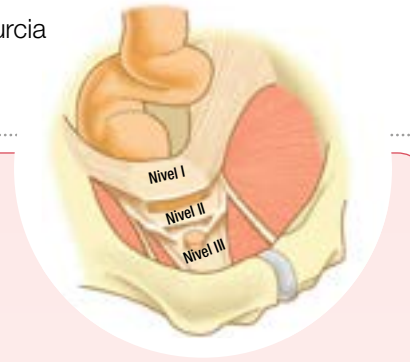


# Prolapso de órganos pélvicos (POP). Elección de la técnica quirúrgica

M.<sup>a</sup> Luisa Sánchez Ferrer

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia



## Procedimientos reconstructivos

### Para el ápex vaginal:

Clave: **PEXIA VAGINAL**. Varios puntos anatómicos de pexia con vías de accesos distintos y ángulos vaginales diferentes. Discutible histerectomía\*<sup>2</sup>.

**\*Preservar útero:** no se ha demostrado un mejor resultado del tratamiento del POP realizando histerectomía. Dos opciones:

#### Histeropexia:

- No está clara la mejor vía de histeropexia
- No está claro el beneficio de la malla

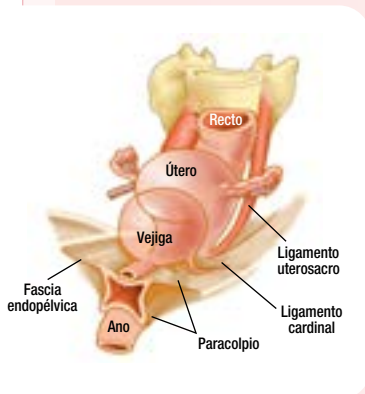
#### Operación de Manchester-Donald-Fothergill<sup>3</sup>

- Indicación: prolapso apical con elongación cervical
- Técnica: amputación cervical y **pexia del útero a ligamentos uterosacros** (puntos Fothergill)
- Excelente cura anatómica y subjetiva
- Atención a la estenosis cervical en pacientes fértiles

### \*Contraindicaciones de conservar el útero

- Patología uterina: miomas, adenomiosis, patología endometrial, lesión cervical, metrorragia posmenopáusica:
  - Riesgo de carcinoma de ovario/trompa (BCRA 1 y 2)
  - Riesgo de carcinoma de endometrio, síndrome de Lynch
- Tratamiento con tamoxifeno
- Obesidad
- Mujer incapaz de seguir estrategia de prevención del cáncer ginecológico
- Elongación cervical (punto C-D  $\geq 4$ ). Riesgo de recidiva x11

### Vía abdominal



### SACRO: sacrocervicopexia/sacrohisteropexia/sacrocolpopexia (prolapso de la cúpula)<sup>4</sup>

- Con malla, no totalmente estandarizada (duda si fijación a músculos puborrectales). Éxito (78-100 %)
- Mejor indicación primaria o secundaria para el POP del compartimento apical o POP mixto con afectación apical (corrige mejor el compartimento apical y anterior; corrige peor el compartimento posterior)
- Elección en mujeres cuya prioridad sea mantener la función sexual vaginal y en aquellas con longitud vaginal acortada
- Menor dispareunia
- Mejor corrección anatómica (menos POP residual)

- Menor número de cirugías por fracasos que gran variedad de cirugías vaginales
- Menor incontinencia urinaria posquirúrgica. Más estreñimiento *de novo* o empeoramiento del previo

### LIGAMENTOS PECTÍNEOS (ligamento de Cooper)<sup>5</sup>

- Misma tasa de éxito que sacropexia (1 ECA)
- Ventaja: no trastornos defecatorios *de novo*
- Posible menor lesión de nervios hipogástricos

### SUSPENSIÓN LATERAL LAPAROSCÓPICA<sup>6</sup>

- No ECA. Tasa de éxito similar
- Ventaja: más sencilla
- Menor tiempo quirúrgico

### LIGAMENTOS UTEROSACROS

- Nivel 1 de fijación de De Lancey
- Culdoplastia de McCall tras histerectomía vaginal: la técnica más empleada para tratar el prolapso (85 %)<sup>7,8</sup>
- De elección si el manguito vaginal desciende a un nivel  $\leq -2$  cm del introito tras la exéresis del útero
- Si desciende más debe hacerse fijación apical «más craneal»; 2 opciones:

### LIGAMENTO SACROESPINOSO (más empleado), o High McCall (+ riesgo de acodamiento uretral)<sup>9</sup>

- Fijación con suturas o con malla
- Puede hacerse conservando el útero (histeropexia) o como 2.<sup>a</sup> cirugía en prolapsos de cúpula vaginal (Richter)
- Buena técnica para corrección del compartimento apical y posterior. Corrige peor el compartimento anterior

### Vía vaginal



**Mallas vaginales: uso excepcional. Mayor morbilidad. Solo cirujanos expertos y casos seleccionados<sup>10</sup>**

## Procedimientos obliterativos: cleisis<sup>1</sup>

Para tratar el prolapso primario (es posible hacerlo conservando el útero o con histerectomía) y de cúpula vaginal. En mujeres mayores que renuncian al coito vaginal.

### Para compartimento anterior:

**Colporrafia anterior sin mallas** (elección)/  
**con malla** (recurrencia) y reparación paravaginal

### Para compartimento posterior:

**Colporrafia posterior sin malla, perineoplastia**, plicatura de músculos elevadores (solo excepcional si no hay función sexual)

**IMPORTANTE** reparar todos los compartimentos afectados y proporcionar fijación apical suficiente individualizando según grado de prolapso, compartimentos afectados y preferencias

1. Wang X, Chen Y, Hua K. Pelvic symptoms, body image, and regret after Lefort colpocleisis: a long-term follow-up. J Minim Invasive Gynecol. 2017; 24(3): 415-419. 2. Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Murphy M, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. Int Urogynecol J. 2019; 30(4): 505-522. doi: 10.1007/s00192-019-03876-2. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30741318. 3. Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. The Manchester procedure versus vaginal hysterectomy in the treatment of uterine prolapse: a review. Int Urogynecol J. 2017; 28(1): 33-40. doi: 10.1007/s00192-016-3100-y. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27485234. 4. González-Enguita C, Gennaro-DellaRossa N, López-López E, Escobar-Castaño J, Rodríguez-Castro PM, González-López R. Estado actual de la Colposacropexia Laparoscópica (CSPL) en la corrección del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) [Current status of laparoscopic sacrocolpopexy in the treatment of pelvic organ prolapse]. Arch Esp Urol. 2017; 70(4): 400-411. Spanish. PMID: 28530619. 5. Noé KG, Schiermeier S, Alkatout I, Anapolski M. Laparoscopic pectopexy: a prospective, randomized, comparative clinical trial of standard laparoscopic sacral colpopocervicopexy with the new laparoscopic pectopexy-postoperative results and intermediate-term follow-up in a pilot study. J Endourol. 2015; 29(2): 210-215. doi: 10.1089/end.2014.0413. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25350228; PMCID: PMC4313410. 6. Veit-Rubin N, Dubuisson J, Constantin F, Lange S, Eperon I, Gomel V, et al. Uterus preservation is superior to hysterectomy when performing laparoscopic lateral suspension with mesh. Int Urogynecol J. 2019; 30(4): 557-564. doi: 10.1007/s00192-018-3678-3. Epub 2018 Jun 30. PMID: 29961113; PMCID: PMC6450845. 7. Cruikshank SH, Kovac SR. Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180(4): 859-865. 8. Wu YM, Welk B. Revisiting current treatment options for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a contemporary literature review. Res Rep Urol. 2019; 11: 179-188. doi: 10.2147/RRU.S191555. PMID: 31355157; PMCID: PMC6590839. 9. Jelovsek JE, Barber MD, Brubaker L, Norton P, Gantz M, Richter HE, et al.; NICHD Pelvic Floor Disorders Network. Effect of uterosacral ligament suspension vs sacrospinous ligament fixation with or without perioperative behavioral therapy for pelvic organ vaginal prolapse on surgical outcomes and prolapse symptoms at 5 years in the OPTIMAL randomized clinical trial. JAMA. 2018; 319(15): 1554-1565. doi: 10.1001/jama.2018.2827. PMID: 29677302; PMCID: PMC5933329. 10. Incontinence, 6th Edition. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A (eds). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK; 2017. ISBN: 978-0956960733.