

## Trabajos Originales

# SUSPENSIÓN UTERINA LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA DE TRES PUNTOS

Vicente Solà D.<sup>1</sup>, Daniel Sfeir M.<sup>1</sup>, Paolo Ricci A.<sup>1</sup>, Jack Pardo S.<sup>1</sup>, Enrique Guiloff F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Ginecología, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Las Condes.

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la factibilidad, eficacia y seguridad de la suspensión uterina por vía laparoscópica, con la técnica de tres puntos, en la corrección de la retroversión sintomática. **Método:** Entre abril de 2001 y mayo de 2006 se realizaron tres suspensiones uterinas laparoscópicas en pacientes de la Unidad de Ginecología de Clínica Las Condes. Las edades de las pacientes eran 29, 34 y 35 años, presentaban dismenorrea, dispareunia y/o dolor pélvico crónico. Se realizó un punto de plegamiento del ligamento redondo a la cara anterior del fondo uterino a ambos lados y un tercer punto de aproximación de los ligamentos úterosacros. **Resultados:** En todos los casos la técnica quirúrgica corrigió la posición uterina. Se completó un seguimiento de 5 y 4 años en los dos primeros casos. Las tres pacientes relataron la remisión o disminución de los síntomas que motivaron la consulta. **Conclusiones:** Se trata de una técnica factible, eficaz y segura en la corrección de la retroversión uterina sintomática.

**PALABRAS CLAVES:** *Retroversión uterina sintomática, suspensión uterina laparoscópica, técnica de tres puntos*

### SUMMARY

**Objective:** To verify the feasibility, efficacy and safety of uterine laparoscopic suspension using three-stitch technique in symptomatic uterine retroversion. **Method:** Between April 2001 and May 2006 three laparoscopic uterine suspensions were made in patients of Clínica Las Condes. The ages were 29, 34 and 35 years old; they presented severe dysmenorrhea, collision dyspareunia and/or chronic pelvic pain. Each round ligament was plicated and sutured to the anterior wall of the uterine fundus at the level of the uterine horns. A third suture approximates the uterosacral ligaments behind the cervix. **Results:** In all cases the surgical technique corrected the uterine position. A follow up of five and four years was completed in the first two patients. Of the three patients two related the complete remission of her symptoms; the other remained with very mild dyspareunia (severe before surgery). There were no intra or post-operative complications. **Conclusion:** This technique is simple, safe and effective in the correction of symptomatic uterine retroversion.

**KEY WORDS:** *Symptomatic uterine retroversion, laparoscopic uterine suspension, three-stitch technique*

### INTRODUCCIÓN

La retroversión uterina se encuentra entre el 20 a 30% de las mujeres (1). En muchas de ellas

puede ser causa de dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico (2), e incluso disfunción en la evacuación de heces (3). Por medio de diferentes técnicas se ha realizado por años la histeropexia,

dando solución o aliviando algunos de estos síntomas y signos. Actualmente el acceso provisto por la laparoscopia permite tratamientos quirúrgicos efectivos en condiciones que provocan dolor pélvico (4), tales como endometriosis, adherencias, lesiones ováricas y la retroversión uterina sintomática propiamente tal (5). Son múltiples las experiencias exitosas de corrección de la retroversión uterina, publicadas por vía laparoscópica (6-10).

A continuación revisamos la factibilidad, seguridad y eficacia de la corrección de la retroversión uterina sintomática por vía laparoscópica, a través de la técnica de suspensión por medio de tres puntos.

## PACIENTES Y MÉTODO

Entre abril de 2001 y mayo de 2006, se realizó suspensión uterina en tres pacientes con retroversión uterina sintomática. La edad y paridad de las pacientes se presenta en la Tabla I. El motivo de consulta en el primer caso fue dismenorrea y dispareunia severa. El segundo caso consultó por dismenorrea severa y el tercero por dismenorrea severa, dispareunia, disquexia y dolor pélvico crónico. Las tres pacientes habían utilizado crónicamente antiinflamatorios y analgésicos previo a la cirugía. Todas con escasa respuesta frente a la dismenorrea, dispareunia o dolor pélvico crónico. En los tres casos se certificó por tacto vaginal y ecografía una retroversión uterina de tercer grado.

Se les explicó en qué consistía el procedimiento quirúrgico, beneficios de la técnica, posibles complicaciones y eventual conversión a laparotomía en caso necesario. Todas firmaron un consentimiento informado.

**Técnica Quirúrgica:** Se utilizó la técnica descrita por Gargiulo y cols (2). Se realizó una laparoscopia bajo anestesia general. Previamente se colocó una sonda Foley en vejiga. Una vez obtenido el neumoperitoneo, se utilizó un catéter de 10 mm intraumbilical para introducir la cámara, y dos trocares de 5 mm a dos centímetros de ambas

espinas ilíacas antero-superiores, para introducir la instrumentación. Se colocó la paciente en Trendelenburg de 20 grados. Se introdujo una aguja curva 2/0 de nylon y/o ethibond, con la cual se traspasó el ligamento redondo en un punto localizado entre 3 a 5 centímetros desde su inserción al cuerno uterino. Con esto se plicó el ligamento llevándolo hacia la zona cornual anterior del útero, realizando nudo extracorpóreo. Esto se repitió con el ligamento redondo contralateral. Una tercera sutura se realizó para aproximar los ligamentos úterosacros a unos 3 cm desde su nacimiento del útero (Figuras 1 y 2).

## RESULTADOS

El tiempo operatorio para cada caso fue de 45, 40 y 30 minutos. En el primer caso se realizó concomitantemente a la laparoscopia un TVT por incontinencia de orina de esfuerzo. En el tercer caso se evidenció durante la inspección laparoscópica la presencia de endometriosis leve de la pared posterior del útero, realizándose una resección completa de los focos endometriósicos. En ninguno de los casos hubo complicaciones en el intra o postoperatorio inmediato o tardío. El primer caso completó a la fecha cinco años de seguimiento, con mantención de la pexia uterina y desaparición de la dispareunia, presentando dismenorrea que describe como leve y que con buena respuesta frente a analgésicos y antiinflamatorios. El segundo caso completó cuatro años de seguimiento, también mantiene la nueva posición uterina y se encuentra actualmente asintomática. El tercer caso completó un mes de observación,

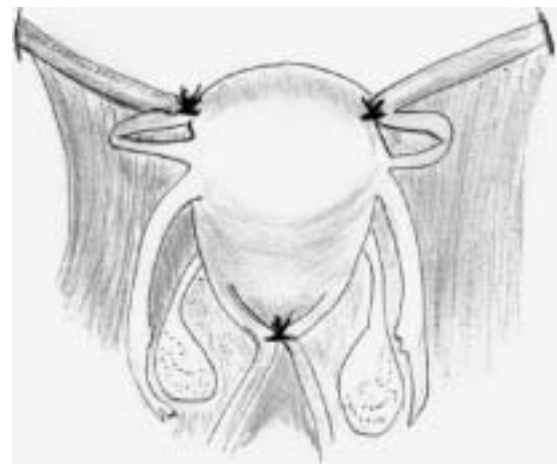


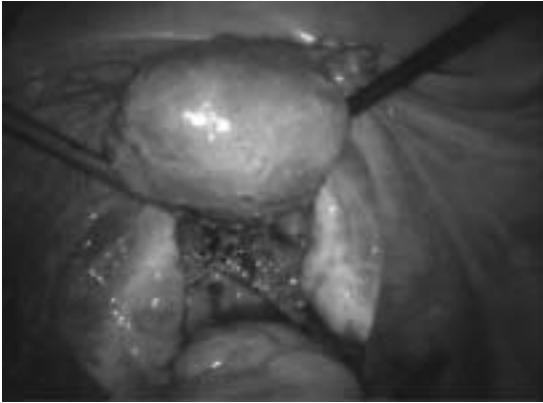
Figura 1. Esquema de la técnica de tres puntos para la suspensión uterina.

Tabla I

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

Caso	Edad	Paridad	Retroversión	Síntomas
1	29	0	3 <sup>er</sup> grado	Dm, Ds
2	34	2	3 <sup>er</sup> grado	Dm
3	35	1	3 <sup>er</sup> grado	Dm, Ds, Dq, DPC

DPC: dolor pélvico crónico, Dm: dismenorrea, Ds: dispareunia, Dq: disquexia.



*Figura 2.* Vista de la situación final de los tres puntos. Fotografía correspondiente al tercer caso de la serie, en que además se realizó resección de endometriosis. Se aprecia la posición de un punto plegando el ligamento redondo a la cara anterior del fondo uterino, a cada lado, y un tercer punto uniendo ambos ligamentos útero-sacros a la parte media, por detrás del cuello.

mantiene la posición uterina corregida y relata desaparición de todos sus síntomas previos.

## DISCUSIÓN

Al utilizar la vía laparoscópica, permitimos a las pacientes recibir los beneficios de una técnica de menor invasión que las histeropexias realizadas por vía laparotomía. Entre estas operaciones se describen métodos como el de Gilliam (7,10-12) y el de Webster-Baldy (13,14), que fueron realizados originalmente por laparotomía y más tarde por laparoscopia, pero que requieren una mayor invasión respecto a la técnica utilizada en estas tres pacientes.

Carter en 1999 (15), publica una técnica de suspensión uterina utilizando el instrumento de UPLIFT (Uterine Positioning Ligament Investment Fixation and Truncation), que permite el paso de una sutura a través del ligamento redondo. La técnica de tres puntos descrita por Gargiulo en 2000 (2), constituye a nuestro juicio, una excelente alternativa al no disponer del UPLIFT.

La técnica de suspensión por tres puntos es sencilla, segura, reproducible y no requiere instrumentación especial, sólo la implementación laparoscópica común. Además se trata de una técnica que puede ser combinada con otras operaciones, como fue el caso de nuestra experiencia, sin agregar complicaciones. En que se realizó además un TVT en una paciente y una resección por endometriosis.

Se pueden utilizar tres punciones, una para el trocar umbilical (cámara) más dos punciones auxiliares para instrumentación, y en sólo aquellas pacientes que lo requieran, por mayor complejidad de procedimientos agregados, otra punción media entre las anteriores. En la técnica original se describen además de la cámara, tres punciones auxiliares, que creemos se pueden reducir a dos, lo que nuestro grupo utiliza frecuentemente, incluso en histerectomía laparoscópica, permitiendo ejecutar sin dificultad alguna estos procedimientos quirúrgicos.

La efectividad de la corrección de la retroversión uterina en síntomas como dismenorrea y dolor pélvico crónico ha sido perfectamente documentada (6,8,15). Además al corregir la posición uterina estaremos actuando sobre uno de los principales mecanismos que permiten que la presión abdominal positiva actúe directamente sobre este órgano, actuando como un verdadero pistón que presiona sobre la vagina, llevando a la larga a un posible prolapso (16), al cambiar el eje de las fuerzas ejercidas anormalmente sobre la vagina y recto. Un reforzamiento adicional constituye el punto de aproximación de ambos ligamentos útero-sacros a la parte media y por detrás del cuello, en la prevención de un enterocele.

Esta técnica posee alto grado de satisfacción por parte de las pacientes y no contraindica un embarazo posterior (2).

El primer caso ha completado 5 años de seguimiento y el segundo 4, manteniendo los buenos resultados en el tiempo. El tercer caso lleva poco tiempo desde la cirugía, por lo seguirá en control para completar un seguimiento mayor. Este último caso tenía una endometriosis leve que lo más probable junto a la retroversión severa influyó en la génesis del dolor pélvico que motivó la cirugía. En el trabajo publicado por Gargiulo y cols (2) también se incluyeron pacientes con endometriosis leve.

## CONCLUSIÓN

La técnica de suspensión uterina de tres puntos por vía laparoscópica, es un método eficiente, seguro y reproducible, para la corrección de la retroversión uterina sintomática.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson JD, Rock JA. Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia, JB Lippincott, 1992.
2. Gargiulo T, Leo L, Gomel V. Laparoscopic uterine

- suspension using three-stitch technique. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7(2):233-6.
3. Weinberger MW, Julian TM. Voiding dysfunction and incontinence caused by uterine retroversion. A case report. *J Reprod Med* 1995;40(5):387-90.
  4. Von Theobald P, Barjot P, Levy G. Laparoscopic douglasectomy in the treatment of painful uterine retroversion. *Surg Endosc* 1997;11(6):639-42.
  5. Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril* 1997;68(5):765-79.
  6. Ou CS, Liu YH, Joki JA, Rowbotham R. Laparoscopic uterine suspension by round ligament plication. *J Reprod Med* 2002;47(3):211-6.
  7. Yen CF, Wang CJ, Lin SL, Lee CL, Soong YK. Combined laparoscopic uterosacral and round ligament procedures for treatment of symptomatic uterine retroversion and mild uterine decensus. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9(3):359-66.
  8. Batioglu S, Zeyneloglu HB. Laparoscopic placation and suspension of the round ligament for chronic pelvic pain and dyspareunia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7(4):547-51.
  9. Hautefeuille J, Cosson M, Mathieu E, Querleu D, Crepin G. Laparoscopic treatment of symptomatic uterine retroversion. *Ann Chir* 2000;125(6):566-70.
  10. Gordon SF. Laparoscopic uterine suspension. *J Reprod Med* 1992;37(7):615-6.
  11. Candy JW. Modified Gilliam uterine suspension using laparoscopic visualization. *Obstet Gynecol* 1976;47(2):242-3.
  12. Mitchener JS JR. An unusual obstetrical complication following Gilliam uterine suspension. *Am J Obstet Gynecol* 1956;72(5):1127-8.
  13. Brady L. An unusual complication following a Baldy-Webster uterine suspension. *Am J Obstet Gynecol* 1952;63(4):922-4.
  14. Kohl LW, Tang FC, Huang MH. Preliminary experience in pelviscopic uterine suspension using Webster-Baldy and Franke's method. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(6):575-8.
  15. Carter JE. Carter-Thomason uterine suspension and positioning by ligament investment, fixation and truncation. *J Reprod Med* 1999;44(5):417-22.
  16. Wei JT, de Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(1):3-17.
-