y antecedente de histerectomía por prolapso de órganos pélvicos, por lo que no se consideró la recurrencia en relación a una dificultad en la técnica utilizada.<sup>5</sup>

## CAPITULO VI. BIBLIOGRAFIA

1. Maher C, Baessler K, Glazener, Adams EJ, Hagen S. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No. CD004014.DOI:10.1002/14651858.CD004014. pub 3 The Cochrane Collaboration.
2. Brubaker L, Bump RC, Fynes M, et al. Surgery for pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Koury S, Wein A, editors. 3rd International Consultation on Incontinence. Paris: Health Publication Ltd,2005.
3. Richard C. Bump, Anders Mattiasson, Kari B0, Linda P. Brubaker, John O.L. DeLancey, Peter Klarskov, Bob L. ShuU and Anthony R.B. Smith, The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction, AmJ Obstet Gynecol (1996)175;1
4. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior, Grupo Español de Urodinámica y de SINUG, Actas Urol Esp 2005; 29 (1): 16-30.
5. Flynn BJ, Webster GD. Surgical management of the apical vaginal defect. Curr Opin Urol 2002;12:353-58.
6. Ridgeway B, Chi G, Paraiso M. The use of syntetic mesh in pelvic reconstructive surgery. Clinic Obstet Gynecol 2008;51(1):136-52.
7. Richter, Kart. Massive eversion of the vagina: Pathogenesis, diagnosis and therapy of the "true" prolapse of the vaginal stump. Clinical obstetrics and gynecology. Vol.25, No 4, Dic 1982.897-912.
8. Kettel, Michael L, and LLevertson Richard M. Anatomic evaluation of the sacrospinous ligament Colpopexy. Surgery, Gynecology and obstetrics. Vol.168. April 1989.318-322.
9. Hardiman PJ , Drutz HP Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropexy: success rates and complications. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:612- 616.
10. Lo TS, Wang AC, Abdominal colposacropexy and Sacrospinous ligament suspension for seven utero- vaginal prolapsed: A comprisson Journal of gynecologic Surgery 1998; ( 2 ): 59-64.
11. Angulo, A. Kligman retroperitoneal sacrocolpopexy for correction of prolapse of vaginal vault. Surgery gynecology and obstetric. Vol 169(4). Oct 1989:319-323.
12. Imparato, E. Aspesi, G. Rovetta. E. Surgical management and prevention vault prolapse. Surgical gynecology and obstetric. Vol.175(3). sep 1992.233-237.
13. Baker, K. Beresford J.M. Campbell, C. Colposacropexy with prolene mesh. Surgical gynecology and obstetrics. Vol 171(1). Jul 1990:51-54.
14. Morley, GW. De Lancey J. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. American Journal of Obstetrics and Gynecology .Vol.158(4)1988:872-81.
15. Inmon, Byron W. Pelvic relaxation and repair including prolapse of the vagina following hysterectomy. South, Medical Journal.1963 .56-597.
16. Addison, WA. Timmons, MC. Tratamiento para la eversion de cúpula vaginal a través de la vía abdominal. In Clínicas Obstétricas y ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill.1993; 4: 935-44.
17. Walters, MD. Karram MM. Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis. Editorial Elsevier Masson. Tercera Edición.2007;(21):267-8.

18. Lukarcz, ES. Lawrence, JM. et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecology* 2006; 107:1253-60.
19. Mant, J. Painter, JR. Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Fany, Planning association study, *J Obstet Gynecol* 1997;104:579-85.
20. Allen, RF. Hosker, ARB et al. Pelvis damage and Child birth a neurophysiological study. *J Obstet Gynecol* 1990;97:770.
21. Bueno, B. Izquierdo, F. et al. Corrección del descenso de cúpula vaginal, tras histerectomía. *Acta ginecológica* 2002; 49:211-14.
22. Maher, CF. Carey, MP. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapsed: A prospective randomized study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;190(1):20-6.
23. Drutz, HP. Chals. Massive genital and vaginal vault prolapse treated by abdominal- vaginal Sacropexy with use Marlex mesh: Review of the literature. *J Obstet Gynecol* 1987;1561:387-92.
24. Grody, MH. Surgical repair in massive posthysterectomy posterior vaginal eversion. *ACOG Film Library* 1993; AUL 96.
25. Caney, MP. Dwyer, PL. genital prolapse; vaginal versus abdominal route of repair. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2001;13(5):499-05.
26. Dony, Jm. Treatment of Vaginal vault prolapse. *Neter Journal Surgery*. 1989; 14(6):152-55.
27. MacLernan, H. Taylor, Aw. The prevalence of pelvic floor disorders and their relation ship to gender, age, party and mode of delivery. *British Journal Obstetrics and Gynecology*. 2004;107(2):1460-70.
28. Achdari, C. Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disordes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecology* 2005. Dec;19(6):993-1008.
29. Addison, WA. Timmons, MC. Abdominal, sacral colpopexy for the treatment of vaginal vault prolapse with enterocele. In: Thompson J. Rock JA. Te Linde. *Is operative gynecology* .Edit Lippincott Raven. Eight edition. Philadelphia. 1997;1030-36.
30. Chen H, Ho M, Hung Y, Huang L. Analysis of risk factors associated with vaginal erosion after synthetic sling procedures for stress urinary incontinence. *Int Urogyne J* 2008;19:117-21.
31. Achdari C, Hiscock R, O'Reilly BA, Schierlitz L, Dwyer PL. Risk factor for mesh erosion after transvaginal surgery using polypropylene ( Atrium) or composite polypropylene/ polyglactin 910 mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2005;16:389-94.
32. Margulies RU, Lewicky- Gaupp C, Fenner DE, et al. Complications requiring reoperation following vaginal mesh kit procedure for prolapse. *Am Obstet Gynecol* 2008;199:678-e1-678.e4.
33. Hamilton SB, Mc Crery. *Obstet Gynecol* 2008;111(4):969-75.
34. Alfred, E Bent, Ostergard, D. et al. *Uroginecología y disfunción del piso pélvico*. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Quinta edición 2004. México: 33-39.
35. Delaney JO. Morleg GW. Total colpocleisis for vaginal lesion. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1717.
36. Gainey HI. Post-partum observation of pelvic tissue damage for ther studies. *Am J Obstet Gynecol*; 1995;70:800.

37. Adams E. Thomson A. Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. The Cochrane Database of Systematic Review.2004, Issue 2.
38. Petros P. The female pelvic floor. Function, dysfunction and management according to the integral theory.2<sup>nd</sup> ed. Alemania Springer ,2007.
39. Brubaker L. Controversies and uncertainties: abdominal vs vaginal surgery for pelvic organ prolapse. Am Obstet Gynecol 2005;192:690-3.
40. Brubaker L. Kundiff G. A randomized trial of colpopexy and urinary reduction efforts (CARE): desing and methods. Controled Clinical Trials.2003;24(5):629-42.
41. Arisco Amy, et al. A critical review of mesh kits for prolapse repairs. Current Blader Disfunction Reports 2008;3:19-25.
42. Petros. Development of generic models for ambulatory vaginal surgery- a preliminary report. Int Urogynecol J, 2008;19:787-93.