

VÍDEOS: RECTOSACROPEXIA Y SUSPENSIÓN LATERAL PREPERITONEAL PERCUTÁNEA EN EL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS TRICOMPARTIMENTAL.

Miguel Toledano Trincado; Juan Ramón Gómez López; María Luz Martín Esteban; Pilar Concejo Cutoli; María Antonia Montenegro Martín; Juan Carlos Martín del Olmo.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Medina del Campo. Medina del Campo, Valladolid, España.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#) (Miguel Toledano).

ABSTRACT:

Introducción:

La sacropexia laparoscópica es la técnica más difundida para el Prolapso de Órganos Pélvicos (POP). La suspensión lateral preperitoneal laparoscópica (SLL) es una alternativa para el POP tricompartmental que evita la disección del promontorio y retrorrectal y puede asociarse a la rectopexia en caso de defecación obstructiva.

Caso clínico y técnica quirúrgica:

Presentamos una mujer de 61 años con Lupus Eritematoso Sistémico en tratamiento con corticoides e histerectomía con doble anexectomía por miomas. Presenta POP con rectocele grado III, colpocele grado IV y cistocele.

Asocia defecación obstructiva con autodigitación e incontinencia urinaria de esfuerzo. En RMN dinámica observamos descenso tricompartmental respecto al diafragma pélvico de 6 cm la vejiga, 4.5 cm la vagina y 5 cm el recto.

En el vídeo describimos los pasos para la rectosacropexia y SLL laparoscópicas mediante instrumentos percutáneos, empleando únicamente una incisión de 12 mm y otra de 5mm. Se colocan sendas mallas anclando la rectal al promontorio, y la vaginal a las fascias de los oblicuos del abdomen, a través de su tunelización preperitoneal bilateral pasando por detrás de los ligamentos uterosacros.

Discusión:

La sacropexia mediante malla puede ser del recto, cúpula vaginal o incluso cara posterior vesical dependiendo del compartimento prolapsado. La SLL presenta unos resultados idénticos para los compartimentos anterior y medio, con menor porcentaje de recidiva para el posterior, además de evitar la disección retrorrectal que protege de lesión al plexo hipogástrico, que puede ocasionar estreñimiento, alteraciones vesicales y sexuales.

En los últimos años se ha utilizado sobre todo para recidivas. Los estudios avalan que con SLL no se necesita histerectomía en POP de compartimento medio: la elevación de los compartimentos medio y anterior por elevación de los ligamentos uterosacros proporciona una posición anatómica del útero en anteversión. Asociaremos la rectosacropexia si asocia defecación obstructiva.

Conclusiones:

La asociación de rectosacropexia y SLL en POP tricompartmental puede ser la solución para evitar la histerectomía, el alto porcentaje de recidivas en

POP del compartimento medio y la defecación obstructiva. Los avances en cirugía percutánea minimizan cada vez más la agresión quirúrgica.

Palabras clave: suspensión lateral laparoscópica; prolapso órganos pélvicos; rectopexia; laparoscopia.

PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL VÍDEO:

Introducción:

El Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) afecta al 3-6% de las mujeres cuando atendemos a los síntomas pero llega al 50% por encima de 60 años cuando nos basamos en la exploración vaginal¹⁻³. La probabilidad de necesitar cirugía oscila entre el 12-19% a lo largo de la vida⁴.

Hay varias técnicas para corregir el POP de los tres compartimentos y el debate persiste entre las técnicas transvaginales y las transabdominales. Las técnicas transabdominales laparoscópicas (rectocolposacropexia) con mallas están consideradas actualmente de elección⁵. La disección del promontorio con el riesgo de lesión neurológica, ureteral e incluso vascular hacen que muchos cirujanos rechacen la técnica. El uso de agrafes helicoidales en el promontorio aumenta el dolor postoperatorio hasta en un 50%⁶.

La Suspensión Lateral Laparoscópica (SLL) preperitoneal es una alternativa para el POP de compartimento medio y anterior y asociada con la rectosacropexia puede ser la solución definitiva para el POP tricompartmental.

Mediante este vídeo queremos mostrar la realización simultánea de ambos procedimientos por laparoscopia.

Caso clínico y técnica quirúrgica:

Presentamos los pasos para la rectopexia y SLL preperitoneal en una mujer de 61 años con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico e Hipertensión Arterial e intervenida de histerectomía y doble anexectomía. En la exploración presenta un rectocele grado III, acompañado de colpocele grado IV y discreto cistocele. Clínicamente sufre defecación obstructiva necesitando autodigitación en la evacuación e incontinencia urinaria. La manometría anal fue normal. En la RMN Dinámica pélvica presenta descenso de los 3 compartimentos muy acentuado en compartimento medio; respecto al diafragma pélvico están descendidos 6 cm la vejiga, 4.5 cm la vagina y 5 cm el recto. Tras la cirugía, a la exploración, desapareció el prolapso de los 3 compartimentos y se consiguió mejoría de la clínica defecatoria así como la curación de la incontinencia de esfuerzo de 12 años de evolución durante un seguimiento de 2 años.

En el video pretendemos ilustrar la cirugía paso a paso, con especial énfasis en la utilización de pinzas percutáneas de 2.5 y 2.9mm. De esta forma el daño tisular se reduce al trocar de 12 mm para la óptica y el de 5 mm para una de las pinzas y el portaagujas para suturar. Con la cirugía percutánea podemos triangular las manos, para realizar la disección de todos los planos y las múltiples suturas para fijar las mallas. El daño parietal es mínimo, a veces imperceptible en la consulta tras la cirugía y los extremos intercambiables con diámetros de 5 mm, permiten un manejo de las vísceras atraumático, evitando las lesiones iatrogénicas que pueden ocasionar las pinzas percutáneas tradicionales de extremos punzantes.

En primer lugar realizamos la disección del mesocolon sigmoide desde el promontorio hasta el tabique rectovaginal, identificando uréter y plexo hipogástrico derecho sin disecar el espacio retrorrectal. Posteriormente, y con la ayuda de manipulación endovaginal, procedemos a la disección del tabique rectovaginal hasta el elevador del ano. Es importante la liberación completa del mismo para evitar la recidiva del rectocele, colocando la malla con sutura entrecortada y anclándola al promontorio con agrafes helicoidales irreabsorbibles. En este paso hay que tener especial cuidado de no lesionar ningún vaso, estructura nerviosa o el uréter. La malla para la rectopexia utilizada en este caso es una malla preformada de PVDF. Realizada la rectopexia, confeccionamos la malla para la SLL, con una malla de polipropileno (PPL) de 30x30cm, cortándola de manera que queden dos tiras oblicuas largas y una central rectangular de unos 2.5x6cm para la colposuspensión. Plegamos las dos tiras oblicuas con puntos de PPL monofilamento y enrollamos la central con otro punto de PPL para el mejor manejo intracorpóreo de la malla.

Tras introducir la malla por el trocar de 12mm, colocamos la zona central enrollada en la cúpula vaginal suturando la misma en el ápex vaginal y cortando la sutura de PPL la desenrollamos para suturarla a la cara posterior vaginal. Una vez orientada y colocada la malla, realizamos sendas incisiones 2cm mediales a la espina iliaca anterosuperior para introducir un trocar de 5mm de punta roma y deslizarlo por el espacio preperitoneal bajo visión directa hasta pasar por detrás de los ligamentos uterosacos y salir con una pinza laparoscópica justo en el espacio retrovaginal. Una vez conseguido esto desenrollamos ambas tiras oblicuas de la malla para recogerlas con la pinza

por debajo de los ligamentos uterosacros, de forma que extraemos cada extremo de la malla a través del espacio preperitoneal hasta la pared abdominal a nivel de las espinas iliacas anterosuperiores. Al traccionar de las tiras oblicuas de la malla se eleva la vagina y la vejiga quedando además en anteversión. Solamente nos quedaría fijar las dos tiras oblicuas a la fascia del oblicuo mayor y cerrar las incisiones dérmicas.

Completamos el procedimiento cerrando el espacio retroperitoneal mesorrectal con una sutura continua barbada.

Discusión:

Existen muchas técnicas para el tratamiento del POP. El uso de mallas por vía transabdominal se ha incrementado con la implantación de la laparoscopia⁵. El abordaje laparoscópico no está exento de problemas. Desde la disección peligrosa del promontorio, la posibilidad de lesión vascular, ureteral o neurológica del plexo hipogástrico, con las consecuencias posteriores de constipación *de novo*, alteraciones miccionales o sexuales e incluso estenosis ureteral si existiera lesión ureteral⁶. La espondilodiscitis ocasionada por la fijación de la malla con agrafes metálicos es bien conocida⁷. Los índices de recidiva suelen oscilar sobre el 10% para los compartimentos anterior y medio, pero llegan a ser hasta del 25% para el compartimento posterior¹.

La SLL ofrece los mismos resultados que la rectocolposacropexia o la histeropexia sacra laparoscópicas evitando la disección retrorrectal y del promontorio⁸. Esta disección, sobre todo en pacientes obesas, puede ocasionar lesiones vasculares, ureterales y del plexo hipogástrico. Las microlesiones del plexo hipogástrico suelen acarrear estreñimiento postoperatorio *de novo* o

alteraciones vesicales⁷. Cuando utilizamos la SLL para el POP tricompartmental, los porcentajes de recidiva en compartimentos anterior y medio son idénticos a los obtenidos con la rectocolposacropexia pero los índices de recidiva del compartimento posterior y de estreñimiento postoperatorio son menores. Esta mejoría de resultados seguramente se deba a la ausencia de disección retrorrectal. La asociación de rectosacropexia junto a la SLL está en debate ya que la fibrosis del tabique rectovaginal a la malla en la SLL soluciona también el problema para el compartimento posterior, y no sería necesario asociar la rectosacropexia. La duda está cuando el estreñimiento es por un descenso del tercio superior rectal, produciendo una defecación obstructiva, en estos casos asociar la rectosacropexia solucionaría el problema elevando también el tercio superior rectal¹.

En cuanto a los problemas originados por la malla, existen estudios de más de 400 casos de SLL, en los que se aprecia hasta un 4.3% de extrusión vaginal de la malla. Las mallas de Polietileno son las que causan más extrusiones, y las de Polipropileno las que menos, sobre todo las recubiertas de titanio¹. La mayoría de las extrusiones publicadas en la bibliografía son de tipo I (<1cm) y siempre fuera de las líneas de sutura.

En pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, debe asociarse cirugía de la incontinencia urinaria, y aun así, solucionado el cistocele con la SLL, la incontinencia suele persistir al año en un 22%. La suspensión de los compartimentos medio y anterior, suele cambiar la angulación de la uretra apareciendo incontinencia de esfuerzo *de novo* tras la cirugía en un 5.2%¹.

Otra ventaja de esta técnica es la de poder realizarla preservando el útero. El valor psicológico de conservarlo y las ventajas de seguir siendo fértil,

incrementan el valor de esta técnica en mujeres jóvenes⁹. También parece que permite conservar la función sexual casi en un 100%, aunque la dispareunia del postoperatorio inmediato debe evaluarse en estudios prospectivos¹.

Los factores independientes relacionados con mejor satisfacción comparando la SLL con otras técnicas son la ausencia de histerectomía y la ausencia de estreñimiento⁹. Los índices de satisfacción con la SLL son muy buenos, con porcentajes de cura al año del 91% en compartimento anterior, 93.6% en el medio y 83.3% en el posterior. Por otro lado existe un deterioro del POP-Q Score (Escala de cura del POP) que comienza a aparecer a los 3 meses y se estabiliza al año de la cirugía, mínimo para los compartimentos anterior y medio y mucho más importante en el compartimento posterior¹.

La mayor recidiva y el deterioro del POP-Q Score del compartimento posterior, son los argumentos para el debate de asociar o no la rectosacropexia al procedimiento SLL. Parece que como hemos comentado hay mayor acuerdo en la bibliografía en asociarlos si existe defecación obstructiva como en el presente caso.

Conclusiones:

La SLL utilizando material percutáneo es una cirugía reproducible para cualquier cirujano con experiencia laparoscópica. Es muy buena para POP de compartimentos medio y anterior: evita el estreñimiento *de novo* postquirúrgico, permite conservar el útero y mejora los resultados vesicales y sexuales.

Hasta que nuevos estudios prospectivos lo aclaren, parece que es necesaria asociar a la SLL la rectosacropexia en los POP tricompartmentales cuando existe defecación obstructiva añadida.

Declaraciones y conflictos de intereses: el manuscrito ha sido revisado y aprobado por todos los autores para su publicación. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con la Revista Electrónica ACIRCAL. No ha sido enviado para su publicación a ninguna otra revista científica. Miguel Toledano es Editor Jefe de la Revista Electrónica ACIRCAL.

Referencias bibliográficas:

1. Veit-Rubin N, Dubuisson JB, Gayet-Ageron A, Lange S, Eperon I, Dubuisson J. Patient satisfaction after laparoscopic lateral suspension with mesh for pelvic organ prolapse: outcome report of a continuous series of 417 patients. *Int Urogynecol J* (2017) 28:1685-93.
2. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assesmente of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013; 24 (11): 1783-90.
3. Handa VL, Garret E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190 (1): 27-32.
4. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (5): 1096-100.
5. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013; 24 (11); 1815-33.
6. Vieillefosse S, Thubert T, Dache A, Hermieu JF, Deffieux X. Saisfaction quality of life and lumbar pain following laparoscopic sacrocolpopexy: suture vs tackers. *Eur J Obstect Gynecol Reprod Biol*. 2015; 187: 51-56.
7. Propst K, Tunitsky-Bitton E, Schimpf MO, Ridgeway B, Pyogenic spondilodiscitis associated with sacral and rectopexy: report of two cases and evaluation of the literature. *Int Urogynecol J*. 2014; 25 (1): 21-31.
8. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler 2nd TL, Schaffer J, Chen Z, et al. Defining succes after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstect Gynecol*, 2009; 114 (3): 600-609.
9. Veit-Rubin N, Dubuisson JB, Lange S, Eperon I, Dubuisson J. Uterus-preserving laparoscopic lateral suspension with mesh for pelvic organ prolapse: a patient-centred outcome report and video of a continuous series of 245 patients. *Int Urogynecol J*. 2016; 27 (3): 491-93.