

# Prolapso y colpocele anterior. Doble promontofijación laparoscópica. Técnica

E. Mandron, P.-E. Bryckaert

*El prolapso genitourinario es una anomalía frecuente que requiere un tratamiento global de todas las estructuras anatómicas alteradas. La promontofijación con doble banda permite, mediante el refuerzo protésico tisular, restaurar esas estructuras de forma duradera y preservar la función sexual. El enfoque laparoscópico es una alternativa moderna y eficaz de la cirugía funcional.*

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Laparoscopia; Prolapso genital; Promontofijación

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Colocación</b>	2
■ <b>Operación</b>	2
Primera fase quirúrgica	3
Colocación de la prótesis posterior	3
Preparación de la fase anterior	4
Colocación de la prótesis anterior	6
Promontofijación	6
Peritonización	6

## ■ Introducción

El tratamiento del prolapso genitourinario mediante la suspensión uterovaginal por vía abdominal es una técnica que la escuela del hospital Broca perfeccionó en 1957 bajo el amparo de los profesores Ameline y Hugier [1].

La fijación al promontorio es una técnica codificada, autorizada desde hace más de 30 años, y ampliamente difundida por Scali [2] desde 1974.

La promontofijación con ayuda de material protésico permite corregir el prolapso de manera correcta y duradera, con excelentes resultados anatómicos y funcionales en 15 años [3-5].

No se trata aquí de oponer la vía de acceso abdominal [6, 7] a la vía vaginal, ya que cada una de esas técnicas tiene sus propias indicaciones según las características de la enfermedad, el tipo de paciente y sus antecedentes, su vida sexual y, por último, la costumbre del cirujano.

Sin embargo, desde hace algunos años se observa un gran auge en la colocación de material protésico [8], prueba de la necesidad de reforzar los tejidos alterados a causa de los antecedentes ginecoobstétricos y del estado hormonal.

Puesto que la cirugía del prolapso por vía abdominal es funcional, la laparoscopia se ha convertido en una vía de acceso natural y de preferencia [9-11].

Los equipos franceses fueron pioneros en describir y desarrollar la técnica, que hoy en día se encuentra perfectamente estandarizada [12-16].

La cirugía laparoscópica reproduce a la perfección la técnica princeps, aun cuando se trata de una operación de «invasión mínima».

El diagnóstico es clínico y se necesitan pocas pruebas complementarias.

Se llama colpocele anterior (cistocele) a un descenso patológico de la pared vaginal anterior y de la base vesical situada por encima [17]. Es el prolapso más frecuente (45% de los casos). Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por sensación de pesadez pélvica y molestia perineal con presencia de una masa vaginal. En algunos casos puede provocar una infección urinaria recidivante a partir de un residuo posmiccional y, en otros, se asocia incontinencia urinaria, a veces intermitente por un efecto «rebote».

El colpocele anterior se acompaña a menudo de otros elementos del prolapso como histeroptosis, rectocele o elitrocele, que conviene detectar y tratar al mismo tiempo (Fig. 1A).

La evaluación preoperatoria incluye una ecografía del aparato urinario y del aparato genital para descartar otra afección, así como para prever en caso de necesidad una eventual histerectomía (mejor subtotal) complementaria.

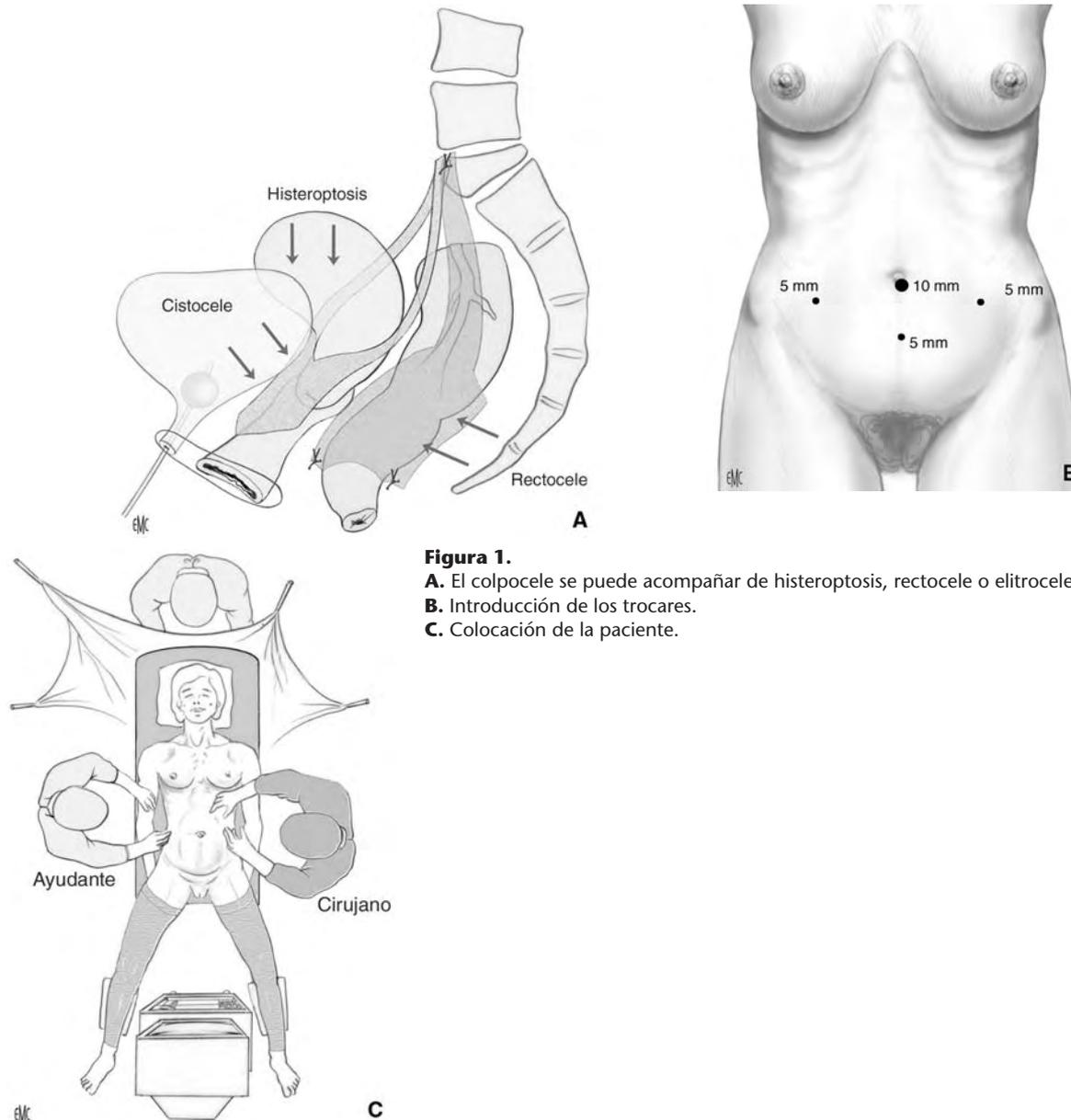
En todos los casos se solicita frotis vaginal y examen citobacteriológico para verificar la esterilidad de la orina.

También se pueden asociar otros estudios en función de los antecedentes y los síntomas: colpocistograma, resonancia magnética (RM) pélvica dinámica, cistoscopia, urodinamia, interconsulta gastroenterológica (manometría anorrectal, defecografía), etc.

No se requiere ninguna preparación intestinal, pero sí la prevención de accidentes tromboembólicos y profilaxis antibiótica.

A continuación se describe la técnica del tratamiento del prolapso genitourinario por promontofijación doble.

Según la opinión de los autores, la implantación de la prótesis posterior es indispensable porque representa un



**Figura 1.**  
**A.** El colpocele se puede acompañar de histeroptosis, rectocele o elitrocele.  
**B.** Introducción de los trocares.  
**C.** Colocación de la paciente.

elemento de estabilidad mecánica de la reparación quirúrgica, que se opondrá a las fuerzas de presión intraabdominales en sus tres sitios de fijación: músculos elevadores, ligamentos uterosacros y promontorio.

Aunque la necesidad de colocar una prótesis posterior es clara en caso de prolapso del compartimento posterior, también es necesaria para prevenir una recidiva posterior, complicación frecuente del tratamiento exclusivo de los colpoceles anteriores [5].

## ■ Colocación

La paciente se sitúa en decúbito dorsal y en posición ginecológica, con las piernas en ligera flexión (colocación para doble equipo) (Fig. 1C).

Las nalgas deben apoyarse bien sobre la mesa para facilitar la movilización de la valva vaginal; todo el abdomen y la zona vaginal se pintan con solución antiséptica.

Los brazos se colocan a lo largo del cuerpo, se introduce una sonda vesical en condiciones de esterilidad y se ubica el equipo de video entre las piernas de la paciente.

Bajo las zonas de presión (codos, rodillas) se colocan cojines de gel siliconado con el fin de proteger y para impedir el deslizamiento de la paciente pese a la posición de Trendelenburg.

Tanto el ayudante como el cirujano tienen una bolsa de instrumentos fijada a la pierna para actuar de manera más ergonómica.

A los pies del cirujano hay dos pedales: un comando monopolar y un comando bipolar.

La posición de Trendelenburg (30°) se adopta una vez que la paciente está dormida; durante el tiempo necesario para preparar el campo quirúrgico, el intestino delgado se reintegra a la cavidad abdominal y libera el fondo de saco de Douglas.

## ■ Operación

Incisión periumbilical inferior de 1 cm con bisturí (hoja n° 11) e introducción de una aguja de Palmer.

Verificación de los parámetros de seguridad y después insuflación progresiva.

La presión intraabdominal máxima es de 12 mmHg.

Introducción de un trocar umbilical de 10 mm de diámetro para la óptica 0° y después de tres trocares de 5 mm, dos por encima y por dentro de las espinas ilíacas anterosuperiores (a unos dos traveses de dedo de éstas) y uno equidistante del ombligo y la sínfisis del pubis (Fig. 1B).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268879>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268879>

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