Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 mayo;87(5):334-340.

Complicaciones postratamiento del prolapso apical: a propósito de un caso

Complications after the treatment of apical prolapse: A case report.

Elena Bescós-Santana,[1] Alejandro Sanz-López,[1] Nadia Nassar-Melic,[1] Beatriz Procas-Ramón,[1] Lourdes Gabasa-Gorgas,[1] Manuela Elía-Guedea,[2] Elena Córdoba-Días de Laspra[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El prolapso de órganos pélvicos es un problema que puede resolverse con una diversidad de técnicas quirúrgicas según su tipo y características personales de la paciente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 81 años, originaria de Zaragoza, España, con índice de masa corporal de 41 kg/m^2, hipertensión moderada y arritmia cardiaca, en tratamiento con acenocumarol y antihipertensivos de manera crónica. Antecedentes ginecológicos: tres embarazos de término que finalizaron en partos espontáneos, del segundo nació un niño de 4200 g. La paciente acudió a consulta por rectocele, corregido mediante la colocación de un pesario de anillo. El prolapso se complicó con rectoenterocele, que precisó corrección quirúrgica. Como consecuencia de la técnica quirúrgica elegida y por tratarse de una complicación frecuente de la vía de acceso (hematoma de la cúpula vaginal), la paciente sufrió una apertura vaginal a través de la que se hernió contenido intestinal. Después de evaluar el caso se decidió efectuar una nueva corrección quirúrgica que permitiera solucionar, simultáneamente, la hernia a través de la pared vaginal y la recidiva del prolapso apical. Hoy día se encuentra con adecuada evolución (12 meses del procedimiento quirúrgico), asintomática y sin complicaciones aparentes.

CONCLUSIÓN: La cirugía del prolapso apical es compleja, debido a su amplia variedad de técnicas quirúrgicas y alto índice de recidiva. Es necesario conocer las diferentes vías de acceso para ofrecer la mejor solución a las pacientes.

PALABRAS CLAVE: Rectocele; enterocele; técnica de Richter; colposacropexia.

Abstract

BACKGROUND: Pelvic organ prolapse is a pathology that offers a variety of surgical techniques depending on the type of prolapse and the characteristics of the patient.

CLINICAL CASE: Patient of 81 years born in Zaragoza (Spain) with a body mass index of 41kg / m2. It presents moderate hypertension and cardiac arrhythmia in treatment with anticoagulants. Requires treatment with acenocoumarol and antihypertensive in a chronic manner. Among the gynecological antecedents, there are three full-term pregnancies that ended with spontaneous deliveries, the second of them with a birth weight of 4,200gr.

In this case, we present an elderly patient who initially presented a rectocele corrected initially using a pessary of the ring. The prolapse evolved presenting a rectoenterocele that required surgical correction. As a consequence of the chosen surgical technique and a frequent complication of the vaginal approach, such as a vaginal cuff hematoma, the patient suffered a vaginal opening through which intestinal contents were herniated. After evaluating the case, a new surgical correction was required that would allow the simultaneous resolution of the hernia through the vaginal wall that presented and the recurrence of the apical prolapse. Today is the right evolution (12 months of the surgical event), asymptomatic and without apparent complications.

CONCLUSION: Prolapse surgery is complex due to its wide variety of surgical techniques and its high rate of recurrence. It is necessary to be aware of the different approaches to be able to offer the best solutions to our patients.

KEYWORDS: Rectocele; Enterocele; Richter procedure; Colposacropexy.

[1] Servicio de Ginecología y Obstetricia.
[2] Servicio de Cirugía.
Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Recibido: diciembre 2018

Aceptado: marzo 2019

Correspondencia
Elena Bescós Santana
ebescoss@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Bescós-Santana E, Sanz-López A, Nassar-Melic N, Procas-Ramón B, Gabasa-Gorgas L, Elía-Guedea M, Córdoba-Días de Laspra E. Complicaciones postratamiento del prolapso apical: a propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2019 mayo;87(5):334-340.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2808

ANTECEDENTES

El prolapso de órganos pélvicos es una alteración de interés por su elevada incidencia, pérdida de la calidad de vida y alta tasa de recidiva después de la cirugía.[1,2]

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. Es una variedad de hernia a través del hiato urogenital, que puede generar una alteración multisistémica y precisa de enfoque multidisciplinario, constituyendo una parte importante de la disfunción del piso pélvico.

Se estima que 11.8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. En España, este procedimiento supone 30% de la cirugía mayor ginecológica.[3] En algunas pacientes el prolapso genital se acompaña de desgarros perineales y defectos del músculo elevador del ano. El grado de prolapso se establece con la clasificación de Baden-Walker o POP-Q simplificada, propuesta por la Sociedad Internacional para la Continencia.[3]

El enterocele es un prolapso del compartimento medio formado por una prolongación del peritoneo de Douglas, que se introduce en el espacio interrectovaginal. En ocasiones se trata de un saco estrecho donde no cabe contenido intestinal y en otros más grandes las asas del intestino delgado o colon sigmoideo se encuentran en su interior.[4]

Hasta la fecha se desconoce su prevalencia. Estudios efectuados en pacientes sanos reportan una incidencia de 10%,[5] incluso de 28% en sujetos con defecación obstruida.[6]

En pacientes con rectocele se sugiere llevar a cabo una plastia posterior, sin material protésico. En casos de recidiva o rectoenterocele se sugieren técnicas quirúrgicas más complejas para conseguir una mejor sujeción por vía vaginal o abdominal. La elección de la técnica dependerá de las características de la paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años, originaria de Zaragoza, España, con índice de masa corporal de 41 kg/m^2, hipertensión moderada y arritmia cardiaca, en tratamiento con anticoagulantes (acenocumarol y antihipertensivos de manera crónica). Acudió a la consulta de ginecología del piso pélvico por percibir una masa en los genitales, de siete años de evolución, que dificultaba la micción. Entre sus antecedentes ginecológicos refirió tres embarazos de término que finalizaron por parto espontáneos (del segundo nació un niño de 4200 g). Durante la exploración física y después de realizar un esfuerzo mantenido se objetivó un prolapso del componente posterior. Se estableció el diagnosticó de rectocele grado IV, según la clasificación de Baden-Walker, sin prolapso anterior ni medio. Al efectuar la prueba de Valsalba no se reportó incontinencia de orina. La estimación de residuos de orina posmiccional fue de 135 cc.

Por la edad, comorbilidades y decisión de la paciente se optó inicialmente por tratamiento conservador, mediante la colocación de un pesario de anillo de 80 mm.[7,8] Se mantuvo asintomática durante dos años, pero debido a su elevado IMC y estreñimiento expulsó el pesario, con lo que reaparecieron los síntomas.[9] En ese momento el prolapso sobrevino con rectoenterocele grado IV, concomitante con prolapso uterino grado III, sin prolapso anterior (**Figura 1**). No se objetivó incontinencia urinaria, pero refería dificultad miccional ocasional y estreñimiento.

Debido al fracaso del tratamiento conservador se planteó el procedimiento quirúrgico del enterocele y el prolapso uterino, conjuntamente.



Figura 1. Rectoenterocele grado IV con prolapso uterino III.

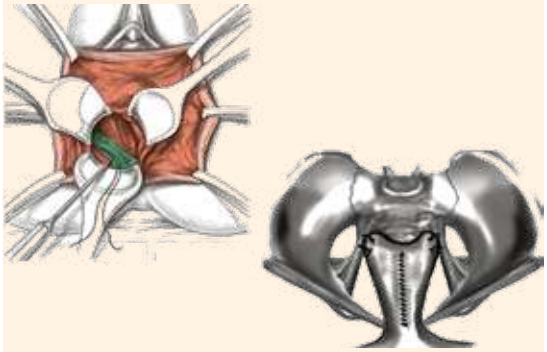


Figura 2. Corrección quirúrgica mediante la técnica de Richter.

Para prevenir el posterior prolapso apical se realizó la fijación unilateral al ligamento sacroespinoso derecho (colposuspensión vaginal de Richter) mediante el sistema Anchorsure® (**Figura 2**) y anclaje con sutura irreabsorbible. Para prevenir la recidiva del enterocele, después de la resección del saco herniario, se efectuó la culdoplastia de McCall (**Figura 3**), con plicatura de ambos ligamentos uterosacros en la línea media, con dos suturas sintéticas absorbibles de 0.[10]

La intervención quirúrgica se llevó a cabo con la paciente en posición de litotomía y aplicación de anestesia epidural sin complicaciones (**Figuras 4, 5, 6 y 7**). Posteriormente, la reparación de la cúpula vaginal quedó bien suspendida y se observó reducción del rectoenterocele (**Figura 8**).

El posoperatorio transcurrió sin incidencias, se mantuvo un tapón vaginal y sonda urinaria durante 24 horas. Al cumplir 48 horas del procedimiento quirúrgico se otorgó el alta hospitalaria.

A nueve días del posoperatorio acudió al servicio de Urgencias por febrícula. En la exploración clínica y ecografía se evidenció una colección sugerente de hematoma, de 5 x 4 cm, en la cúpula vaginal, quizá por la edad y el elevado IMC, asociado con la cirugía compleja y prescripción de antiagregantes, drenada por vía vaginal, mediante guía ecográfica.[11,12] La paciente fue dada de alta 9 días después, al finalizar el tratamiento con antibióticos.

Un mes después del drenaje, acudió nuevamente al servicio médico por dolor en el hipogastrio y sangrado vaginal escaso. En la exploración clínica se observó un orificio en la cara vaginal posterior, a 4 cm del introito vulvar, de 2 cm de diámetro, del que protruía contenido intestinal recubierto por peritoneo (**Figura 9**). La dehiscencia parecía secundaria al orificio de drenaje del hematoma de la cúpula, quizá provocada por el estreñimiento crónico de la paciente. Se realizó la reparación por vía vaginal, mediante sutura en dos capas con material de lenta reabsorción.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2808

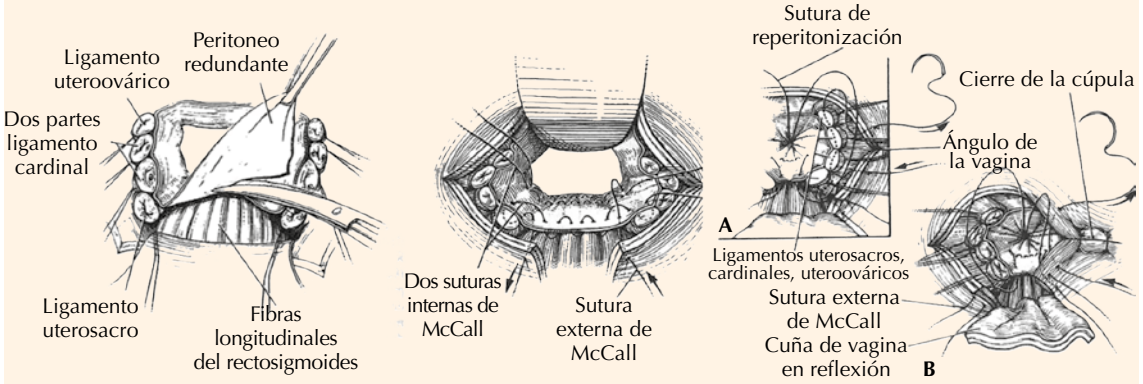


Figura 3. Culdoplastia de McCall asociada con corrección del saco herniario de enterocele (Clin Obstet Ginecol North Am 1993).[11]

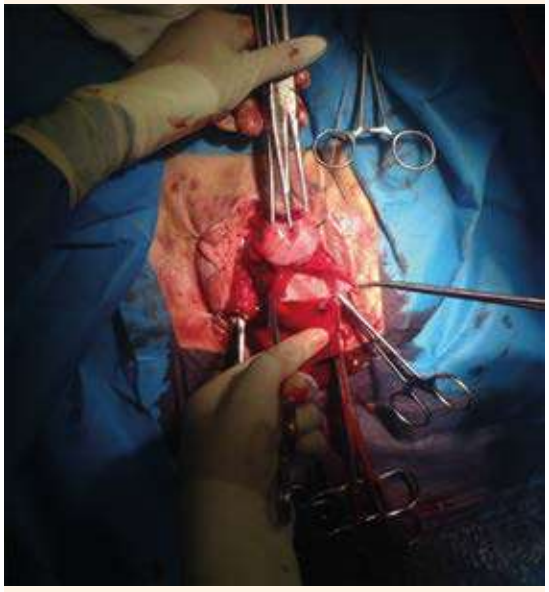


Figura 4. Apertura del peritoneo, en la cara posterior, para proceder a la resección del saco herniario.

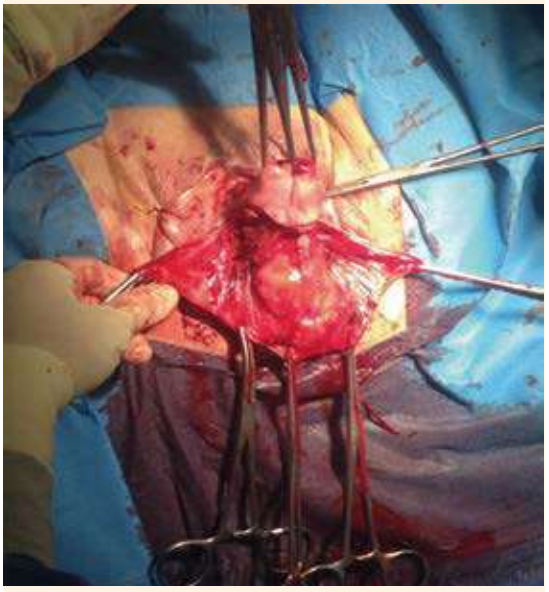


Figura 5. Cierre del saco herniario para reducir el enterocele.

Veinte días después del posoperatorio se programó a consulta, donde se observó la reapertura del orificio suturado y una nueva protrusión intestinal con la prueba de Valsalva.

Por la complejidad del caso se replanteó en sesión multidisciplinaria, con el servicio de Cirugía, la vía de acceso quirúrgico. Debido al fracaso de la sutura vaginal y recidiva parcial

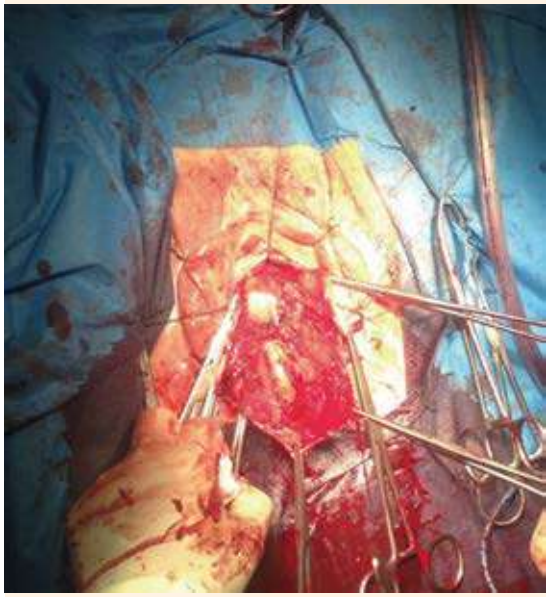


Figura 6. Cierre peritoneal después de la histerectomía vaginal.

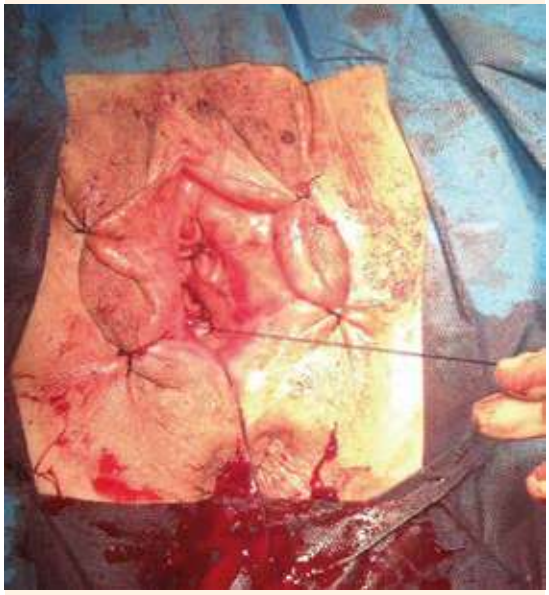


Figura 7. Punto de anclaje en el ligamento sacroespinoso derecho para sujeción de la cúpula vaginal.



Figura 8. Situación posquirúrgica.



Figura 9. Apertura espontánea vaginal. Hernia intestinal a través del orificio vaginal.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2808

del enterocele, se decidió el acceso abdominal. La cúpula vaginal se mantuvo suspendida, al igual que el componente anterior, por lo que se decidió efectuar rectosacrocolpopexia ventral y cierre del orificio herniario por vía laparoscópica.[13] Se colocó una malla de polipropileno macroporosa y cierre del orificio vaginal. La cirugía transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta cinco días después del posoperatorio. Hoy día se encuentra con adecuada evolución (12 meses del evento quirúrgico), asintomática y sin complicaciones aparentes (**Figura 10**).

DISCUSIÓN

Con el paso del tiempo y el conocimiento de la fisiopatología del prolapso de órganos pélvicos se ha definido el mejor enfoque quirúrgico para cada tipo de prolapso.[14] En el caso aquí informado, después del fracaso con la colocación del pesario, se planteó la mejor opción quirúrgica, inicialmente decidir entre el acceso vaginal o abdominal.

No existe indicación estricta para cada tipo de prolapso y resulta especialmente compleja la cirugía del prolapso de la cúpula vagina. En pacientes con prolapso apical puede efectuarse el anclaje al ligamento sacroespinoso mediante sutura no absorbible, colocación de mallas vaginales ancladas al ligamento sacroespinoso o colposacropexia abdominal, laparoscópica o robótica. Debido a las diferentes técnicas o variantes quirúrgicas es difícil llevar a cabo estudios comparativos.[15]



Figura 10. Aspecto final, luego de efectuar la rectopexia laparoscópica y el cierre del orifico vaginal.

Existen estudios comparativos entre colposacropexia laparoscópica y fijación sacroespinosa por vía vaginal para el tratamiento del prolapso del compartimento medio; sin embargo, además de ser estudios heterogéneos, tanto por la técnica quirúrgica como por la población de estudio, la mayor parte no valora la mejoría en la calidad de vida de las pacientes como variable principal.[16]

En el caso aquí expuesto se planteó que la vía de acceso vaginal sería la menos compleja, debido a la edad avanzada y elevado índice de masa corporal. Se podría haber valorado el uso de material protésico para la suspensión vaginal. Existen diferentes equipos de mallas vaginales, con diversos mecanismos de anclaje al ligamento sacroespinoso. La recomendación actual en todo el mundo consiste en reservar la colocación de mallas vaginales a pacientes con recidiva de prolapso o en casos excepcionales.[14] Además, debido a la avanzada edad de la paciente, se observó una importante atrofia vaginal, que también fue un punto importante para desestimar la colocación de la malla vaginal, por el riesgo alto de extrusión.

CONCLUSIONES

La disfunción del piso pélvico afecta la calidad de vida de las pacientes. Existen múltiples opciones para un mismo caso, por lo que es importante valorar cada uno y seleccionar la mejor técnica quirúrgica para cada paciente. Para decidir el tratamiento se requiere la colaboración de un equipo multidisciplinario. El objetivo principal del tratamiento consiste en

mejorar la calidad de vida de las pacientes y no sólo conseguir la reparación anatómica.

REFERENCIAS

1. Bump R, Norton P. Datos epidemiológicos y evolución natural de la disfunción del piso pélvico. Clín Ginecol Obstet 1998;4:688-90.
2. Brubaker L. Valoración inicial: historia de las mujeres con problemas del piso pélvico. Clín Obstét y Ginecol 1998;3:624.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso genital (actualizado: junio de 2013). Prog Obstet, Ginecol 2015;58(4):205-8. https://medes.com/publication/96823
4. Escribano J, et al. Tratamiento del enterocele mediante la resección del saco peritoneal y reparación protésica del espacio rectovaginal. Estudio prospectivo y validación de nueva técnica quirúrgica. Cir Esp 2001;70(2):59-111. http://doi.org/10.1016/S0009-739X(01)71851-9
5. Freimanis MG, et al. Evacuation proctography in normal volunteers. Invest Radiol 1991;26:581-85.
6. Ranney B. Enterocele, vaginal prolapse, pelvic hernia: recognition and treatment. Am J Obstet Gynecol 1981;140:53-61.
7. Clemons JL, et al. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2004;190:345-50. http://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.034
8. Sulak PJ, et al. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. J Reprod Med 1993;38:919-23.
9. Bump RC, et al. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25(4):723-46.
10. Wheeless CR. Vaginal repair of enterocele. In: Wheeless CR Jr, editor. Atlas of pelvic surgery. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997;56-61.
11. McCall ML. Posterior culdoplasty; surgical correction of enterocele during vaginal histerectomy; a preliminary report. Obstet Gynecol 1957;10(6):595-602.
12. García-Valderrama, et al. Factores de riesgo asociados a hematoma de cúpula infectado post histerectomía vaginal. Rev Peru Ginecol Obstet 2001;57(2):107-12. http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/194/173
13. Evans C, et al. A Multicenter Collaboration to Assess the Safety of Laparoscopic Ventral Rectopexy. Dis Colon Rectum 2015;58(8):799-807. http://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000402
14. Maher CF, et al. Summary: 2017 International Consultation on Incontinence Evidence-Based Surgical Pathway for Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2018. http://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000591
15. Coolen AWM, et al. The treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2017;28(12):1767-1783. http://doi.org/10.1007/s00192-017-3493-2
16. Coolen AWM, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy versus vaginal sacroespinous fixation for vaginal vault prolapse, a randomized controlled trial: SALTO-2 trial, study protocol. BMC Womens Health 2017;17:52. http://doi.org/10.1186/s12905-017-0402-2

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2808