

EDITORIAL

El tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en el siglo XXI: seguimos sin saber por qué falla y la innovación avanza lentamente

M. España Pons

Unidad de Suelo Pélvico.
ICGON. Hospital Clínic.
Barcelona

El principal factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos (POP) es el parto vaginal. Al no existir una estrategia preventiva primaria para el POP, y dado el envejecimiento progresivo de la población, la prevalencia de esta disfunción aumenta y, por tanto, la demanda de tratamiento tiene una tendencia creciente¹. Se estima que un 10-20 % de las mujeres requerirán una intervención de POP en algún momento de su vida² y que el 10-30 % de las operadas de POP, dependiendo de la edad de la primera intervención, necesitarán ser reintervenidas por la reaparición de los síntomas de POP³.

En el siglo XXI, el tratamiento quirúrgico del POP primario se realiza fundamentalmente por vía vaginal, utilizando los tejidos de la propia paciente para la reparación de las estructuras prolapgadas. La mayoría de estas técnicas quirúrgicas habían sido descritas en el siglo XX, algunas en el siglo XIX, y se han ido perfeccionado hasta llegar al XXI. Estas técnicas vaginales constituyen el principal armamentario quirúrgico del cirujano uroginecológico para el tratamiento del prolapso apical, tal como se describe en el artículo de revisión de este número. Las técnicas oclusivas se aplican de forma excepcional, ya sea porque la paciente tiene un alto riesgo quirúrgico o porque la mujer, bien informada de todas las alternativas, expresa claramente que no desea tener actividad sexual coital ni ahora ni en el futuro.

Si nos centramos exclusivamente en los resultados de la cirugía reconstructiva del POP apical, los datos de seguimiento a medio y largo plazo indican que hay una alta tasa de recurrencia anatómica, que en parte se atribuye a la técnica quirúrgica. Es clave que la cirugía reconstructiva con defecto apical, tanto del prolapso uterino como de la cúpula, siga una técnica estandarizada y que incluya en sus pasos una buena suspensión apical para la prevención de la recurrencia del POP⁴. No obstante, aparte de la ejecución de una correcta técnica quirúrgica, hay otros factores que suponen una importante limitación a la hora de disminuir la recurrencia, y uno de ellos es el desconocimiento exacto de la fisiopatología del POP. El soporte de los órganos pélvicos cuenta con tres elementos clave: en primer lugar, la estructura de la propia pared vaginal; en segundo lugar, las inserciones fasciales del útero y de las paredes vaginales a la pelvis, y, en tercer lugar, el papel clave del cierre del hiato urogenital, para lo cual es imprescindible la integridad del músculo elevador del ano y de las estructuras anatómicas que conforman el periné.

En la práctica clínica, al explorar a una paciente con POP, se pueden identificar las anomalías visibles, medir el grado de descenso de las paredes vaginales mediante instrumentos validados, como el Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ), y con esta información planificar la reconstrucción quirúrgica. Pero lo cierto es que, con la exploración pélvica, por más detallada que sea, solo podemos ver «lo que se ha caído» (compartimento apical, anterior o

posterior), pero no identificar el origen del fallo estructural que lleva al POP y a una posible recurrencia tras la reconstrucción anatómica. Es decir, vemos y medimos lo que «asoma» por la vagina, pero no podemos evaluar la integridad de todas estas estructuras clave que mantienen el soporte de los órganos pélvicos en los 3 niveles descritos por DeLancey. La investigación actual está aportando información muy valiosa para identificar los mecanismos y los factores que contribuyen a la recurrencia anatómica después de la cirugía reconstructiva, con mediciones mediante técnicas de imagen, basadas en la resonancia magnética, que permiten cuantificar los cambios anatómicos que las distintas técnicas quirúrgicas actuales suponen para cada elemento de los 3 sistemas de soporte^{5,6}.

A principios del siglo XXI se puso en marcha un nuevo intento de evitar la recurrencia del POP con el implante de malla en la vagina, que ya se había intentado previamente y se había abandonado debido a sus complicaciones. El empleo del *kit* de malla transvaginal (MTV) de polipropileno monofilamento se basó en los buenos resultados obtenidos con el implante de este tipo de malla en la pared abdominal para la corrección de las hernias abdominales. Hay que reconocer que el éxito y las mínimas complicaciones que se habían observado con el mismo tipo de malla implantada en forma de cinta suburetral, en la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, supusieron un importante impulso para introducir esta nueva MTV en el tratamiento del POP. La falta de una investigación básica adecuada para conocer la reacción de esta malla a las características de la pared vaginal, y de una evaluación de los resultados con seguimiento suficiente dado que la regulación existente no lo exigía de forma obligatoria, facilitó su precipitada salida al mercado. En pocos años esto supuso una gran cantidad de pacientes operadas; no obstante, a pesar de los buenos resultados en cuanto a la curación anatómica del POP, se constataron nuevas complicaciones con este tipo de cirugía vaginal. Estas complicaciones, con una incidencia dependiente en gran parte de la experiencia quirúrgica, suponen un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que las padecen. Esto ha generado en algunos países una significativa actividad de las asociaciones de pacientes, lo que ha conllevado importantes demandas judiciales.

Las agencias reguladoras han respondido cambiando la clasificación de estos dispositivos, y también la normativa que regula su salida al mercado; como consecuencia, la mayoría de las empresas han limitado o abandonado la producción de MTV para el POP y la consiguiente inversión en innovación en este campo. Actualmente, las MTV están prohibidas en países como Reino Unido y Australia. En la mayoría de los países del mundo su uso ha disminuido de forma significativa, siguiendo las recomendaciones de gran parte de las sociedades científicas relacionadas con la uroginecología, que han ido publicando en los últimos cinco años declaraciones oficiales en las que se aconseja la limitación de la indicación solo en casos de recurrencia⁷. La realidad actual es que muchas mujeres con POP, que necesitan un tipo de cirugía con refuerzo de sus tejidos, no se operan o se tratan con técnicas con tejidos nativos que, si bien son eficaces para el tratamiento del POP primario, no lo son cuando se trata de una recurrencia. Por tanto, después de un intento de innovación fracasado con la MTV de polipropileno, volvemos a las técnicas vaginales empleadas el siglo pasado. Esto va a ser así hasta que la reciente investigación en busca de nuevos implantes dé sus frutos y permita disponer dentro de unos cuantos años de otro tipo de materiales que hayan demostrado –primero con experimentación en animales y luego en estudios clínicos de calidad– que poseen mejores cualidades para reparar los tejidos vaginales, frente a las mallas disponibles en la actualidad⁸.

En este contexto, la cirugía del POP por vía abdominal (colposacropexia, cervicopexia o histeropexia) se presenta como una alternativa para los casos complejos y con buenos resultados en manos de cirujanos expertos. Ya descrita en la década de 1980, con acceso por vía abdominal abierta, su aplicación estaba muy limitada tanto por su complejidad técnica como por ser más invasiva. La colposacropexia resurge en la década de 1990, con técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (laparoscopia y, más recientemente, robótica). Los resultados demuestran que es un buen recurso, tanto en los casos de POP en los que las técnicas vaginales han fracasado, como por cirugía primaria en pacientes con alto riesgo de recurrencia. La única limitación para la mayor difusión de esta cirugía se debe a la dificultad en el aprendizaje de la técnica, lo que hace que, en estos

El tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en el siglo XXI: seguimos sin saber por qué falla y la innovación avanza lentamente

momentos, haya pocos cirujanos uroginecológicos con gran experiencia en cirugía vaginal que pasen a la cirugía laparoscópica o a la robótica. Por otro lado, aunque el papel de la cirugía reconstructiva por vía abdominal con cirugía mínimamente invasiva se va imponiendo como una importante alternativa para la corrección del POP, el análisis de sus resultados no permite afirmar que vaya a convertirse en el nuevo paradigma en la cirugía primaria del POP apical del siglo XXI. La pregunta para la que todos quisiéramos tener una respuesta clara –¿cuál es la mejor vía para la corrección primaria del POP apical: la suspensión por vía vaginal o por vía abdominal?– tiene que ser matizada por un detallado análisis de los resultados. La última revisión sistemática y metaanálisis publicado en 2021, que suma un número importante de publicaciones respecto a la previa de la Cochrane de 2016, concluye diciendo: «Aunque el riesgo de recurrencia del POP objetivo (general y apical) fue casi el doble tras la suspensión vaginal que después de la sacrocolpexia, una proporción similar de pacientes experimentó síntomas recurrentes de POP o requirió reintervención en 1-5 años»⁹.

En resumen, el POP es un trastorno complejo, que afecta a millones de mujeres en todo el mundo y supone un impacto importante en sus vidas. Las pacientes con POP sintomático, que acuden a nuestras consultas en busca de solución, han de recibir una información detallada sobre todas las alternativas de tratamiento; esta información es la base de una decisión compartida. El tratamiento conservador, siempre que sea factible, es la primera alternativa a ofrecer. No obstante, cuando esta opción no proporciona la mejoría esperada, el tratamiento quirúrgico reconstructivo u oclusivo es la siguiente opción. La elección del tipo de procedimiento quirúrgico se ha de basar, por nuestra parte, en responder a la pregunta «¿Cuál es la mejor cirugía de POP para esta paciente a largo plazo?». En el momento actual es muy difícil responder a esta pregunta con datos; sabemos que todas las técnicas tienen una incidencia de recurrencia, que en la mayoría de los casos no sabemos por qué, y que una proporción de mujeres operadas por

POP precisarán una reintervención. La esperanza está puesta en dos pilares de la investigación actual del POP: por un lado, conocer mejor los mecanismos del fracaso con las técnicas actuales, tanto vaginales como abdominales; por otro, disponer de materiales que permitan reforzar los tejidos vaginales con mínimas complicaciones. No obstante, dado que hoy la información epidemiológica de la que disponemos a partir de estudios de cohortes de gran calidad señala al parto como el principal factor de riesgo para el POP, es obligación de los profesionales al cuidado de la mujer en el embarazo, parto y posparto avanzar en la estrategia preventiva primaria y secundaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown HW, Hegde A, Huebner M, Neels H, Barnes HC, Marquini GV, et al. International urogynecology consultation chapter 1 committee 2. Epidemiology of pelvic organ prolapse: prevalence, incidence, natural history, and service needs. *Int Urogynecol J.* 2022; 33(2): 173-187 [DOI: 10.1007/s00192-021-05018-z].
2. Löwenstein E, Ottesen B, Gimbel H. Incidence and lifetime risk of pelvic organ prolapse surgery in Denmark from 1977 to 2009. *Int Urogynecol J.* 2015; 26(1): 49-55 [DOI: 10.1007/s00192-014-2413-y].
3. Löwenstein E, Møller LA, Laigaard J, Gimbel H. Reoperation for pelvic organ prolapse: a Danish cohort study with 15-20 years' follow-up. *Int Urogynecol J.* 2018; 29(1): 119-124 [DOI: 10.1007/s00192-017-3395-3].
4. Luchrist D, Zemtsov G, Jelovsek JE. Changes in performance of apical suspension at the time of surgery for prolapse: assessment of the influence of the American Urogynecologic Society and American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2022 [DOI: 10.1097/SPV.0000000000001136] [Epub ahead of print; PMID: 35113047].
5. Chen L, Swenson CW, Xie B, Ashton-Miller JA, DeLancey JO. A new 3D stress MRI measurement strategy to quantify surgical correction of prolapse in three support systems. *Neurourol Urodyn.* 2021; 40(8): 1989-1998 [DOI: 10.1002/nau.24781].
6. Bowen ST, Moalli PA, Abramowitch SD, Lockhart ME, Weidner AC, Ferrando CA, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network. Defining mechanisms of recurrence following apical prolapse repair based on imaging criteria. *Am J Obstet Gynecol.* 2021; 225(5): 506.e1-506.e28 [DOI: 10.1016/j.ajog.2021.05.041] [Epub 2021 Jun 1; PMID: 34087229; PMCID: PMC8578187].
7. Chapple CR, Cruz F, Defieux X, Milani AL, Arlandis S, Artibani W, et al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the use of implanted materials for treating pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Eur Urol.* 2017; 72(3): 424-431 [DOI: 10.1016/j.eururo.2017.03.048].
8. Roman S, Mangir N, MacNeil S. Designing new synthetic materials for use in the pelvic floor: what is the problem with the existing polypropylene materials? *Curr Opin Urol.* 2019; 29(4): 407-413 [DOI: 10.1097/MOU.0000000000000623] [PMID:30950869].
9. Larouche M, Belzile E, Geoffrion R. Surgical management of symptomatic apical pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2021; 137(6): 1061-1073 [DOI: 10.1097/AOG.0000000000004393].