

Trabajos Originales

Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago-Chile.

Valentina De Petris V.¹, Domingo Laiz R.², Francisco Castro L.²

¹ Médico becada de especialidad Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

² Médico ginecólogo-obstetra. Unidad de Uroginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

RESUMEN

Introducción y Objetivos: El prolapso genital afecta hasta al 50% de las mujeres a nivel mundial, su calidad de vida, percepción corporal y vida sexual. A las pacientes de edad avanzada frecuentemente les ofrecemos técnicas quirúrgicas obliterativas para su manejo. El objetivo fue evaluar los resultados de las técnicas obliterativas basados en nuestra experiencia local. **Métodos:** análisis retrospectivo de pacientes tratadas con técnicas obliterativas en nuestro hospital entre los años 2008 y 2016. **Resultados:** se incluyeron 78 pacientes, la edad promedio fue de 74.5 años, 11.5% de las pacientes presentaba comorbilidad de mayor riesgo quirúrgico, 24% eran pacientes histerectomizadas por prolapso y 30.8% presentaba incontinencia de orina al momento de la cirugía. El tiempo quirúrgico promedio fue 52 minutos, 73.1% de las cirugías fueron con técnica de LeFort y 5.1% presentó complicaciones postquirúrgicas precoces. Se contactaron telefónicamente 59 pacientes, 90% refirió mejor calidad de vida, 92% satisfacción con la cirugía, 3.4% recidiva del prolapso y 44% incontinencia urinaria, en su mayoría moderada o severa. La recidiva reportada estuvo acorde a lo reportado en la literatura, pero la incontinencia de orina reportada fue muy alta respecto a lo reportado y de predominio de urgencias. **Conclusión:** las técnicas obliterativas son efectivas en el tratamiento quirúrgico del prolapso y el principal problema postquirúrgico a largo plazo asociado fue la incontinencia de orina de urgencias.

PALABRAS CLAVE: prolapso genital femenino, técnicas obliterativas, colpocleisis.

SUMMARY

Introduction and Objectives: Genital prolapse affects up to 50% of women worldwide, their quality of life, body perception and sex life. For older patients, we often offer obliterative surgical techniques to manage it. The objective was to evaluate the results of the obliterative techniques based on our local experience. **Methods:** retrospective analysis of patients treated with obliterative techniques in our hospital between 2008 y 2016. **Results:** 78 patients were included, with an average age of 74.5 years, 11.5% of the patients had comorbidities of high surgical risk, 24% were previously hysterectomized because of genital prolapse and 30.8% had urinary incontinence at the time of the surgery. Average surgical time was 52 minutes, 73.1% of the surgeries were performed with the LeFort technique and 5.1% presented early postoperative complications. 59 patients were contacted by telephone, 90% reported better quality of life, 92% were satisfied with the surgery, 3.4% had recurrence of the prolapse and 44% reported urinary incontinence, mostly moderate or severe. The reported

ABREVIATURAS / ABBREVIATIONS

IOE: Incontinencia de Orina de Esfuerzos / Stress Urinary Incontinence

IOU: Incontinencia de Orina de Urgencia / Urge Urinary Incontinence

IOM: Incontinencia de Orina Mixta / Mixed Urinary Incontinence

TOT: Cinta Suburetral Transobturatriz / Transobturator Midurethral Sling

relapse was in line with what was reported in the literature, but the reported urinary incontinence was very high compared to what was reported, and was predominantly urge incontinence. Conclusion: obliterative techniques are effective in the surgical treatment of genital prolapse and the main long term problem after surgery was urge incontinence.

KEYWORDS: female genital prolapse, obliterative techniques, colpocleisis.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital está presente en alrededor del 50% de las mujeres a nivel mundial, con distinto grado de severidad. Tiene una alta repercusión en la paciente, ya que afecta la calidad de vida de la mujer y altera su percepción corporal y vida sexual. En EEUU, se estima que se realizan aproximadamente 200.000 cirugías para prolapso genital cada año.^{1,2} El riesgo de prolapso es mayor a mayor edad. Se estima que 11-19% de las mujeres a la edad de 80-85 años se someterá a una cirugía por prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria, cirugías que en globo alcanzan hasta 30% de recidiva.^{1,2}

Existen múltiples factores etiopatogénicos que se han asociado a mayor incidencia de prolapso genital:

- Multiparidad: se asocia a un mayor número de partos, con especial aumento de riesgo en caso de parto instrumental, macrosomía fetal, episiotomías defectuosas y desgarros vagino-perineales.
- Atrofia genital postmenopáusica, por privación estrogénica.
- Aumento de presión intraabdominal: constipación, tos crónica, obesidad.
- Factores constitucionales de los medios de fijación del útero: probablemente, este es el factor etiopatogénico más importante, ya que hay casos severos de prolapso en mujeres sin otros factores de riesgo.

El tratamiento del prolapso sintomático es primariamente quirúrgico^{3,4,5}, pudiendo realizarse una cirugía reconstructiva para restablecer la anatomía o una cirugía obliterante que corrige el prolapso mediante la eliminación y/o el cierre total o parcial de la vagina.^{1,2}

Requisitos para la realización de cirugía obliterante:

- Prolapso genital grado III o IV sintomático.
- Pacientes sin deseo de vida sexual.
- Pacientes con alto riesgo quirúrgico*.
- Pacientes de edad avanzada*.
- Ecotomografía transvaginal y Papanicolaou normales. Biopsia endometrial en caso de sangrado uterino anormal o engrosamiento endometrial asintomático.

*Actualmente, la edad y el riesgo quirúrgico de la paciente son un requisito relativo, ya que para muchas pacientes representa una opción cómoda y segura, especialmente en pacientes con prolapso recidivados con fracasos a cirugías reconstructivas previas.

Las principales ventajas de estas técnicas son que constan de un tiempo quirúrgico breve, con bajo riesgo de morbilidad perioperatoria, un riesgo muy bajo de recurrencia del prolapso (2-5%) y bajas tasas de arrepentimiento (<10%); las principales desventajas de estas técnicas son que impide definitivamente la actividad sexual vaginal, impide la evaluación vía vaginal del cérvix y útero, y algunas técnicas se asocian a aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo "de novo" hasta en 30% de las postoperadas.^{4,5}

En nuestro centro se han realizado 4 tipos de cirugías obliterativas:

1.- Colpocleisis Parcial de Le Fort, deja túneles de epitelio a ambos lados de la vagina. Clásicamente conserva el cuello y cuerpo uterino, pero puede realizarse en histerectomizadas, que para esta revisión se designó como técnica de LeFort modificada. Tiene baja tasa de recidiva del prolapso reportada (2-5%), es la más utilizada, y su principal desventaja reportada es la aparición o empeoramiento de incontinencia urinaria (10-30%).^{4,5}

2.- Colpectomía + colpocleisis⁶: técnica que se aplica solo en casos de prolapso de cúpula vaginal, es decir, pacientes histerectomizadas por cualquier causa. Se disecciona toda la mucosa vaginal de la fascia endopelviana subyacente y se suturan jaretas en bolsa de tabaco en forma circunferencial para invertir el prolapso.

3.- Colpocleisis de Labhardt: Puede realizarse en pacientes con o sin útero y/o cérvix, produce una oclusión vaginal con fusión de las paredes laterales y el introito mediante una incisión romboidal y forma una imagen de hoja de Canadá sobre la mucosa vaginal. Su principal ventaja es la curva de aprendizaje de la técnica más breve en comparación a la técnica de LeFort.

4.- Panhisterocolpextomía: Consiste en un mismo tiempo quirúrgico en realizar una histerectomía vaginal y la extirpación completa de la mucosa vaginal, con obliteración vaginal. Su principal desventaja es mayor duración y complejidad quirúrgicas.⁵

El objetivo de este estudio es describir las características de las pacientes sometidas a cirugía obliterativa para el tratamiento del prolapso genital entre marzo de 2008 y abril 2016 en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Broussé y controladas en el pre y postoperatorio en el Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente, con el fin de comparar la realidad local con el perfil de pacientes descrito en la literatura y hacer seguimiento a nuestra población. Se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Son realmente pacientes de edad avanzada?
- ¿Son pacientes con comorbilidades severas?
- ¿Son las técnicas obliterativas mayoritariamente una intervención primaria en el tratamiento del prolapso genital o se realiza más frecuentemente como alternativa en casos de recidiva?
- ¿En cuántas se realizó concomitantemente un procedimiento corrector de incontinencia urinaria?
- ¿Es satisfactoria la corrección quirúrgica del prolapso con esta técnica?
- ¿Cuál es la tasa de incontinencia urinaria postoperatoria en nuestra población y qué tan severa es?

MÉTODOS

Se confeccionó una base de datos con 86 protocolos operatorios de cirugías obliterativas para el tratamiento del prolapso genital realizadas en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Broussé entre marzo 2008 y abril 2016 obtenidos mediante la base de datos FileMaker, mediante lo cual se pudo determinar la técnica quirúrgica utilizada, procedimientos quirúrgicos concomitantes y tiempo operatorio.

Posteriormente, se realizó una revisión de cada ficha clínica para obtener los siguientes datos:

- Diagnóstico preoperatorio
- Edad
- Índice de masa corporal
- Comorbilidades (Clasificación ASA)

- Historia obstétrica: paridad, recién nacido de mayor peso, antecedente de parto instrumental.
- Existencia de incontinencia urinaria preoperatoria consignada y su clasificación.
- Técnica quirúrgica obliterativa como intervención primaria o tratamiento de recidiva:
 - Colpocleisis parcial de LeFort
 - Colpocleisis parcial de LeFort modificada (pacientes histerectomizadas)
 - Colpextomía + colpocleisis
 - Colpocleisis de Labhardt
 - Panhisterocolpextomía
- Otra intervención quirúrgica:
 - Se consideró la plástia vaginal anterior, posterior, perineoplastia y miorrafia de los músculos elevadores del ano como intervenciones inherentes a las técnicas obliterativas, por tanto, no fueron catalogadas como intervenciones separadas.
 - La Panhisterocolpextomía considera como parte de la técnica quirúrgica la histerectomía vaginal, por lo que esta última no se consideró como una intervención separada.
 - Dentro de las intervenciones que se consideraron separadamente se encuentran la cinta suburetral libre de tensión transobturatriz (TOT), la plástia de Delorme (técnica de reparación quirúrgica de prolapso rectal) y la resección de un papiloma vulvar.

Se obtuvieron directamente desde la ficha clínica y/o mediante el sistema electrónico de registro hospitalario SIDRA los números telefónicos de las pacientes, quienes fueron contactadas individualmente y previo asentimiento telefónico respondieron 3 preguntas que responden a los siguientes indicadores:

1. Como indicador de satisfacción de la paciente post cirugía, se preguntó: ¿Está satisfecha con el resultado de la cirugía que se le realizó? (SI/NO).

2. Como indicador de calidad de vida, se evaluó la percepción subjetiva de mejoría del prolapso respecto al estado preoperatorio. Para ello no se aplicó un test específico, sino que se realizó a todas las pacientes contactadas la siguiente pregunta: Respecto del prolapso, ¿Se siente mejor, peor o igual que antes de operarse?

3. Como indicador de incontinencia urinaria, se preguntó: ¿Presenta usted escapes de orina?

a. Si la respuesta era NO, se daba por finalizado el cuestionario.

b. Si la respuesta era SI, se intentaba clasificar el tipo de incontinencia y su severidad:

i. Para el tipo de incontinencia se preguntó si los escapes se producían en relación a episodios de valsalva como tos, estornudos, agacharse, etc. (incontinencia de esfuerzos), o si sentía deseo súbito y urgente de orinar y no alcanzaba a llegar al baño (incontinencia de urgencia), o ambas, y en caso de ambas en qué situaciones predominaban las pérdidas de orina (incontinencia de orina mixta, con predominio de esfuerzos o urgencia).

ii. Para determinar la severidad de la incontinencia de orina, se aplicó el Test de Sandvick (ver Figura 1).

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes sometidas a cualquiera de las 4 técnicas quirúrgicas mencionadas, en el período descrito.

- Seguimiento mínimo de 6 meses posterior a la cirugía, corroborado en la ficha clínica de la paciente.

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Sospecha o diagnóstico confirmado de patología maligna vaginal, uterina o cervical.

- Protocolo operatorio vacío/incompleto que no especifique la técnica usada.

- Imposibilidad de acceso a la ficha clínica de la paciente para obtención de datos demográficos y ficha quirúrgica preoperatoria.

No constituyó criterio de exclusión cirugía realizada por médico en formación, ni la imposibilidad de contacto post quirúrgico actual.

El proceso anestésico no se describe en esta sección puesto que, al tratarse de un estudio retrospectivo, solo se incluyeron pacientes efectivamente operadas y, por tanto, con pase anestésico.

RESULTADOS

De un total de 86 protocolos obtenidos, se excluyeron 8 protocolos quirúrgicos: 4 por evaluación en pabellón que determinó a realización de una técnica quirúrgica no obliterativa, 2 protocolos duplicados, 1 protocolo no describe la técnica quirúrgica y 1 en que durante la cirugía se encontró una lesión maligna en el cérvix compatible con cáncer cervicouterino en la biopsia intraoperatoria. Por lo tanto, se consideró para el estudio n= 78 pacientes.

El promedio de edad de las pacientes de la muestra fue de 74.5 años, con edades entre 59 y 88 años. 93.6% de las pacientes eran multíparas, de las cuales 24.4% eran multíparas de 5 o más. El peso promedio

consignado de los recién nacidos de mayor peso fue de 3733 gramos, que considera a 65 pacientes.

I. Características epidemiológicas de las pacientes

Se presentan las características de las pacientes del estudio (tabla 1).

En cuanto a los factores etiopatogénicos asociadas al prolapso genital, en nuestras pacientes:

- 67.9% de las pacientes presentaba sobrepeso u obesidad, pero en el 14% de las pacientes no se describe el índice de masa corporal. Destaca una de las pacientes con IMC de 45.

- El 17.9% de las pacientes refirieron ser sometidas a un parto instrumental, sin embargo, un 12.8% no fue interrogada por este dato.

II. Características clínicas del prolapso

En la tabla 2 se presentan las características de las pacientes respecto al diagnóstico de prolapso y de incontinencia urinaria concomitante. En la mayoría de las fichas no hay descripción del POP-Q pre ni post operatorio, por lo que no se utilizó esta modalidad para la presentación de resultados. Se describe al menos 50% de las pacientes con un prolapso genital completo, concordante con la indicación de cirugía obliterante y con un defecto que compromete los niveles anterior, apical y posterior.

En cuanto al antecedente de incontinencia urinaria, 30.8% de las pacientes previo a la cirugía presentaba algún grado de incontinencia urinaria. De ellas, 2 pacientes ya habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo con TOT en una cirugía previa. Además, de las pacientes con incontinencia de orina de urgencias al momento de la cirugía, una de ellas refería haber sido previamente operada por incontinencia urinaria de esfuerzos.

Otro parámetro a consignar fue si las pacientes eran sometidas por primera vez sometidas a un tratamiento quirúrgico para el prolapso o si era un tratamiento de segunda línea, cuya distribución se muestra en el gráfico 1. En nuestra muestra, 25,6% de las pacientes ya había sido sometida a una histerectomía total por prolapso genital, es decir, todas las pacientes con diagnóstico de recidiva eran previamente histerectomizadas por prolapso en esta muestra.

48% de las pacientes tenía el útero in situ que corresponde a 37 pacientes, de las cuales 1 sola de ellas se describe había sido sometida a una plástia vaginal previa por prolapso. Adicionalmente, 15% de las pacientes eran histerectomizadas totales por causas que no están especificadas en la ficha clínica,

pudiendo o no ser debido a prolapso genital, aunque en el diagnóstico preoperatorio no se las indica como recidiva. En 10% de las pacientes no se describía la presencia de útero o cúpula específicamente en el protocolo operatorio, ni antecedente de histerectomía o cirugías por prolapso en la ficha clínica. 1 de las pacientes (1%) había sido sometida a una histerectomía obstétrica subtotal, por lo que tenía solo cuello uterino. Del total, al menos el 41% de las pacientes de nuestra muestra eran histerectomizadas, de cualquier causa.

III. Características del proceso anestésico y quirúrgico

Dentro del proceso anestésico y quirúrgico, las técnicas obliterativas se prefieren en pacientes con más comorbilidades porque requieren un menor tiempo quirúrgico respecto de las técnicas reconstructivas en el tratamiento del prolapso genital. En la tabla 3 se presentan los datos del tiempo quirúrgico, clasificación de riesgo preoperatoria de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, y la distribución de las técnicas realizadas en la experiencia en nuestro servicio.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 52 minutos, con un rango entre 25 y 110 minutos, siendo incluso el tiempo máximo alcanzado por cualquiera de estas intervenciones un tiempo quirúrgico relativamente breve.

En cuanto a las comorbilidades, la más frecuente en nuestra muestra fue la hipertensión arterial, presente en 62 pacientes (83% de la muestra).

La Sociedad Americana de Anestesiólogos ("American Society of Anesthesiology: ASA") clasifica a los pacientes según su riesgo preoperatorio según las comorbilidades que padecen y el potencial riesgo de que estas amenacen su vida o limiten su actividad. Este sistema no considera la edad de paciente para su estratificación de riesgo. Cabe destacar que en 2014 esta clasificación fue modificada, y las pacientes se clasificaron según sus comorbilidades según estos nuevos criterios⁹. Dado que estas cirugías en nuestro medio son electivas, resultaría inaceptable que un paciente ASA 4-6 fuera sometido a estas cirugías. De nuestras pacientes, 11.5% se clasificó como ASA 3, que correspondía a 9 pacientes: 1 paciente usuaria de marcapasos que además padecía EPOC, 1 nefrópata en diálisis, 1 EPOC, 2 pacientes con antecedente de cardiopatía coronaria, y las 4 pacientes restantes con antecedentes de accidente cerebrovascular.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas utilizadas en nuestro servicio, la más frecuente por amplia mayoría

fue la Colpocleisis parcial con técnica de LeFort (con o sin útero), utilizada globalmente en el 73% de las pacientes. De las 57 que se realizaron en total, 44 fueron colpocleisis clásicas (cuello y cuerpo uterino in situ) y 13 fueron con la técnica modificada, realizadas en pacientes histerectomizadas. Se realizó solo una técnica quirúrgica en cada paciente, a criterio de cada cirujano según su capacidad, no según la localización del defecto o severidad del prolapso.

Se consideró a las plastias vaginales, miorrafia de los elevadores y perineoplastias como inherentes a la reparación vaginal del prolapso, por tanto no se consideraron como cirugías aparte. Sin embargo, en 13 pacientes de la muestra se realizaron concomitantemente otras cirugías: 11 cintas suburetrales transobturatrices (TOT), 1 plastia de Delorme para la corrección del prolapso rectal y 1 resección de un papiloma vulvar.

De las pacientes sometidas concomitantemente a TOT, 7 de ellas presentaban el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzos y otras 4 de incontinencia urinaria mixta. Por tanto, 4 de las pacientes con diagnóstico preoperatorio de incontinencia urinaria de esfuerzo no fueron sometidas a corrección quirúrgica de esta, por razones que no están descritas.

IV. Evolución postoperatoria

Respecto al postoperatorio inmediato, 5,1% (4 de 78 pacientes), presentaron complicaciones postquirúrgicas precoces: 3 hematoma de la cúpula vaginal (uno de ellos infectado) y 1 dehiscencia que requirió resutura en pabellón.

Respecto al seguimiento a largo plazo, se logró contactar a 59 pacientes, dado que 2 pacientes habían fallecido y 17 no fueron posibles de contactar. De las 59 contactadas, solo 2 refieren recidiva del prolapso, lo que corresponde a 2.6% del total y 3.4% de las contactadas, lo que se encuentra dentro de las tasas esperadas para la técnica de LeFort.

De las 59 pacientes, en cuanto a la calidad de vida post cirugía, el 90% de las contactadas refirió sentirse mejor respecto a su estado preoperatorio (68% del total de la muestra), como podemos observar en el gráfico 2. Las pacientes que señalaron sentirse peor o igual, solo 2 fue en contexto de recidiva del prolapso (1 de ellas el caso descrito, asociado además a incontinencia fecal), y el resto de las pacientes atribuían este deterioro de calidad de vida a incontinencia urinaria.

En cuanto a la satisfacción con el resultado de la cirugía, 92% de las pacientes contactadas reportó

sentirse satisfecha con el resultado de la cirugía (69% del total de la muestra considerando a las pacientes fallecidas y no contactadas), y solo 8% reportó insatisfacción. Las pacientes no satisfechas atribuyeron su insatisfacción a incontinencia urinaria, que en su gran mayoría era mixta con predominio de urgencias o de urgencias pura. En el gráfico 3, podemos observar que, de las pacientes contactadas, 44% (26 pacientes) presentaba algún tipo de incontinencia urinaria: 19% mixta, 19% de urgencias y 7% de esfuerzos. De las 11 pacientes con incontinencia de orina mixta, solo 2 eran de predominio de esfuerzos y las 9 restantes era de predominio de urgencia.

Respecto a las tasas preoperatorias reportadas en las fichas clínicas, 69% de las pacientes no presentaba incontinencia de orina antes de operarse y el tipo de incontinencia urinaria más prevalente era el de esfuerzos, en segundo lugar la mixta y en último lugar la de urgencias, alcanzando apenas el 5.1% de las pacientes. Sin embargo, respecto de las pacientes contactadas, hubo un aumento de las tasas de incontinencia de orina especialmente de urgencias en pacientes que previamente no presentaban incontinencia urinaria, considerando además que 11% de las pacientes de la muestra fueron sometidas a un TOT concomitantemente a la colpocleisis.

En cuanto a la evolución de la incontinencia Urinaria entre el pre y post operatorio, los resultados fueron los siguientes:

- De las 11 pacientes que reportaban IOE en el preoperatorio, se contactó a seis de ellas (cinco sometidas a TOT concomitante). De ellas, una presentaba IOE, una IOU, una IOM y dos sin incontinencia. La paciente restante, no sometida a TOT con IOE preoperatoria, actualmente no presentaba incontinencia urinaria.

- De las 4 pacientes que reportaban IOU preoperatoria, se contactó a 3. De ellas, una persistía con IOU pura y las otras dos consignaron IOM.

- De las 9 pacientes que reportaban IOM preoperatoria, se contactó a 8 de ellas. Cuatro pacientes se habían sometido a TOT, de las cuales una reportó actualmente solo IOU, una IOM y dos sin incontinencia. Las 4 pacientes restantes, que no fueron sometidas a TOT, dos persistían con IOM y dos no presentaban actualmente incontinencia urinaria.

En cuanto al reporte de incontinencia urinaria postoperatoria, 26 de 59 pacientes contactadas presentaban algún tipo de incontinencia urinaria:

- 4 pacientes reportaron IOE: una persistente a pesar de TOT, tres casos de IOE de novo.

- 11 pacientes reportaron IOU: ocho casos de IOU de novo, una paciente con IOU preoperatoria persistente, una paciente con IOM preoperatoria que recibió un TOT y una paciente con IOE preoperatoria sometida a un TOT.

- 11 pacientes reportaron IOM: cinco casos de IOM de novo (2 predominio de esfuerzos, 3 predominio de urgencias), una IOM preoperatoria con TOT, una IOE preoperatoria con TOT, dos IOU preoperatorias y dos IOM preoperatorias sin TOT. Destaca en cuanto a la severidad de la incontinencia urinaria según el score de Sandvick, solo 11% de las pacientes según el score presentaba incontinencia leve, 54% moderada, 31% grave y 4% muy grave.

DISCUSIÓN

En primer lugar, es importante destacar que en esta población, dado su edad avanzada, elevada presencia de comorbilidades en ocasiones severas y derivación de vuelta al nivel primario de atención en salud posterior a la cirugía, se hace muy difícil el seguimiento a largo plazo.

En las entrevistas telefónicas, en la gran mayoría de los casos fue posible hablar directamente con las pacientes, sin embargo, existen dificultades en la obtención de anamnesis como por ejemplo hipoacusia, que hace necesaria una tercera persona en la comunicación. En caso de fichas incompletas en cuanto a anamnesis

remota, además, hay datos que simplemente desconocen o no recuerdan.

Cabe destacar además, que aunque es una cirugía de primera elección en muchas ocasiones, al menos el 24% de las pacientes eran sometidas a técnicas obliterativas por recidiva del prolapso genital.

Fue una constante en la percepción de la satisfacción quirúrgica el hecho de que las pacientes están satisfechas desde el punto de vista del prolapso. La pregunta sobre calidad de vida fue realizada a todas las participantes del mismo modo, independiente del tiempo transcurrido desde la cirugía, y si bien no existe una validación clínica en población nacional de esta metodología, la percepción subjetiva del resultado es el parámetro clínico más importante en este tipo de cirugías, más que una medición objetiva del prolapso.

Si bien existe una alta satisfacción respecto al prolapso, que responde a la necesidad cubierta con la cirugía, en estas pacientes la incontinencia urinaria afecta de forma importante su calidad de vida. Respecto a esto, en cuanto a la incontinencia de orina, aunque la técnica de LeFort, utilizada en la gran

mayoría de las pacientes, clásicamente se asocia a incontinencia urinaria de esfuerzos, en nuestra muestra fue más prevalente la incontinencia urinaria de urgencias y mixta con predominio de urgencias postoperatorias, lo que probablemente se explica en el contexto de comorbilidades como diabetes y la degeneración senil misma y no es manejado ya que las pacientes no reconsultan en el sistema de salud. Más aún, en el contexto de edad avanzada, atribuyen las pérdidas de orina a la "normalidad" para su edad, lo que perpetúa este alejamiento del sistema de salud para buscar ayuda.

Por último, en nuestra muestra, respecto a las complicaciones tardías, la recidiva del prolapso reportada fue concordante con lo descrito en la literatura, sin embargo, nuestro reporte de incontinencia de orina o empeoramiento fue de 44%, bastante más que el 10-30% descrito.

CONCLUSIÓN

Las técnicas obliterativas parecen efectivas en la corrección quirúrgica definitiva del prolapso genital, con baja tasa de recidiva del prolapso, y elevada satisfacción y mejoría de la calidad de vida posterior a la cirugía, cercanas al 90%. En nuestra experiencia, se realizó en pacientes de edad avanzada pero un bajo porcentaje presentaba comorbilidades severas, la técnica más utilizada fue la técnica de LeFort y en 14% de las pacientes se realizó en forma concomitante la corrección quirúrgica de incontinencia de orina de esfuerzos. Un importante porcentaje de las pacientes en nuestro estudio eran previamente hysterectomizadas. En promedio las cirugías presentaron un tiempo quirúrgico menor a 1 hora y al menos 25% de las pacientes de la muestra había sido sometida a 1 o más cirugías previas por prolapso genital.

Las tasas reportadas en nuestra muestra fueron concordantes con la literatura internacional con respecto a la recidiva del prolapso, sin embargo, se reportó una alta tasa de incontinencia de orina, principalmente de urgencias, en pacientes que son dadas de alta del nivel de atención secundaria y no reconsultan, en parte, por atribuir la pérdida de orina a algo propio de la edad, aunque afecta su calidad de vida y en la gran mayoría de los casos es moderada o severa. Parece clave en una paciente que se va a someter a una cirugía obliterativa analizar en detalle la coexistencia de incontinencia urinaria de cualquier

tipo e idealmente complementarla con un estudio urodinámico para evitar el sesgo que puede manifestarse en el examen físico secundario a la distorsión anatómica causada por el prolapso, para eventualmente corregir en un mismo tiempo quirúrgico la incontinencia de esfuerzos de ser necesario y educar a las pacientes ante la eventual aparición de incontinencia urinaria de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelvic Organ Prolapse in women: Choosing a primary surgical procedure, 2015. Jelovsek JE. Hallado en www.uptodate.com. Acceso el 15 de Diciembre de 2016.
2. Pelvic Organ prolapse in women: Obliterative procedures (colpocleisis), 2016. Kenton K. Hallado en www.uptodate.com. Acceso el 15 de Diciembre de 2016.
3. Oddó H. Enfermedades del piso pelviano y malposiciones del útero. En: Pérez-Sánchez A. GINECOLOGÍA, 4ª Ed. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2014; 328-331.
4. Fitzgerald M. et al. Colpocleisis: a review. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 17(3): 261 – 271.
5. Wheeler T, Gerten K, Garris J. Obliterative vaginal surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin N Am 2009; 36 (3): 637-658.
6. Goldman J, Ovadia J, Feldberg D. The Neugebauer-LeFort operation: a review of 118 partial colpocleisis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1981; 12(1): 31 - 35.
7. Pizarro-Berdichevsky J et al. Colpoperineocleisis de Labhardt: una alternativa segura y eficaz para el tratamiento del prolapso genital en pacientes sin actividad sexual. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(3): 201 – 210.
8. Von Pechmann WS, Mutone M, Fyffe J Hale DS. Total colpocleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2003; 189(1): 121 - 126.
9. ASA Physical Status Classification System, 2014. American Society of Anesthesiologists. Hallado en: <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. Acceso el 20 de marzo de 2017.

Tablas

Tabla 1. Características epidemiológicas de las pacientes sometidas a técnicas quirúrgicas obliterativas para el tratamiento del prolapso genital en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente entre marzo 2008 – abril 2016.

Características	Número
N° pacientes sometidas a técnicas obliterativas	78
Edad promedio (años) (n=77)	74,5 ± 6,5 ; Me: 74 ; [59 – 88]
Paridad: Promedio 3,37 hijos (0-9)	
Nulíparas	3 (3,8%)
Multíparas 1-2	25 (32,1%)
Multíparas 3-4	29 (37,2%)
Gran multípara (≥5 partos)	19 (24,4%)
No registrado	2 (2,6%)
Recién nacido de mayor peso (gramos) (n=65)	3733 ± 566 ; Me: 3800 ; [2250 – 5000]
Índice de Masa Corporal (IMC) promedio (kg/m ²)	28,6 ± 4,5 ; Me: 27,6 ; [20,5 – 45,2]
Normal (20-24.9)	14 (17,9%)
Sobrepeso (25-29.9)	32 (41,0%)
Obesidad (≥30)	21 (26,9%)
No descrito	11 (14,1%)
Antecedente de parto instrumental	
Si	14 (17,9%)
No	51 (65,4%)
No registrado	10 (12,8%)
No aplica (nulíparas)	3 (3,8%)

Tabla 2. Características clínicas del prolapso de las pacientes sometidas a técnicas quirúrgicas obliterativas para el tratamiento del prolapso genital en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente entre marzo 2008 – abril 2016.

Características	Número
N° pacientes sometidas a técnicas obliterativas	78
Diagnóstico de severidad del prolapso	
Estadio III	3 (3,8%)
Estadio IV o completo	39 (50%)
No descrito	36 (46,2%)
Cirugía previa por prolapso	
Recidiva	20 (25,6%)
Cirugía primaria	58 (74,4%)
Localización del defecto	
Apical + anterior + posterior	39 (50%)
Solo apical	26 (33,3%)
Apical + anterior	8 (10,3%)
Apical + posterior	1 (1,3%)
No descrito	4 (5,1%)
Incontinencia de orina preoperatoria	
Incontinencia de Orina de Esfuerzos	11 (14,1%)
Incontinencia de Orina de Urgencias	4 (5,1%)
Incontinencia de Orina Mixta	9 (11,5%)
Sin incontinencia urinaria	54 (69,2%)

Tabla 3. Características del proceso anestésico y quirúrgico de las pacientes sometidas a cirugía obliterativa para el tratamiento del prolapso genital en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente entre marzo 2008 – abril 2016

Características	Número
N° pacientes sometidas a técnicas obliterativas	78
Tiempo quirúrgico (minutos) (n=75)	52 ± 17,2 ; Me: 50 ; [25 – 110]
ASA	
1	4 (5,1%)
2	62 (79,5%)
3	9 (11,5%)
No registrado	3 (3,8%)
Técnica quirúrgica	
Colpocleisis parcial de LeFort	44 (56,4%)
Colpocleisis de LeFort modificada	13 (16,7%)
Colpectomía + Colpocleisis	16 (20,5%)
Colpocleisis de Labhardt	2 (2,6%)
Panhisterocolpectomía	3 (3,8%)

FIGURAS

Figura 1. Test de severidad de Sandvick para la incontinencia de orina en la mujer.

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?
1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y / o noches
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?
1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

La gravedad se calcula multiplicando el resultado de las 2 preguntas, y después se categoriza según puntaje:
 Puntaje: 1-2 = leve; 3-6 = moderada, 8-9 = grave, 12= muy grave.

Referencias:

- Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S (2000) A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn* 19: 137-145.
- Hanley J, Capewell A, Hagen S (2001) Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. *BMJ*; 322: 1096-1097.

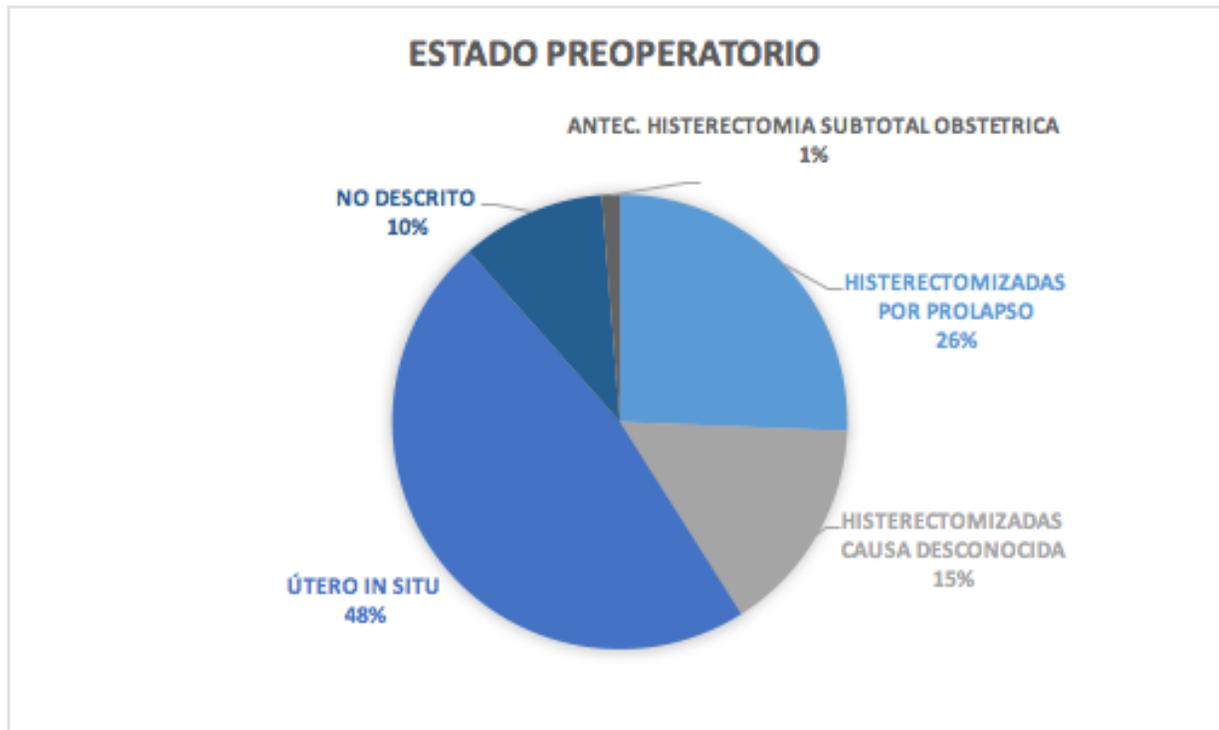
Gráfico 1. Estado preoperatorio de las 78 pacientes sometidas a cirugías obliterativas para el tratamiento del prolapso genital.

Gráfico 2. Calidad de vida post cirugía de las pacientes sometidas a cirugías obliterativas para el tratamiento del prolapso genital. Resultado de 59 pacientes contactadas telefónicamente en Diciembre 2016.

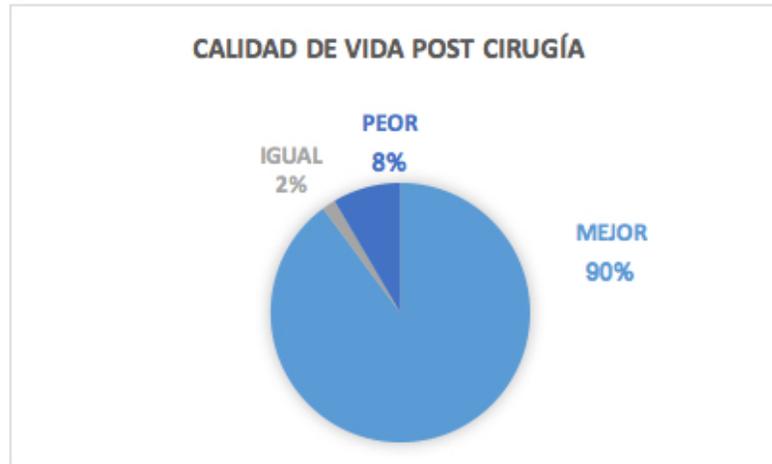


Gráfico 3. Incontinencia de orina postquirúrgica de las pacientes sometidas a cirugías obliterativas para el tratamiento del prolapso genital. Resultado de 59 pacientes contactadas telefónicamente en Diciembre 2016.

