



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

# La colposacropexia laparoscópica en el tratamiento del cistocele



Rodolfo Moreno Mira<sup>a,\*</sup>, Cristina Martínez Canto<sup>b</sup>, Marta Ramis Barceló<sup>b</sup>,  
Ricardo Lizarbe Irazo<sup>b</sup> y Ángel Martín Jiménez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Can Misses, Ibiza, Islas Baleares, España

<sup>b</sup> Unidad de Salud de la Mujer, Hospital Son Llätzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Recibido el 31 de agosto de 2013; aceptado el 12 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Prolapso;  
Cistocele;  
Colposacropexia;  
Laparoscopia

### KEYWORDS

Prolapse;  
Cystocele;  
Sacrocolpopexy;  
Laparoscopy

### Resumen

**Objetivo:** Estudiar los resultados de la colposacropexia sobre el cistocele.

**Material y métodos:** Setenta y siete pacientes con cistocele sometidas a colposacropexia. Con seguimiento mínimo de 6 meses, se practicó la exploración y la detección de síntomas de prolapso, urinarios rectales y sexuales. La curación objetiva se definió como un grado < II en la clasificación de Baden-Walker.

**Resultados:** La edad media  $\pm$  desviación estándar era de  $53,8 \pm 8,9$  años. El tiempo medio operatorio de  $193,6 \pm 44$  min. Las complicaciones intraoperatorias existieron en el 11,6% y las postoperatorias en el 19,4%. La estancia media fue de 2,7 días (1-8). Con un seguimiento medio de  $15,5 \pm 12,8$  meses, la curación subjetiva se alcanzó en el 89,6% y la mejoría en el 6,4%. Hubo en el seguimiento un 11,6% de pacientes con cistoceles con criterios de recidiva anatómica. Setenta y cinco pacientes se declararon satisfechas o moderadamente satisfechas (97,7%).

**Conclusión:** La colposacropexia es también efectiva para corregir el compartimento anterior.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of cystoceles

#### Abstract

**Objective:** To study the results of sacrocolpopexy in our hospital for the treatment of cystoceles.

**Material and methods:** A total of 77 patients were treated by laparoscopic sacrocolpopexy. With a minimum mean follow-up of 6 months, a clinical examination was performed to detect symptoms of prolapse or urinary, sexual and rectal symptoms. Objective cure was defined as < grade 2 prolapse in the Baden-Walker classification.

**Results:** The mean age was  $53.8 \pm 8.9$  years. The mean operating time was  $193.6 \pm 44$  minutes. Intra-operative and post-operative complications rates were 11.6% and 19.4%, respectively.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rmorenom@sego.es](mailto:rmorenom@sego.es) (R. Moreno Mira).

The mean length of hospital stay was 2.7 (1-8) days. With a mean follow-up of  $15.3 \pm 12.8$  months, the subjective cure rate was 89.6% and the improvement rate was 6.4%. The rate of anatomical recurrence of cystocele was 11.6%. Seventy-five patients reported they were satisfied or moderately satisfied (97.7%)

**Conclusion:** Laparoscopy sacrocolpopexy appears to be an effective method for the treatment of cystocele.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La colposacropexia (CPS) con malla es la técnica de referencia en el tratamiento del prolapso genital por su alta efectividad anatómica y funcional, con resultados a largo plazo superiores al 90% y una baja tasa de complicaciones mayores inferiores al 6%<sup>1</sup>.

Actualmente realizada en la gran mayoría de los casos por laparoscopia, es una cirugía especialmente indicada en paciente con alto riesgo de recidiva por sus resultados consistentes y duraderos. Siendo una técnica primariamente indicada para el manejo del prolapso apical, consigue también unos buenos resultados sobre el compartimento anterior<sup>2</sup>. Si bien los cistoceles voluminosos podrían, en ocasiones, necesitar tratamientos específicos, no parece necesario añadir técnicas como la reparación paravaginal o la colpoplastia por vía vaginal no exentas de morbilidad. Se consigue de esta manera la simplificación de una cirugía compleja y larga como la CPS laparoscópica.

El ápex vaginal es la piedra angular del aparato de soporte del suelo pélvico. Una adecuada cirugía del compartimento medio restaura, en la mayoría de las ocasiones, la topografía de las paredes anterior y posterior vaginal<sup>3,4</sup>.

El presente trabajo describe nuestros resultados a nivel del compartimento anterior en pacientes portadoras de cistocele de cualquier grado, intervenidas mediante CPS laparoscópica y con un seguimiento igual o superior a 6 meses.

## Material y métodos

Hemos analizado las historias clínicas de las 155 pacientes sometidas a CPS laparoscópica en nuestra unidad entre los años 2002 y 2012. De estas, hemos excluido a las pacientes sin cistocele y a aquellas con un seguimiento mínimo inferior a 6 meses.

Los datos preoperatorios, los referentes a la intervención y los postoperatorios inmediatos han sido recogidos para cada una de las pacientes. Las visitas de seguimiento han constado de una anamnesis estructurada en torno a resultados subjetivos de curación, satisfacción y posible sintomatología presente de carácter intestinal, sexual o urinario relacionada con la intervención. También se practicó un examen pélvico con descripción de la anatomía vaginal, especialmente focalizada en el compartimento anterior. Los hallazgos exploratorios han sido cuantificados mediante la clasificación de Baden y Walker.

Tras la evaluación preoperatoria y la cumplimentación del consentimiento informado, las pacientes eran programadas para intervención. Un total de 5 cirujanos principales

diferentes han participado en nuestra serie empleando una misma técnica. Esta incluye el uso de un manipulador uterino o vaginal en caso de prolapso de cúpula y normalmente<sup>4</sup> puertos de entrada abdominal. Incluimos una doble malla de polipropileno monofilamento macroporoso independiente. En el caso de la malla posterior, desde el promontorio hasta el músculo puborrectal a ambos lados del recto y hasta las cercanías del cuello vesical en el espacio vesicovaginal para la malla anterior. Las mallas son anudadas con suturas de poliéster en la vagina y con suturas metálicas helicoidales en el promontorio. Practicamos, en la mayoría de las ocasiones, una histerectomía subtotal, si bien en algunos casos conservamos el útero o realizamos una histerectomía total. Se finaliza normalmente con la peritonización sobre la malla y en ocasiones se asocia a una corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo si ello está indicado a partir de la evaluación preoperatoria.

La curación anatómica se ha definido como existencia de un grado inferior a II de la clasificación de Baden y Walker en cualquier compartimento

## Resultados

Se han realizado un total de 77 CPS laparoscópicas en pacientes portadoras de cistoceles y con un seguimiento mínimo de 6 meses. La edad media de las mismas fue de  $53,8 \pm 8,9$  años. El seguimiento medio de las pacientes ha sido de  $15,5 \pm 12,8$  meses.

## Datos preoperatorios

La paridad media fue de  $2,5 \pm 1,1$  y el promedio del índice de masa corporal ascendió a  $26,32$  (19-35). Un grupo de 19 pacientes (24,67%) había tenido una histerectomía previa. La proporción de pacientes que se habían sometido previamente a alguna cirugía por patología del suelo pélvico era del 25,7%. En 55 pacientes (71,4%) se practicó una urodinamia multicanal en la evaluación preoperatoria y en el resto una cistometría simple con test de esfuerzo para descartar incontinencia urinaria oculta. Todas las pacientes manifestaron síntomas de prolapso invalidante y la sintomatología asociada existió en 55 casos (70,1%) [tabla 1](#).

Todas las mujeres, cumpliendo los criterios de inclusión, tenían cistocele, 20 de I grado, 21 de II grado, 26 de III grado y 10 de IV grado ([tabla 2](#)). Estos cistoceles coexistían con 71 prolapso del compartimento medio (12 de I grado, 10 de II grado, 38 de III grado y 11 de IV grado) y 48 prolapso del compartimento posterior (30 de I grado, 11 de II grado, 3 de III grado y 4 de IV grado).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968700>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968700>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)