

Trabajos Originales

Colpocleisis sitio-específica: 3 años de experiencia.

María Camila Hernández T¹, MD, Mauricio Gómez L², MD, Luis Guillermo Echavarría R³, MD.

¹Ginecóloga y Obstetra Universidad de la Sabana, Bogotá (Colombia).

²Ginecólogo y Obstetra Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín (Colombia), Especialista en Uroginecología y Piso pélvico Universidad de Chile, Santiago de Chile. Chile, Profesor asociado Universidad Pontificia Bolivariana.

³Ginecólogo y Obstetra Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Magíster en Epidemiología, Universidad CES, Medellín (Colombia), Profesor titular, Universidad Pontificia Bolivariana.

RESUMEN

El prolapso de órganos pélvicos es definido como el descenso de la pared anterior y /o posterior de la vagina y/ o la cúpula o útero a través de la vagina. Esta patología se ha visto asociada a disfunción urinaria, alteración de la defecación y disfunción sexual.

El prolapso sintomático de órganos pélvicos es una condición que afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres, encontrando una prevalencia de 3-6%.

La cirugía obliterativa de vagina, tiene un menor tiempo quirúrgico, las tasas de morbilidad y pérdida de sangre son más bajas, la recuperación es más rápida, y el éxito anatómico mayor. Las pacientes que son ideales candidatas a la colpocleisis suelen presentar múltiples comorbilidades médicas que las descartan para llevar a una cirugía reconstructiva con una eficiencia de 90% en la literatura, refiriendo que mejora de la calidad de vida y la imagen corporal para la mayoría de pacientes.

OBJETIVO: Realizar una revisión sobre el procedimiento de colpocleisis referente a los resultados anatómicos, resolución de los síntomas, satisfacción con los resultados quirúrgicos y la morbimortalidad asociada de pacientes que consultaron a una institución prestadora de salud privada de tercer nivel, ubicada en Medellín, (Colombia).

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en el cual se incluyen todas las pacientes con prolapso grado 3- 4 a quienes se les haya realizado colpocleisis en el periodo de tiempo comprendido entre 2013 al 2016, en una institución prestadora de salud privada de III nivel en Medellín, Antioquia, que atiende régimen contributivo del sistema seguridad social en Colombia y pacientes particulares. Se usó la escala de cuantificación del Prolapso del Órgano Pélvico (POP-Q) para determinar los niveles de prolapso y que tipo de prolapso se identificaba antes y después de la cirugía. Se les solicitó a todas evaluación urodinámica multicanal preoperatoria con reducción del prolapso para evaluar incontinencia oculta o dificultades de micción. Y se realizó una evaluación subjetiva de la respuesta a la cirugía con la escala de Impresión Global de Mejora del paciente (PGI-I).

RESULTADOS: Se realizó una recolección de datos entre enero de 2013 a diciembre de 2016. Fueron sometidas a colpocleisis 143 pacientes, 27 de ellas (18.8 %) tenían más de 80 años. 52 pacientes (36.3%) entre 60-70 años, 62 pacientes (43.3%) entre 70-80 años y 1 pacientes <60 años. La edad media del grupo de edad fue de 75 años, rango 58-94 años; el índice de masa corporal promedio fue de 27, la duración del seguimiento promedio fue 9 meses, y el número de partos vaginales 4. El 97.9% de las pacientes presentaban comorbilidades médicas. Hubo una tasa de curación de 97.9%.

CONCLUSIÓN: El estudio de cohorte describe nuestra experiencia y agrega a los datos existentes que apoyan la viabilidad y seguridad de la colpocleisis. Encontramos alta eficacia de las cleisis en cuanto a la satisfacción

de las pacientes, en mejoría de calidad de vida, independiente de la edad, con una baja tasa de complicaciones y fallas quirúrgicas. La colpocleisis es una buena opción de tratamiento para prolapso de órganos pélvicos estadio 3-4, en quienes no deseen conservar la función sexual, sin embargo este concepto debe ser individualizado para cada paciente.

PALABRAS CLAVE: colpocleisis, adulta mayor, resultado, prolapso de órgano pélvico.

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse is defined as the descent of the anterior and / or posterior wall of the vagina and / or the dome or uterus through the vagina. This pathology has been associated with urinary dysfunction, altered defecation and sexual dysfunction.

Symptomatic prolapse of pelvic organs is a condition that negatively affects the quality of life of women, finding a prevalence of lifetime prevalence is 3-6%.

Obliterative vaginal surgery, has a shorter surgical time, morbidity and blood loss rates are lower, recovery is faster, and anatomic success greater. Patients who are ideal candidates for colpocleisis usually present multiple medical comorbidities that discard them to lead to reconstructive surgery. With an efficiency of 90% in the literature, indicating that improvement of the quality of life and body image for the majority of patients.

OBJECTIVE: To perform a review of the colpocleisis procedure regarding anatomical results, resolution of symptoms, satisfaction with surgical results and associated morbidity and mortality of patients who consulted a third-level private health care institution located in Medellín, (Colombia).

METHODOLOGY: A retrospective cohort study was carried out in which all patients with grade III-IV prolapse who underwent colpocleisis were included in the period from 2013 to 2016, in a private health institution of III level in Medellín, Antioquia, that attends contributory regime of the social security system in Colombia and private patients. The Pelvic Organ Prolapse (POP-Q) scale was used to determine prolapse levels and what type of prolapse was identified before and after surgery. All preoperative multichannel urodynamic evaluations with prolapse reduction were requested to evaluate occult incontinence or micturition difficulties. And a subjective evaluation of the response to surgery was performed with the Global Impression of Patient Improvement (PGI-I) scale.

RESULTS: Data were collected between January 2013 and December 2016. Thirty-three patients were submitted to colpocleisis, 27 of which 18.8 (%) were older than 80 years. 52 (36.3%) patients between 60-70 years, 62 (43.3%) between 70-80 years and <60 years 1 patient. The mean age of the age group was 75 years, range 58-94 years; the mean body mass index was 27, the average follow-up duration was 9 months, and the number of vaginal deliveries was 4. (97.9%) of the patients had medical comorbidities. With a cure rate of 97.9%.

CONCLUSION: The cohort study describes our experience and adds to existing data that support the viability and safety of colpocleisis. We found high efficacy of cleisis in terms of patient satisfaction, improvement in quality of life, independent of age, with a low rate of complications and surgical failures. Colpocleisis is a good treatment option for prolapse of pelvic organs stage III-IV, in those who do not wish to preserve sexual functionality, however this concept must be individualized for each patient.

KEY WORDS: colpocleisis, older woman, result, pelvic organ prolapse.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos es definido como el descenso de la pared anterior y/o posterior de la vagina y/o la cúpula o útero a través de la vagina, secundario a la falla en los elementos de suspensión y sustentación del piso pélvico^{1,2}. Existen diferentes tipos y grados, según los compartimentos afectados^{1,2}. Esta patología se ha visto asociada a

disfunción urinaria, alteración de la defecación y disfunción sexual^{1,2}.

El prolapso sintomático de órganos pélvicos es una condición que afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres, encontrando una prevalencia de 3-6%³. Las mujeres de todas las edades pueden llegar a tener un prolapso, pero es más frecuente a mayor edad².

La sintomatología más común por la cual consultan las pacientes es percibir una sensación de bulto o protrusión en la vagina, además puede estar asociado a obstrucción urinaria y fecal². La actividad sexual declina y al igual que la autoestima por la percepción de la imagen corporal baja².

El tratamiento definitivo para el prolapso es la cirugía reconstructiva del piso pélvico, dirigida a restaurar la anatomía vaginal y la función sexual, con diferentes técnicas que incluyen material protésico sintético y autólogo, que pueden presentar en ocasiones complicaciones¹. Sin embargo, las mujeres de 65 años o más que se someten a cirugía uroginecológica reconstructiva, tienen un riesgo 13,6 veces mayor de morbilidad postoperatoria, riesgo de recidiva del 13% y mayor mortalidad comparado con las mujeres más jóvenes (la tasa de mortalidad aumenta con cada década de vida)^{1, 2}.

Existen otras opciones de manejo para pacientes con prolapso que no sean candidatas a cirugía reconstructiva (por presentar múltiples comorbilidades o edad avanzada), como los pesarios, sin embargo no todas las pacientes se acoplan a este manejo ya que no cumplen con los cuidados que éste requiere².

En comparación con la cirugía reconstructiva del piso pélvico, la cirugía obliterativa de vagina, es una estrategia de tratamiento que el uroginecólogo debe considerar en pacientes no candidatas a cirugía reconstructiva por condiciones médicas coexistentes, pobre estado funcional o edad muy avanzada.

La colpocleisis, es una técnica que consiste en la oclusión vaginal¹; esta representa un 20% de las intervenciones para el prolapso, sin reducción en los últimos años¹.

Teniendo en cuenta que actualmente las mujeres viven más tiempo y buscan calidad de vida, se les debe ofrecer procedimientos con resultados duraderos como la colpocleisis⁴, cirugía que se asocia con menos complicaciones al compararse con otras técnicas por vía vaginal, tiene un tiempo quirúrgico más corto, menor morbilidad y pérdida de sangre, la recuperación es más rápida y el éxito posquirúrgico es mayor con menos tasas de recidiva y reintervención².

Estas técnicas de oclusión vaginal son una opción para el tratamiento del prolapso en mujeres que ya no deseen conservar su funcionalidad sexual a través de la vagina¹.

Las recurrencias en el procedimiento de colpocleisis son poco comunes, con una prevalencia de 0-7% y la prevalencia de incontinencia urinaria de urgencia o de esfuerzo de novo ha sido reportada en un 0 a 26% y de 0 a 10% respectivamente¹.

En cuanto a la satisfacción con el resultado de la cirugía y la imagen que tienen del cuerpo las pacientes en el postoperatorio, *Crisp et al*⁶ en su estudio multicéntrico prospectivo con 87 mujeres con una evaluación de seis semanas después de la cirugía, encontró que la satisfacción de las pacientes después de la colpocleisis era de 90% con una mejoría de la percepción de la imagen corporal significativa^{1,5}. *Vij et al*⁶ en su estudio con 23 pacientes, encontró que solo el 4% de las pacientes se arrepintieron de haberse realizado esta cirugía mientras el 90% de las pacientes recomiendan la cleisis.

*Deval et al*⁷, con 13 pacientes encontró que el 52% continuaban con actividad sexual con el clítoris⁷.

Las diferentes técnicas de colpocleisis conservan o no el útero²; este concepto debe ser definido teniendo en cuenta el riesgo versus beneficio de conservarlo. Se ha encontrado que al realizar la histerectomía, el procedimiento quirúrgico aumenta el tiempo operatorio, aumentando así el riesgo de complicaciones en cuanto a mayor pérdida de sangre, sin embargo conservar el útero puede aumentar riesgos no específicos, como el desarrollo de cáncer de endometrio después de la cirugía o patología cervical². Por tanto, es difícil hacer una clara recomendación sobre si se debe o no realizar histerectomía en las cleisis².

En la evaluación de los resultados quirúrgicos en cuanto a incontinencia de aparición posterior o asociada con colpocleisis, los resultados son difíciles de interpretar porque las series son a menudo muy heterogéneas¹. Sin embargo, la combinación de una cinta suburetral con una colpocleisis no se ha reportado que aumente las complicaciones postoperatorias¹.

La prevalencia de incontinencia urinaria de novo se presenta entre 0-10%. Sin embargo la prevalencia de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en colpocleisis se presenta entre el 36 al 51%¹. En el estudio de *Zebede et al*⁸ en 310 colpocleisis (le Fort en el 99% de los casos), la cirugía de incontinencia de esfuerzo se asoció en el 79% de los casos requiriendo una reparación retropúbica o transobturatriz en el 43% (134/310) y el 31% (96/310) respectivamente⁸. Ellos observaron una disminución en la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (6% postoperatoria vs 28% antes de la cleisis $p=0,01$)¹.

La prevalencia de las principales complicaciones reportadas en el procedimiento quirúrgico es menor al

1% y entre ellas están: las lesiones vesicales, intestinales, sangrados e infección urinaria¹. La mortalidad no supera el 1% (rango de 0,08%-0,38%)¹.

El objetivo de este estudio descriptivo es realizar una revisión sobre el procedimiento de colpocleisis referente a los resultados anatómicos, resolución de los síntomas, satisfacción con los resultados quirúrgicos y la morbimortalidad asociada que consultaron a una institución prestadora de salud privada de tercer nivel ubicadas en Medellín, (Colombia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Al ser una institución prestadora de salud privada de tercer nivel ubicadas en Medellín, (Colombia), hemos ofrecido servicios de colpocleisis como alternativa de manejo para paciente con múltiples comorbilidades y que no deseen conservar la función sexual penetrativa. La elección de la cirugía es determinada por la paciente.

Técnica

Con La técnica de colpocleisis de Rouhier se procederá a la histerectomía vaginal (en los casos que tiene útero la paciente) mediante pinzamiento, sección y ligadura de ligamento uterosacros, cardinales, anchos, redondos y uteroovaricos o infundibulopélvicos según se desee o no la conservación de los anexos. Una vez concluida la histerectomía se realiza la aproximación de las fascias pubovesical y rectovaginal de proximal a distal con puntos separados de material de sutura reabsorbible preferiblemente sutura de absorción lenta de poliglactina. Una vez cerrado este espacio para evitar el enterocele tardío, se procede a afrontar el borde vaginal anterior con el posterior mediante sutura continua con material reabsorbible. Se practica resección de toda la vagina redundante solo conservando la necesaria para el afrontamiento de la mucosa vaginal. Se puede finalizar con la realización de colpoperineoplastia para disminución del hiato genital y reforzamiento del cuerpo y membrana perineal para evitar las recidivas. En los casos que sea necesario realizar corrección de la incontinencia de orina, se procede a realizar en el mismo acto operatorio y por incisión diferente.

Evaluación del prolapso

Las pacientes fueron examinadas por un miembro médico del equipo de uroginecología en posición de litotomía con maniobras de Valsalva. Se usó la

escala de cuantificación del Prolapso del órgano pélvico (POP-Q) para determinar los grados de prolapso y que tipo de prolapso se identificaba antes y después de la cirugía. Se les solicitó a todas evaluación urodinámica multicanal preoperatoria con reducción del prolapso para evaluar incontinencia oculta o disfunciones miccionales.

Seguimiento

Las pacientes se vuelven a ver en una visita de seguimiento postoperatorio, generalmente realizado 10 días después de la cirugía, un segundo control a los 2-3 meses, a los 6 meses y cada año después de la cirugía. Se pide a las pacientes evaluar subjetivamente la respuesta a la cirugía con la escala de Impresión Global de Mejora del paciente (PGI-I). Esta es una escala que compara respuesta de los estados pre y post-operatorios, dando respuesta de mucho mejor o mucho peor según sea el caso.

Y para dar una evaluación objetiva se vuelve a examinar a la paciente realizando una evaluación POP-Q, en cada visita.

Recopilación de datos

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo y como tal aprobación ética no era necesario; sin embargo, se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Clínica Universitaria Bolivariana, institución de donde se tomaron los casos. Se identificaron casos y estos fueron recopilados de los las bases de datos de pacientes del servicio de Uroginecología de la clínica. Los datos se introducen prospectivamente en un archivo de Excel .

Nuestra unidad comenzó la recopilación de las pacientes de colpocleisis en el 2013, que es el comienzo de la cohorte. Todas las mujeres sometidas a cirugía obliterativa se incluyeron desde este punto hasta diciembre de 2016, dando así 3 años de datos que tuvieran cirugía obliterativa por prolapso en mujeres > 60 años, sexualmente inactivas que tenían prolapso estadio 3 o 4 con compromiso de compartimiento triple (anterior posterior y apical), con riesgo médico significativo para la reconstrucción integral con cirugía pélvica y con deseo de cirugía obliterativa.

La información recogida incluía datos demográficos, edad, índice de masa corporal, comorbilidades, uso de estrógenos vaginales, incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia, mixta u oculta. Cirugía uroginecológica previa, cirugía de prolapso vaginal concomitante, complicaciones,

antigüedad cirujano y duración de la estancia hospitalaria, sangrado intraoperatorio, tiempo de seguimiento, régimen de seguridad social y gravidez.

La posición del punto Aa, Ba, LTV, Ap, Bp, C, D, Hg, CP, del POP-Q se observó antes y después de la cirugía, para evaluar cada uno de los compartimientos. Se incluyeron todas las pacientes con prolapso grado 3-4 a quienes se les realizó colpocleisis en el periodo de tiempo comprendido entre enero 2013 a diciembre 2016, en una institución prestadora de salud privada de III nivel en Medellín, Antioquia, Colombia, que atiende régimen contributivo del sistema seguridad social en Colombia y pacientes particulares. La satisfacción del paciente fue evaluado mediante la Impresión Global de mejora del Paciente de Mejora (PGI - I). También se recogieron datos de los registros de cirugías de reintervención por recidiva anatómica y/o recidiva funcional.

Análisis

El resultado primario fue la seguridad del procedimiento, evaluado por la frecuencia de las complicaciones intraoperatorias o complicaciones postoperatorias. Los resultados secundarios incluyeron la duración de la estancia hospitalaria, evaluación subjetiva del resultado con la escala de Impresión Global de mejora del Paciente Mejora (PGI-I) y la necesidad de repetir la cirugía. Se usó estadística descriptiva para toda la población.

Aspectos éticos: Este estudio respetó, la confidencialidad de las pacientes y fue aprobado por el comité de ética de la institución.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 143 casos de pacientes que fueron sometidas a colpocleisis entre Enero de 2013 a diciembre de 2016.

Demografía y cirugía

Las pacientes tenían una edad media de 73 años (rango 58-94) y su índice de masa corporal promedio fue 27.3 (rango 16.8-31.8); el número de partos previos fue de 4 (0-13), característica demograficas descritas en la (Tabla 1). 140 pacientes (97.9%) presentaban comorbilidades médicas que se describen en la Tabla 2. Las medidas preoperatorias de POP-Q, fueron en promedio en centímetros (cms) Aa +2.9, Ba +4.4, C +4.6, Gh 4.8 pB 3 TVL 9.6, Ap +2.4, Bp +4, D +5 (Tabla 3). El 87% (125 pacientes) corresponden a grado de prolapso 3 y 12.5% (18

pacientes) a grado 4 (Tabla 4). En cuanto a los hallazgos de incontinencia de esfuerzo fueron de 38 pacientes (26.57%), urgencia 10 pacientes (6.99%) y 19 pacientes con incontinencia oculta (13.28%). Del total de pacientes descritas con incontinencia urinaria, las candidatas a corrección quirúrgica (67 pacientes), sólo incluyen las incontinencias de esfuerzo clínicas, las incontinencias mixtas (9 pacientes) y las incontinencias ocultas (sólo detectadas en estudio urodinámico) (Tabla 5).

Características operatorias

Todas las pacientes fueron sometidos a perineorrafia (100%).

La necesidad de cirugía antiincontinencia concomitante existió en 67 pacientes con (46.8%), en las que se realizó sling TVT (Tension-free vaginal tape) al 74.6% (50 pacientes) y al 25.3% (17 pacientes) sling TOT (Transobturator tape) (Tabla 6). El tiempo medio de hospitalización fue de 2 días. Las molestias urinarias fueron significativamente mejoradas después de la cirugía.

El 100% de las cirugías fueron realizadas por uno de los dos subespecialistas en uroginecología.

A las 143 pacientes se les hizo seguimiento de rutina con tiempo promedio de primera visita de control a los 10 días, y el segundo control fue 9 meses, (rango 0-40) encontrando que a 6 meses se le hizo seguimiento solo al 48.9% (70 pacientes), a 12 meses al 27.9% (40 pacientes) y > 12 meses al 24.4% (35 pacientes). Esto debido a que el número de cirugías de este tipo, ha aumentado de manera progresiva y los demás controles se están realizando aun, pero todos está cumpliendo con el protocolo de seguimientos periódicos.

No hubo complicaciones intraoperatorias mayores. Se tuvo una tasa de 10% de complicaciones menores así: 5 pacientes infección urinaria baja, 3 hematomas de cúpula menores de 5 cm³ manejadas de manera conservadora, sin necesidad de reoperación y 2 pacientes con retención urinaria transitoria postoperatoria, manejada con cateterismo limpio intermitente por una semana. Ninguna paciente recibió transfusión de sangre en el postoperatorio. Ni tuvieron secuelas secundarias al procedimiento (ej. fístulas, o lesiones viscerales).

Satisfacción y resultado de la paciente

Los datos de Impacto Global de Mejora del Paciente (IGP-I) disponible para 143 pacientes. 140 pacientes (97.9%) consideraron que no había prolapso, 3 pacientes (2.09%) describieron su

sintomatología de prolapso como peor. 11 pacientes (7.6%) que habían sido intervenidas con sling antiincontinencia continuaron con igual síntoma o incontinencia mixta.

Una prueba t pareada mostró que la mejoría de la sintomatología entre las condiciones preoperatorias y postoperatorias fue significativa ($p < 0,001$), con un cambio medio en todos los puntos de prolapso por encima del introito vaginal es decir < -1 en la puntuación del POP-Q.

Ninguna paciente expresó arrepentimiento por la pérdida de la función sexual, ninguna paciente se llevó a re intervención o a repetir la cirugía. Dentro de los antecedentes quirúrgicos, el 14.6% (21 pacientes) tenían antecedente de histerectomía, el 30% (43 pacientes) tenían antecedente de cirugía anti incontinencia. Al resto de pacientes que aún conservaban útero, (122 pacientes - 85.3%) se les realizó histerectomía.

DISCUSIÓN

Cada vez más, al considerar el tratamiento para el prolapso, la colpocleisis u obliteración en mujeres que no deseen conserva su función sexual penetrativa ha continuado siendo la opción menos invasiva y con buenos resultados.

Al igual que en otros estudios, como el realizado en la serie de *Zhu*⁹ y *Reisnauer et al*⁴, en el nuestro también se demostró un alta tasa de satisfacción, demostrada en el no arrepentimiento de la intervención y consecuentemente de la pérdida de la función sexual.

La tasa de curación de nuestros hallazgos es similar a la informada por *Reisenauer et al*⁴ y *Zebede et al*⁸. Sin embargo en nuestro grupo de estudio, la mayoría de las pacientes (97.9%) evaluadas tenían comorbilidades, respecto a otros estudios evaluados, que aunque tuvieron resultados similares, tenían menor porcentaje de comorbilidades como en el de *Zebede et al*⁸.

En el presente estudio, la tasa de complicaciones mayores fue nula y se encuentra por debajo del límite inferior del rango dado por la literatura internacional que es $< 1\%$. No se presentó ninguna muerte que también iguala la tasa de mortalidad 0,08% - 0,38% reportada¹ independiente de la edad. No se realizaron reintervenciones por falla anatómica. La tasa de complicaciones al comparar nuestros resultados con los de diferentes autores está en un rango muy inferior. *Catanzarite et al*¹⁰ presentó 8.1% de complicaciones, siendo la más común infección del

tracto urinario inferior (6.4%) en una cohorte de 283 pacientes. *Wang et al.* reporta complicaciones del 6.8% y *Koski et al.* reporta que 3 pacientes de 53 que se sometieron a colpocleisis documentaron requerimiento de transfusión, trombo embolismo pulmonar y lesión vesical^{11,12}.

Los procedimientos obliterantes tuvieron un menor riesgo de complicaciones con respecto al riesgo que corren las pacientes que se sometieron a procedimientos reconstructivos para prolapso ($< 1\%$ Vs 13.6%,)^{1,2}.

Los autores que recomiendan la histerectomía en el mismo momento de la colpocleisis, al igual que nosotros, afirman que puede ser difícil o imposible la evaluación del cérvix o endometrio posterior a la cirugía, sin embargo en cuanto a los resultados quirúrgicos con o sin histerectomía no se encontró diferencias^{2,13}.

Varios estudios han reportado altos niveles de satisfacción con la colpocleisis, alcanzando valores superiores al 94%¹⁻¹³ al igual que en el presente estudio, donde el 97.9% de las pacientes refirieron estar satisfechas con los resultados funcionales y anatómicos.

A medida que pasan los años, nuestra experiencia sugiere que el uso de esta técnica o cualquiera de las obliterativas podría ser suficiente para este tipo de pacientes para curar los síntomas del prolapso.

Una de las muchas ventajas de la cirugía obliterativa es una recuperación más rápida de la paciente y una estancia hospitalaria más corta, con la consiguiente reducción del riesgo para las pacientes y una mayor rotación para los hospitales. La mediana de la estancia de nuestras pacientes fue de 2 días, 1 noche.

Cuando se aboga por una técnica tan antigua con buenos resultados, es vital para estar satisfechos que el enfoque es seguro. La baja o ausente tasa de complicaciones mayores en esta cohorte ofrece esta tranquilidad a los clínicos y las pacientes.

Se incluyen datos sobre el resultado del prolapso, evaluados subjetivamente por el puntaje PGI-I, y objetivamente por cambio de la sensación de bulto en vagina ausente. La satisfacción fue alta, con un 97.9 % de mujeres siendo: ausencia de sensación de prolapso la respuesta más frecuente y objetivamente, una cambio medio en todos los puntos de prolapso por encima de -1 .

Teóricamente es posible que pudieran haber requerido reintervenciones algunas pacientes en otra clínica. Sin embargo, lo consideramos improbable ya que se hizo un seguimiento telefónico y se invitó a

asistir a control para la toma final de datos, donde no se documentaron reintervenciones.

CONCLUSIÓN

El estudio de cohortes describe nuestra experiencia y agrega a los datos existentes que apoyan la viabilidad y seguridad de la colpocleisis. Encontramos alta eficacia de las cleisis en cuanto a la satisfacción de las pacientes, en mejoría de calidad de vida, independiente de la edad, con una baja tasa de complicaciones y fallas quirúrgicas. Nuestra medida de resultado primaria en este estudio es la seguridad, y los datos publicados durante un período de 3 años, sugieren que la colpocleisis es un procedimiento seguro. Las tasas de complicación son bajas. Esto indica que a pesar que es una intervención tan antigua, actualmente goza de popularidad y de excelentes resultados en la calidad de vida para las pacientes no candidatas a cirugía reconstructiva. Se necesitan más datos evaluando tanto los objetivos como los resultados subjetivos de la colpocleisis para guiar más a los clínicos y las pacientes en cuanto a la cirugía obliterativa. Sin embargo la colpocleisis es una buena opción de tratamiento para prolapso de órganos pélvicos estadio 3-4, en quienes no deseen conservar la funcionalidad sexual, sin embargo este concepto debe ser individualizado para cada paciente.

Conflicto de intereses: ninguno declarado*.

REFERENCIAS

1. Deffieux X, Thubert T, Dononc L, Hermieud J-F, Leormande L, Trichotf C. Chirurgie d'occlusion vaginale (colpocleisis) pour prolapsus génital: recommandations pour la pratique clinique, Progrès en urologie. 2016; 26: S61-S72.
2. Krissi H, Aviram A, Ramb E, Eitan E, Wiznitzer A, Peled Y. Colpocleisis surgery in women over 80 years old with severe triple compartment pelvic organ prolapse. Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol. 2015; 195: 206-209.
3. Barber M, Maher C. Epidemiology and outcome assesmeent of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2013; 24:1783-179.
4. Reisenauer C, Oberlechner E, Schoenfisch B, Wallwiener D, Huebner M. Modified LeFort colpocleisis: clinical outcome and patient satisfaction. Arch Gynecol Obstet. 2013; 288:1349-1353.
5. Crisp C, Book NM, Smith AL, Cunkelman JA, Mishan V, Treszezamsky AD, et al. Body image, regret, and satisfaction following colpocleisis. Am J Obstet Gynecol. 2013; 209: 473.
6. Vij M, Bombieri L, Dua A, Freeman R. Long-term follow- up after colpocleisis: regret, bowel, and bladder function. Int Urogynecol J. 2014; 25:811-5.
7. Deval B. Hysterocolpectomy with colpocleisis for massive genital prolapse in women aged over 70 years. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005; 123:249-53.
8. Zebede S, Smith A, Plowright L, Hegde A, Aguilar V, Davila G. Obliterative LeFort Colpocleisis in a Large Group of Elderly Women. Obstet Gynecol. 2013; 121:279-84.
9. Zhu L. Long-Term Follow-Up After LeFort Colpocleisis: Patient Satisfaction, Regret Rate and Pelvic Symptoms. J Minim Invasive Gynecol. 2016; 23:S1-S252.
10. Catanzarite T, Rambachan A, Mueller MG, Pilecki MA, Kim JY, Kenton K. Risk factors for 30-day perioperative complications after Le Fort colpocleisis. J Urol 2014; 192:788-92.
11. Wang X , Chen Y, Hua K. Pelvic symptoms, body image, and regret after LeFort colpocleisis: A long-term follow-up. J Minim Invasive Gynecol. 2016.
12. Koski ME, Chow D, Bedestani A, Togami J, Chesson RR, Winters JC. Colpocleisis for advanced pelvic organ prolapse. J Urol. 2012;80:542-6.
13. Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:1455-61.

Tabla 1. Datos demográficos de las pacientes con colpocleisis de Rouhier.

Variable	Promedio
Edad	1
< 60 años	52
60 – 70 años	63
71 – 80 años	27
> 80 años	
Índice de masa corporal	27.3
Meses de seguimiento	9.7
Gravidez	5
Número de partos	4

Tabla 2. Comorbilidades de las pacientes con colpocleisis de Rouhier.

Comorbilidad	%
HTA	65%
Hipotiroidismo	14.6%
Diabetes Mellitus	16%
Dislipidemia	6.9%
EPOC	3.4%
Enfermedad coronaria	3.4%
Osteoporosis	1.2%
Glaucoma	1.2%

Tabla 3. POP-Q de las pacientes con colpocleisis de Rouhier.

POP-Q (n=143)	Media (cms)
Aa	2.9
Ba	4.2
C	4.4
TLV	9.6
Ap	2.4
Bp	3.9

Tabla 4. Grado prolapso de las pacientes con colpocleisis de Rouhier.

Grado prolapso	n	%
3	125	87%
4	18	12.5%
<i>Total</i>	143	100%

Tabla 5. Incontinencia Urinaria de las pacientes con colpocleisis de Rouhier.

Tipo de incontinencia	n=67	%
Esfuerzo	38	26.57
Urgencia	10	6.99
Ocultas	19	13.28
<i>Total</i>	67	46.8

Tabla 6. Tipo técnica antiincontinencia de las pacientes con incontinencia a quienes se les realizó colpocleisis de Rouhier.

Sling antiincontinencia	n=67	%
TVT	50	74.6
TOT	17	25.4
<i>Total</i>	67	100