

Trabajos Originales

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE DEFECTOS PARAVAGINALES: EFICACIA Y COMPLICACIONES A CORTO PLAZO

Carlos Troncoso R.¹, Carlos Rondini F.¹, Ximena Cardone P.¹, César Descouvieres V.¹, Fernando Troncoso R.¹

¹Unidad de Ginecología, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.

RESUMEN

Objetivo: Reportar nuestros primeros casos de reparación laparoscópica de defectos paravaginales y evaluar la eficacia y complicaciones a corto plazo. **Método:** Entre enero de 2005 y mayo de 2006, se realizó un estudio prospectivo observacional de 12 pacientes sometidas a reparación laparoscópica de defecto paravaginal por cistocele paravaginal sintomático, y corrección por técnica de Burch laparoscópico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina. Todos los parámetros epidemiológicos habituales fueron evaluados y la tasa de éxito fue evaluada según análisis de sobrevida y Kaplan Meier. **Resultados:** La media de edad de las pacientes fue $45,2 \pm 6,3$ años, media tiempo operatorio $71,3 \pm 13,2$ minutos y media de hospitalización de $1,2 \pm 0,4$ días. No hubo complicaciones intraoperatorias y en el postoperatorio hubo un caso de retención urinaria, un caso de infección urinaria baja y un caso de incontinencia urinaria postoperatoria. La tasa de éxito a corto plazo fue de un 80% (según curvas de sobrevivencia a 10 meses promedio) por dos pacientes con cistocele intravaginal asintomático. **Conclusiones:** La reparación laparoscópica de defectos paravaginales es factible de ser realizada en nuestro servicio en forma segura y con una adecuada tasa de éxito. Mayor casuística y seguimiento se requieren para confirmar estos resultados.

PALABRAS CLAVES: *Defecto paravaginal, reparación laparoscópica*

SUMMARY

Objective: To report our first cases of laparoscopic repair of paravaginal defect and to evaluate efficacy and short-term complication. **Methods:** We carried out a prospective observational study of 12 patients who underwent laparoscopic repair of paravaginal defect by lateral cystocele symptomatic and laparoscopic Burch procedure for genuine stress urinary incontinence, performed between January 2005 and May 2006. All the regular epidemiologic parameters were evaluated and success rate for cumulative survival analysis and Kaplan Meier. **Results:** The mean age of the patients was 45.1 ± 6.3 years, mean operative time 71.3 ± 13.2 minutes and the mean length of the hospital stay 1.2 ± 0.4 days. We didn't have perioperative complications and post surgery we had one case of urinary retention, one case urinary tract infection and one case urinary incontinence postoperative. The short term success was in 80% (cumulative survival) by two patients with asymptomatic intravaginal cystocele. **Conclusions:** According to our results the laparoscopic repair of paravaginal defect is feasible, safe and with good results in short-term. Long-term assessment is required to confirm the results of this procedure.

KEY WORDS: *Paravaginal defect, laparoscopic repair*

INTRODUCCIÓN

El prolapso vaginal anterior ha sido entendido tradicionalmente como la relajación o atenuación del tejido conectivo de la pelvis anterior. Es así como muchos de los procedimientos quirúrgicos orientados a corregirlos han consistido en la plicatura de la fascia pubocervical y resección del tejido excedente, obteniéndose tasas de recurrencia post colporragias anteriores cercanas a un 30% (1,2).

En 1909, White propuso un mecanismo diferente para la formación del cistocele, al proponer que la causa de estos era la desinserción de la fascia endopélvica desde su unión lateral al arco tendinoso, pudiéndose lograr su reparación al corregir estos defectos laterales (3). En 1976, Richardson vuelve a proponer esta teoría acerca de dichos defectos, demostrando además la existencia de defectos centrales, transversales y laterales (paravaginales), estos últimos presentes en más de un 70% de las pacientes con prolapso anteriores, lográndose la corrección de estos prolapso sobre un 95% de los casos cuando se realizaba la reparación paravaginal, reinsertando la fascia al arco tendinoso lateral (4). Posteriormente, diversos autores (5,6,7) han presentado sus experiencias tanto por vía abdominal como vaginal para el abordaje de los defectos paravaginales, con similares resultados, siendo la vía laparoscópica la con menor evidencia hasta el momento, pero teóricamente con ventajas sobre las otras vías al combinar la adecuada visión anatómica con una mínima invasión a la paciente (8). El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia de nuestros primeros casos de reparación laparoscópica de defectos paravaginales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo observacional de 12 pacientes, entre Febrero de 2005 y Mayo de 2006, sometidas a reparación laparoscópica de defecto paravaginal por cistocele paravaginal sintomático, y corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina por técnica de Burch laparoscópico. Todas las pacientes fueron sometidas a estudio urodinámico que certificó la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) y su grado de prolapso fue objetivado según POP-Q (9).

Técnica quirúrgica: Paciente en posición supina con las piernas en abducción de 60°. Se instala sonda Foley N° 18 en la vejiga. El neumoperitoneo con aguja de Verres hasta alcanzar 15 mmHg de

presión intraperitoneal con CO₂. Se instaló un trocar de 10 mm transumbilical, dos trocares accesorios de 5 mm suprapúbicos laterales y otro de 5 mm en la línea media, sobre el reborde vesical previamente visualizado. La ruta usada para acceder al espacio de Retzius fue transperitoneal en todos los casos, realizándose la apertura peritoneal en forma transversa entre las dos arterias umbilicales obliteradas sobre el reborde vesical. La disección del espacio fue facilitada por la acción del CO₂. La sínfisis del pubis y los ligamentos de Cooper fueron esquelétizados. Por medio de tacto vaginal y la ubicación digital de los fondos de saco laterales se facilitó la disección del ángulo uretrovesical, utilizándose un disector bipolar para la adecuada hemostasia. El tejido adiposo paravaginal fue removido identificándose en este momento la presencia de los defectos paravaginales, su extensión, el límite vesical lateral y el arco tendinoso (Figura 1). La reparación de los defectos paravaginales se realizó por medio de 3 a 4 puntos separados con nudos extracorpóreos, según lo requirió el tamaño del defecto, con sutura irredesorbible (Ethibond® 2-0), recuperándose la continuidad entre la fascia pélvica y el arco tendinoso. La colposuspensión según técnica de Burch se realizó con un punto de sutura desde el ligamento de Cooper hasta el fondo de saco lateral, expuesto por tacto vaginal, lateral al ángulo uretrovesical, evitando comprometer la mucosa vaginal. El nudo fue extracorpóreo, realizándose una tracción no excesiva, que permitiera ver el ascenso del ángulo uretrovesical (Figura 2). Similar procedimiento se realizó contra lateralmente. Se revisó la hemostasia final del espacio de Retzius y se cerró la apertura peritoneal con Vycril 1-0.

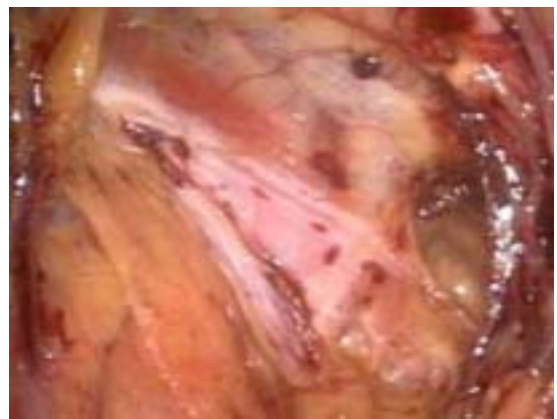


Figura 1. Espacio paravaginal derecho. Se observa defecto en fascia endopélvica correspondiente a desinserción desde arco tendinoso pélvico lateral.



Figura 2. Colposuspensión según técnica de Burch.

Análisis estadístico: Todos los resultados son expresados como medias \pm DS. La tasa de éxito se evaluó por medio de análisis de sobrevivencia y de Kaplan Meier. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Statistical Package for Social Science 12.0. (SPSS Inc., Chicago, IL. USA.).

El protocolo de tratamiento fue autorizado por el comité de estudios clínicos de la Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y Recién Nacido del Hospital Padre Hurtado y todas las pacientes dieron su consentimiento informado.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 12 correcciones laparoscópicas de defectos paravaginales bilaterales. La media de edad de las pacientes fue $45,1 \pm 6,3$ años, índice de masa corporal (IMC) $29,7 \pm 3,2$, paridad $3,1 \pm 0,9$, partos vaginales $2,4 \pm 1,3$, fórceps $0,3 \pm 0,4$ y partos cesáreas $0,3 \pm 0,4$. La media de tiempo operatorio fue $71,3 \pm 13,2$ minutos y de hospitalización $1,2 \pm 0,4$ días. No hubo complicaciones intra operatorias y se observó una tasa de complicaciones post operatorias a corto plazo de 25%, las cuales consistieron en un caso de retención urinaria, que se resolvió en forma espontánea a los siete días, un caso de infección urinaria baja, que recibió tratamiento antibiótico ambulatorio y un caso de incontinencia urinaria postoperatoria. La tasa actuarial de sobrevivencia fue de 80% a 10 meses promedio de seguimiento,

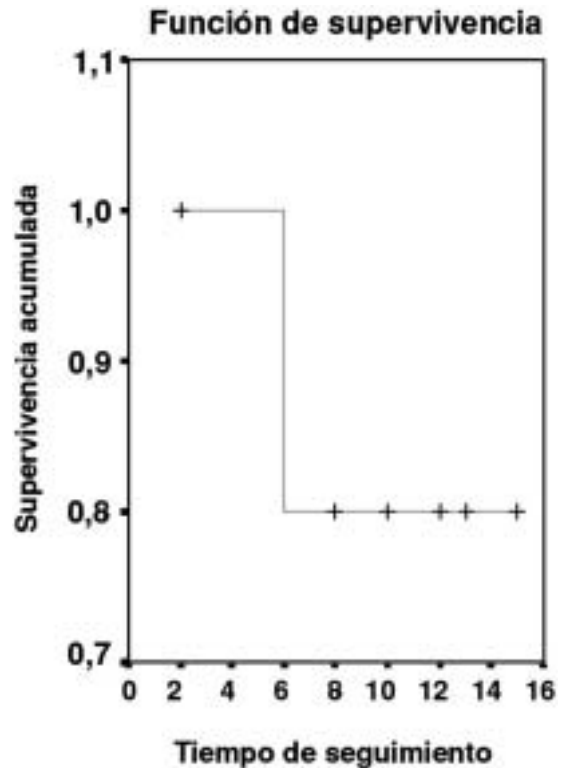


Figura 3. Curva de sobrevivencia. Corrección paravaginal laparoscópica.

determinada principalmente por dos casos de recurrencia de cistocele intravaginal, el cual fue asintomático en todas las pacientes (Figura 3).

DISCUSIÓN

Tal como lo describe DeLancey (10,11) en el segundo nivel del soporte pélvico, la fascia pubocervical anterior proporciona el soporte para la vejiga y la uretra. Esta fascia es suspendida en su zona apical por el complejo uterosacro-cardinal, se continúa lateralmente a la fascia sobre el músculo obturador por medio del arco tendinoso y se fusiona distalmente al hueso púbico y diafragma urogenital. Cualquier brecha o ruptura de esta fascia se traducirá clínicamente en un cistocele, el cual puede ser transversal constituyendo un defecto a nivel del anillo pericervical, a nivel de línea media constituyendo un cistocele medial o a nivel de la inserción lateral, constituyendo un defecto paravaginal (3,4,12). Una adecuada corrección del cistocele dependerá de una correcta identificación del tipo de defecto al momento de planificar la

cirugía, para lo cual el examen ginecológico continúa siendo la piedra angular (13), no lográndose hasta el momento un consenso sobre la real utilidad de exámenes complementarios (14). A su vez, muchas de estas pacientes tendrán como patología asociada una incontinencia urinaria, la que si es genuina de esfuerzo debiera ser corregida en el mismo acto quirúrgico (15).

La totalidad de nuestras pacientes presentaban un cistocele lateral sintomático, asociado en todos nuestros casos a una IOE genuina demostrada por estudio urodinámico, por lo cual en todas la cirugía planteada inicialmente incluía una colposuspensión tipo Burch y una corrección paravaginal bilateral.

La vía de acceso seleccionada para ingresar al espacio de Retzius fue la transperitoneal, la cual creemos que es la indicada ya que eventualmente permite realizar algunas cirugías concomitantes necesarias y evaluar adecuadamente los órganos genitales internos. Tal como ya es conocido, utilizamos ampliamente la baro disección que nos brinda el neumoperitoneo por CO₂, facilitando este tiempo operatorio y evitando una innecesaria manipulación de los tejidos; esta misma presión positiva hace a la vez más evidentes los defectos paravaginales dando una mayor seguridad al momento de realizar su corrección.

Los tiempos operatorios son similares a los presentados por otros grupos (16). Sin embargo, debemos considerar que estamos en la parte inicial de nuestra curva de aprendizaje por lo que hemos sido especialmente cuidadosos tanto en la disección como en la hemostasia, lo cual sin duda aumenta nuestros tiempos, pero a la vez ha permitido que hasta el momento no tengamos complicaciones intraoperatorias ni conversiones a laparotomía. A esto se suma, que en general la visión del espacio de Retzius, que permite la laparoscopia es mayor a la que proporciona la vía abdominal, lográndose identificar claramente las relaciones anatómicas, siendo necesario sólo en cuatro pacientes realizar cistoscopias intraoperatorias, para descartar compromiso vesical en las suturas, casos en que estas fueron particularmente dificultosas debido al excesivo tejido adiposo de la zona paravaginal, con esto hemos descartado lesiones vesicales las cuales corresponden a complicaciones frecuentes reportadas por otras series (17,18,19).

La eficacia de nuestra cirugía fue medida según análisis de sobrevida y de Kaplan Meier, y la clínica mediante comparación con el grado de prolapso anterior, el que fue objetivado previamente

según POP-Q por los mismos operadores. Nuestra tasa de éxito fue de 80%, debido a la persistencia de cistocele en dos casos, pero ambos eran de menor grado y asintomáticos, por lo que la consulta inicial de la paciente habría sido resuelta en el 100% de los casos, en lo que respecta a prolapso genital sintomático. Esta apreciación es compartida por otros autores quienes hacen diferencia entre el éxito anatómico versus el sintomático, siendo mayor este último y de mayor importancia finalmente para las pacientes (1,20). La eficacia de la colposuspensión de Burch ha sido similar a la presentada por otros grupos y será evaluada por nuestra unidad en otro reporte.

Nuestras complicaciones post operatorias son similares a las reportadas por otros grupos (20,21), siendo sólo complicaciones menores en tres casos, dos de ellas solucionadas precozmente y la tercera que correspondió a una IO post operatoria, que permanece aún en control la unidad. No se presentaron complicaciones postoperatorias tales como las descritas en reportes de reparaciones por vía vaginal y abdominal, en los cuales se describen: lesiones ureterales, hematomas retrovesicales, neuropatías, hematomas vaginales y hospitalizaciones prolongadas (22). Estos resultados confirman a la cirugía laparoscópica como una alternativa válida para correcciones de prolapso genital anterior, con una adecuada tasa de éxito, baja tasa de complicaciones y precoz recuperación postoperatoria.

CONCLUSIÓN

Según nuestros resultados la reparación laparoscópica de los defectos paravaginales es un procedimiento que nos permite reestablecer la continuidad anatómica de la fascia endopélvica en su compartimiento anterior, constituyendo un tratamiento reconstructivo factible de ser realizado en nuestro servicio en forma segura, con una adecuada tasa de éxito. Mayor casuística y seguimiento se requieren para confirmar estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MA, et al. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1299-306.
2. Boyles S, Edwards R. Repair of the anterior vaginal compartment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48(3):682-90.

3. White GR. Cistocele. *JAMA* 1909;21:1707-10.
 4. Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look a pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126: 568-73.
 5. Elkins TE, Chesson RR, Videla F, *et al.* Transvaginal paravaginal repair: A useful adjunctive procedure in pelvic relaxation surgery. *J Pelvic Surg* 2000;6:11-5.
 6. Scotti RJ, Garely AD, Greston WM, *et al.* Paravaginal repair of lateral vaginal wall defects by fixation to the ischial periostium and obturator membrane. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1436-45.
 7. Maher C, Baessler K. Surgical management of anterior vaginal wall prolapse: an evidence based literature review. *Int Urogynecol J* 2006;17:195-201.
 8. Wattiez A, Canis M, Mage G, *et al.* Promontofixation for the treatment of prolapse. *Urol Clin North Am* 2001;28:151-7.
 9. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
 10. DeLancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1717-24.
 11. DeLancey JOL. Structural support of urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1713-23.
 12. Miklos J, Moore R, Kohli N. Laparoscopic surgery for pelvic support defects. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:387-95.
 13. Barber MD, Cundiff GW, Weidner AC, *et al.* Accuracy of clinical assessment of paravaginal defects in women with anterior vaginal wall prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:87-90.
 14. Martan A, Masata J, Halaska M, *et al.* Ultrasound imaging of paravaginal defects in women with stress incontinente before and after paravaginal defect repair. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19: 496-500.
 15. Wattiez A, Aimi G, Finkeltin F. Cure chirurgicale des prolapsus vesico-uterins par voie coelioscopie exclusive. *Gunaïkeia* 1997;2:50-5.
 16. Powers K, Lazarou G, Marcus W, Mikhail M. The learning curve in laparoscopic reconstructive surgery. *Journal of Pelvic Medicine and Surgery* 2005;11(6): 329-32.
 17. Miklos J, Neeraj K, Moore R. Laparoscopic management of urinary incontinence, ureteric and bladder injuries. *Curr Opin Obstet Gynecology* 2001;13:411-7.
 18. Cutner A, Smith A. Laparoscopic colposuspension. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13:533-7.
 19. Speights SE, Moore RD, Miklos JR. Frequency of lower urinary trac injury at laparoscopic Burch and paravaginal repair. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:515-8.
 20. Nguyen J. Current concepts in the diagnosis and surgical repair of anterior vaginal prolapse due to paravaginal defects. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56 (4):239-46.
 21. Wattiez A, Cucinella F, Mencaglia L. Laparoscopic Burch for retropubic colposuspension. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;3:114-7.
 22. Shull BL, Benn SJ, Kuehl TJ. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment: an analysis of support defects, operative morbidity and anatomic outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171(6):1429-1436.
-