

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Autores:

Autor presentador:

García García, Noelia

Resto de autores:

Fernández Lucas, Cristina; García Barreras, Silvia; Téllez Martínez-Fornés, Miguel; Vázquez Echarri, Jaime.

Institución:

Servicio de Urología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Resumen de comunicación:

Introducción:

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una patología frecuente que puede ocurrir hasta en el 50% de las mujeres multíparas. La etiología del mismo es compleja y multifactorial. Según el compartimento pelviano afecto estos pueden ser de la pared vaginal anterior, media y posterior, pudiendo verse implicados uno o más de estos compartimentos.

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación producto del debilitamiento de la fascia endopélvica en el área del vértice vaginal y del complejo cardinal útero-sacro. La incidencia del prolapso de cúpula tras histerectomía es muy variable dentro de la literatura oscilando entre el 0,2% y el 43%.

El tratamiento del POP puede llevarse a cabo por vía vaginal o abdominal, siendo de elección en éste último caso el abordaje laparoscópico debido a su menor morbilidad y adecuada exposición de las estructuras anatómicas.

La promontofijación laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva que permite la corrección integral de los trastornos de los tres compartimentos del suelo pélvico.

Objetivo:

El objetivo del video es la descripción de la técnica quirúrgica empleada para la corrección del prolapso de órganos pélvicos mediante Promontofijación laparoscópica.

Material y método:

PRESENTACIÓN DEL VÍDEO

Paciente mujer de 60 años de edad con antecedentes de estreñimiento crónico. Intervenida de: herniorrafia izquierda hace 20 años, incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E) mediante técnica de Burch en 1998, carcinoma tubular de mama izda estadio I en 2004 e histerectomía vaginal más colporrafia anterior en 2008. La paciente refiere sensación de bulto genital e I.U.E. A la exploración

presenta cistocele grado II y rectocele grado II que serán tratados mediante doble promontofijación más técnica T.O.T para la incontinencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previo al procedimiento laparoscópico se lleva a cabo colocación de cabestrillo suburetral según técnica Transvaginal Obturatriz Tape (TOT).

La paciente es colocada en posición de litotomía baja y Trendelenburg forzado para ayudar a desplazar las asas intestinales. Realización de neumoperitoneo con aguja de Verres. Empleo de 4 trócares: dos se colocaron en el cuadrante inferior derecho del abdomen, uno de 5mm (medial) y otro de 10mm (lateral) como puertos para el cirujano y otros dos para el ayudante, uno de 10mm en ombligo para la óptica y otro de 5mm en FII; quedando emplazados en forma de abanico.

Localización e incisión del peritoneo parietal posterior a nivel del promontorio en sentido vertical y lateral al mesosigma hacia el fondo de saco de Douglas y peritoneo prerrectal.

Con la ayuda de una valva maleable en vagina se disecciona el espacio recto-vaginal, liberando la cara anterior del recto de la posterior vaginal hasta alcanzar la fosa pararrectal a cada lado. En este punto es donde fijaremos la malla posterior a los músculos elevadores del ano. Disección del espacio vesico-vaginal hasta alcanzar retrotrígono donde anclaremos la malla a la pared anterior de la vagina.

Preparación de dos mallas de polipropileno y fijación de las mismas en los puntos mencionados con sutura Ethibond Excel® 2/0 mediante realización de nudo extracorpóreo. Se une ambas mallas y se fijan conjuntamente al promontorio derecho con anclajes de titanio helicoidales de Pro-Tak® 5 mm. Finalmente reperitonización de las mallas con sutura continua Monoplus® 3/0.

Resultados:

En nuestra experiencia de 14 casos con un tiempo de seguimiento entre 6 y 12 meses, hemos obtenido una tasa de corrección del cistocele del 92,8% (13 pacientes) y de un 100% en el caso del rectocele. Todas las pacientes que asociaban IUE están asintomáticas.

Conclusiones:

La promontofijación laparoscópica es considerada una técnica mínimamente invasiva, que aporta las ventajas propias de la laparoscopia, segura y eficaz en garantizar la reparación del prolapso genital con resultados funcionales y estéticos óptimos. La asociación de una técnica anti-incontinencia como el TOT corrige la IUE.