

COLPOCLEISIS PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL GRAVE

COLPOCLEISIS FOR THE TREATMENT OF ADVANCED VAGINAL VAULT PROLAPSE

Roncatti De Carli Virgínia C.¹, Palma Rodrigues Paulo C.², Lopes Duarte Eliana³, Arratia Mamani Saul J.⁴

¹ Responsável pelo Serviço de Cirurgia Pélvica Reconstructiva do Hospital Heliópolis – São Paulo – Capital

² Professor Titular da Disciplina de Urologia Feminina – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

³ Mestre em Uroginecologia pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

⁴ Estagiário da Disciplina de Uroginecologia e Assoalho Pélvico – Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

SERVICIO Y CENTRO HOSPITALARIO: Servicio de Urologia Feminina – Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

AUTOR RESPONSABLE:

Prof. Palma Rodrigues Paulo

Disciplina Urologia, Depto de Cirurgia, FCM/UNICAMP

Tel./Fax: 055 (019)35217481

E mail:chaves_sueli@yahoo.com.br

Dr. Arratia Mamani Saul Juan

Estagiário da Disciplina de Uroginecologia e Assoalho Pélvico – Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Tel.: 71588772

E mail: sj.arratia@gmail.com

RECIBIDO: 06/12/16

ACEPTADO: 22/09/17

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es una condición cuya prevalencia aumenta con la edad. Es necesario que los cirujanos comprendan las indicaciones, riesgos, limitaciones y resultados de las varias técnicas quirúrgicas disponibles. En este artículo se aborda el tratamiento quirúrgico obliterativo del POP (colpocleisis y colpectomía) en base a la revisión de estudios.

TÉCNICA: En la literatura son descritas muchas variaciones de las técnicas obliterativas. Con el objetivo de reglamentar la técnica para futuros estudios, describimos la técnica de LeFort modificada, realizada por los autores.

Los métodos obliterativos tienen un tiempo operatorio, morbilidad perioperatoria reducida y una tasa baja de recurrencia del prolapso. El índice de calidad de vida y satisfacción de la paciente son altos.

CONCLUSIÓN: La literatura existente respecto a la colpocleisis es limitada por la calidad metodológica. Por tanto, no hay nivel de evidencia I o II, en lo que se refiere a la colpocleisis. Sin embargo, esta técnica debe hacer parte del arsenal terapéutico del cirujano en el abordaje de los prolapsos severos en mujeres mayores.

PALABRAS CLAVE: Colpocleisis, Prolapso.

ABSTRACT

INTRODUCTION. *The pelvic organ prolapse (POP) is a condition whose prevalence increases with age. Surgeons need to understand the indications, risks, constraints and results of various surgical techniques. This article is about obliterative surgical treatment of POP (colpocleisis and colpectomia) and it is based on the review of studies is discussed.*

TECHNICAL. *In the literature are many variations of the techniques obliterative. In order to regulate the art for future study, we describe the technique of LeFort modified by the authors.*

The obliterative methods have operatory time, reduced perioperative morbidity and a low rate of recurrence of prolapse. The index of quality of life and patient satisfaction are high.

CONCLUSION. *The literature regarding the colpocleisis is limited by methodological quality. Therefore no evidence level I or II, in what concerns the colpocleisis. However, this technique should be part of the armamentarium of the surgeon in addressing severe prolapse in elderly women.*

KEY WORDS: *Vaginal vault prolapse, colpocleisis.*

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es una condición cuya prevalencia aumenta con la edad. Aproximadamente 6,4% de las mujeres con 60 años o más serán sometidas a una cirugía para su corrección. De estas, un tercio corre el riesgo de una segunda cirugía para el tratamiento de recurrencia¹.

Una extensión del estudio WHI (Women's Health Initiative) evaluó la presencia de prolapso genital en mujeres entre 50 y 79 años. Se evidenció la presencia de prolapso genital en 41,1 % de las mujeres con útero y 38% de las mujeres histerectomizadas².

En Brasil según IBGE el 2006 la expectativa de vida de las mujeres era de 76,2 años, que llegará a 81,3 años el 2050³. Basados en la demanda actual, nuestros datos del Censo Oficial y crecimiento poblacional, Luber et al, proyectaron una demanda futura por cirugías para POP. Estiman que el crecimiento de la población mayor y el aumento de la expectativa de vida llevarán a un aumento de 45% en número de pacientes referidas para cirugía de POP el 2030⁴.

La recurrencia del POP ocurre frecuentemente en mujeres de edad avanzada. Hay que resaltar que en esta fase de la vida las comorbilidades aumenta mucho el riesgo quirúrgico.

Es necesario que los cirujanos comprendan las indicaciones, riesgos, limitaciones y resultados de las varias técnicas quirúrgicas disponibles para el tratamiento del prolapso grave, en estas condiciones⁵.

El tratamiento del POP puede ser dividido en dos categorías: conservador (pesarios o fisioterapia) y quirúrgico, éste puede ser reconstructivo u obliterativo⁶. En éste artículo serán abordadas las técnicas obliterativas: colpocleisis y colpectomia.

Historia

En 1823, Geradin⁷ describió un procedimiento obliterativo, en el cual disecaba la pared vaginal anterior y posterior del introito, suturándolas. En 1877, Leon LeFor⁸ describió un procedimiento semejante al utilizado actualmente. La verdad, este procedimiento fue realizado anteriormente en 1867 por Neugebauer⁹, mas él no lo publicó hasta 4 años después de la publicación de LeFort.

La técnica realizada por LeFort consistía en una colpocleisis parcial, que preservaba el útero, seguida de perineorrafia, 8 días después del primer procedimiento.

Colpocleisis basada en evidencia.

Por algunas décadas la colpectomía y la colpocleisis fueron consideradas obsoletas y asociadas con alta incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) "de novo".

Recientemente, esas técnicas han sido reevaluadas y están siendo realizadas nuevamente por los cirujanos de suelopélico¹⁰.

El prolapso vaginal total o uterino es una condición que afecta mucho la calidad de vida de mujeres mayores. Las pacientes pueden presentar sangrado, flujo fétido, retención urinaria y fecal, urgencia y/o incontinencia urinaria. Pueden

presentar también varios grados de dificultad en la deambulaci3n, hasta inmovilizaci3n en la cama¹⁰.

Debido a las comorbilidades, estas pacientes son frecuentemente pobres candidatas para procedimientos m3s complejos como colposacrofijaci3n, fijaci3n al sacroespinoso o colocaci3n de material heter3logo.

Las ventajas de los m3todos obliterativos son un tiempo operatorio y morbilidad perioperatoria reducida y una tasa extremadamente baja de recurrencia del prolapso⁵.

La desventaja obvia es la eliminaci3n de la actividad sexual. Lo mismo en aquellas sin vida sexual activa, pueden comprometer su autoimagen corporal y resultar con da1os psicol3gicos¹¹.

Barber e Paraiso en un estudio prospectivo multic3ntrico evalu3 la calidad de vida en pacientes mayores despu3s de cirug3as reconstructivas y obliterativas para POP, no encontraron diferencias significativas entre las t3cnicas, todas mejoraron los niveles de calidad de vida¹¹.

Se relaciona mucho la incontinencia urinaria de esfuerzo "de novo" con la colpocleisis.

Gutman et al en un estudio prospectivo multic3ntrico evaluando s3ntomas urinarios y digestivos en pacientes con prolapso severo describen que el 77% de las pacientes presentan s3ntomas urinarios preoperatorios (obstructivos 17-26 %, incontinencia 12-35% y dolor 3-34%), por tanto todos los s3ntomas fueron menos prevalentes un a1o despu3s de la cirug3a¹².

La mayor3a de las pacientes con prolapso severo presentan dificultad de vaciamiento vesical debido a la obstrucci3n mec3nica de la uretra. Con el tiempo el prolapso puede traer consecuencias a la inervaci3n vesical comprometiendo la contractilidad del m3sculo detrusor. La investigaci3n de incontinencia urinaria oculta a trav3s del estudio urodin3mico es poco concluyente en estas pacientes. Probablemente la relaci3n de IUE "de novo" en el postoperatorio, se debe a la manipulaci3n de la mucosa vaginal suburetral, traccionandola posteriormente. Por este motivo, la mucosa suburetral debe ser preservada¹⁰.

Los procedimientos anti-incontinencia tienen el riesgo de retenci3n urinaria en pacientes con hipocontractilidad del detrusor y no tienen beneficio en la prevenci3n de la IUE⁵.

Entretanto 20% de las pacientes con incontinencia urinaria oculta evitar3an IUE "de novo" si fuesen sometidas a tratamiento anti-incontinencia durante la colpocleisis, mas en el 60% ser3a un procedimiento innecesario¹³.

En relaci3n a realizar histerectom3a conjunta, la literatura no muestra diferencia en relaci3n a la cura del prolapso, pero existe aumento del tiempo quir3rgico, sangrado y consecuentemente morbilidad perioperatoria¹⁴.

La literatura existente respecto a la colpocleisis es limitada por la calidad metodol3gica. No hay nivel de evidencia I o II para crear una gu3a de orientaci3n en relaci3n a la t3cnica. Por lo que se evidencia que la morbilidad, tiempo quir3rgico y el 3ndice de recurrencia son bajos, el 3ndice de calidad de vida y satisfacci3n de la paciente son altos⁵.

Los Buenos resultados de la colpocleisis dependen de algunos factores:

1. Informar a la paciente sobre los beneficios y complicaciones de la t3cnica, es importante tambi3n la orientaci3n a los familiares, ya que la mayor3a de estas pacientes son muy mayores y generalmente dependientes. Informar sobre la imposibilidad de tener relaciones sexuales es obviamente obligatorio.
2. Evaluaci3n minuciosa del cuello uterino y del endometrio. Tratar en el preoperatorio las escaras existentes.
3. Evaluaci3n del estado cl3nico, prevenci3n de infecciones, trombo embolismo y otras comorbilidades. La comunicaci3n entre m3dico cl3nico, anestes3logo y cirujano es imprescindible en el manejo de estas mujeres.
4. Cuestionarios de calidad de vida, s3ntomas urinarios y digestivos, cuantificaci3n del prolapso con el POP-Q, es obligatoria

en caso de asistencia en instituciones académicas.

5. Reglamentación de la técnica, preservando la mucosa suburetral¹⁵.

TÉCNICA

Muchas variaciones de las técnicas obliterativas son descritas en la literatura.

Colpocleisis total o colpectomía se dice cuando toda la mucosa vaginal es retirada y colpocleisis parcial cuando una parte de la mucosa vaginal es dejada, proporcionando un canal de drenaje para las secreciones provenientes del canal cervical o de otro lugar de la porción superior de la vagina.

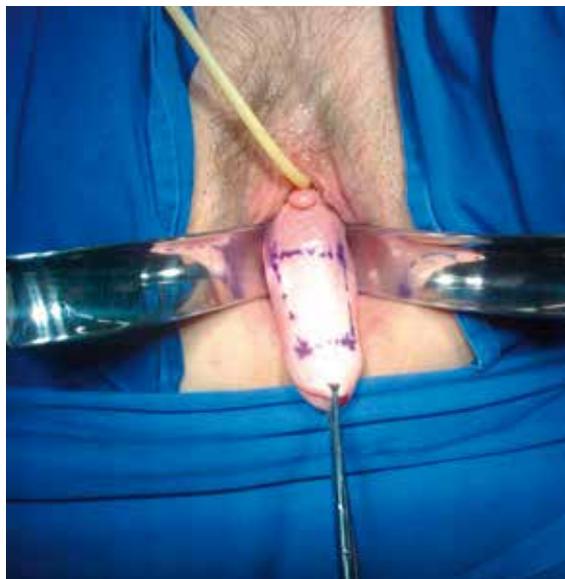
La técnica original de LeFort (colpocleisis parcial), consiste en retirar la mucosa vaginal anterior y posterior, que son unidas, dejando un canal lateral para el drenaje de la cavidad uterina. Usada hasta hoy, fue modificada por varios autores¹⁶, donde la mucosa vaginal suburetral es preservada para evitar la tracción de la uretra posterior, evitando la IUE "de novo".

La técnica de Labhardt oblitera totalmente el introito vaginal, dejando apenas libre el meato uretral.

Con el objetivo de reglamentar la técnica para futuros estudios describiremos la técnica de LeFort modificada, realizada por los autores.

FIGURA N° 1

DEMARCACIÓN DEL ÁREA DE MUCOSA ANTERIOR A SER RETIRADO



El rectángulo de la mucosa posterior tiene un lado paralelo al cuello uterino y el otro aproximadamente 3 cm después de la carúncula himeneal. Se unen estos dos lados, cuidando la mucosa donde será confeccionado los canales de drenaje.

FIGURA N° 2

DEMARCACIÓN DEL RECTÁNGULO POSTERIOR A SER RETIRADO



Las áreas de mucosa delimitadas son retiradas y se sutura los bordes proximales de los rectángulos, ocultando el cuello uterino.

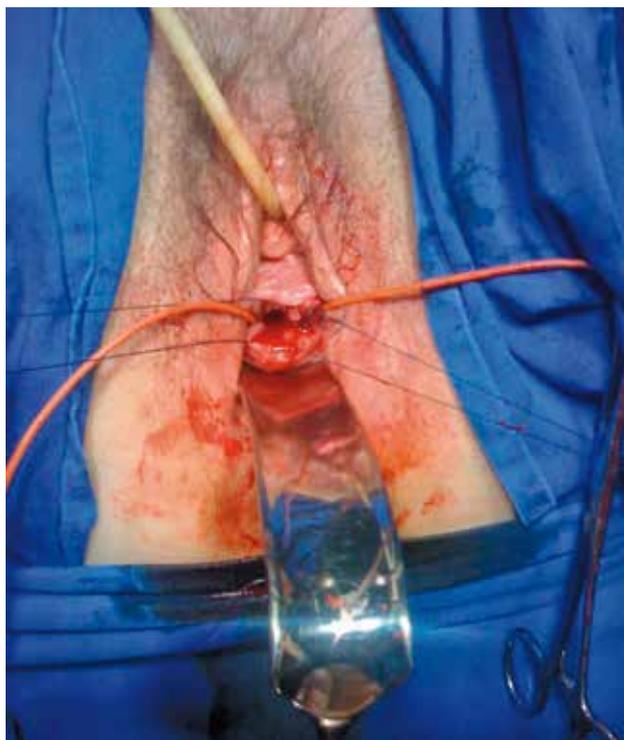
Para realizar mejor el canal de drenaje se usa como guía una sonda de Nelaton n° 10.

La sutura es hecha con Vicryl 3-0, puntos separados, uniendo los bordes laterales de los rectángulos.

Después de verificar la permeabilidad de los canales de drenaje, traccionando la sonda guía de un lado a otro, la fascia endopélvica anterior y posterior son identificadas y suturadas con puntos separados de hilo no reabsorbibles (Ethibond 2-0) (Fig.3)

FIGURA N° 3

SUTURA DE LA FASCIA ANTERIOR Y POSTERIOR



La mucosa anterior y posterior son suturadas con Vicryl 2-0, puntos continuos.

La sonda guía es retirada y se realiza la corrección del cuerpo perineal. Se nota en la figura 8 la longitud de la vagina residual, ya que fue conservada la mucosa anterior y posterior en aproximadamente 3 cm. (fig.4).

FIGURA N° 4

CORRECCIÓN DEL CUERPO PERINEAL Y LONGITUD DE LA VAGINA RESIDUAL



Se indica antibióticos profilácticos (Cefazolina 2 g intraoperatorio)

Prevención de trombosis venosa profunda con Clexane 40 mg subcutáneo 1/día/2 días.

Sondaje vesical por 12 horas

Analgésicos (Dipirona o Paracetamol), se hay dolor.

Alta a las 48 hrs, si no hubiera alteraciones clínicas.

CONCLUSIÓN

Tratándose de un procedimiento quirúrgico, donde la elección de la paciente es primordial, se torna poco práctico o hasta éticamente cuestionable un estudio randomizado prospectivo controlado. Los artículos de revisión son inviables para meta-análisis por la heterogeneidad de técnicas utilizadas y la falta de evaluación de síntomas urinarios, digestivos y calidad de vida pre y post operatorios.

Por tanto, no hay nivel de evidencia I o II, en lo que se refiere a la colpocleisis.

Sin embargo, esta técnica debe hacer parte del arsenal terapéutico del cirujano en el abordaje de los prolapsos severos en mujeres mayores.

REFERENCIAS

1. Olsen A, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
2. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1160-6.
3. IBGE. Expectativa de vida da população brasileira. 2006.
4. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1496-501; discussion 1501-3.
5. Fitzgerald MP, Richter HE, Siddique S, et al. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:261-71.
6. Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2005;106:615-34.
7. Gerardin R. Memoire presente a la societe medicale de Metz. *Arch Gen Med* 1825;8:1825.
8. Le Fort L. Nouveau procede pour la guerison du prolapsus uterin. *Bull Gene Ther* 1877;92:337-346.
9. Neugebauer JA. Einige worte uber die mediane vaginalnaht als mittel zur beseitigung des gebarmuttervorfalls. *Zentralbl. Gynaekol* 1881;5:3-8.
10. Glavind K, Kempf L. Colpectomy or Le Fort colpocleisis--a good option in selected elderly patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:48-51; discussion 51.
11. Barber MD, Amundsen CL, Paraiso MF, et al. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:799-806.
12. Gutman RE, Bradley CS, Warkland AD, et al. Effects of colpocleisis on bowel symptoms among women with severe pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*;21:461-6.
13. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*;4:CD004014.
14. Von Pechmann WS, Mutone M, Fyffe J, et al. Total colpocleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:121-6.
15. Menard JP, Mulfinger, C. Chirurgie du prolapsus genital de la femme âgée de plus de 70 ans: revue de la litterature. *Gynecologie Obstetrique Et Fertilité* 2008;36:67-73.
16. Ubachs JM, Van Sante TJ, Schellekens LA. Partial colpocleisis by a modification of LeFort's operation. *Obstet Gynecol* 1973;42:415-20.