

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:

PROMONTOFIJACION LAPAROSCOPIA DE COMPARTIMENTOS MEDIO Y POSTERIOR TRAS HISTERECTOMIA + COLPORRAFIA ANTERIOR

Autores:

Autor presentador:

FERNANDEZ MONTARROSO, LORENA

Resto de autores:

COLOMA DEL PESO, ALMUDENA; VALCARCEL, IGNACIO**; LOPEZ LOPEZ, MANUELA*; HERRANZ, LUIS MIGUEL; SUAREZ, CARLOS; JIMENEZ, MILA; GARRIDO, PABLO; SINUES, BRYAN; FERNANDEZ-ARJONA, MANUEL.

Institución:

SERVICIO DE UROLOGIA, HOSPITAL DEL HENARES, COSLADA, MADRID.

*SERVICIO DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DEL HENARES.

**SERVICIO DE UROLOGIA, HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA.

Resumen de comunicación:

Introducción:

El prolapso de los órganos del suelo pélvico es una patología con una alta prevalencia en las mujeres, habiéndose descrito múltiples técnicas para su corrección quirúrgica.

Una de las técnicas desarrolladas en los últimos años es la colposuspensión o promontofijación laparoscópica, con ventajas sobre la técnica abdominal como la recuperación más rápida, así como una mejor visión de la anatomía.

La no corrección de todos los compartimentos en la cirugía del suelo pélvico conlleva en un elevado porcentaje de los casos la aparición de nuevos prolapso, con la consiguiente necesidad de corrección de los mismos.

Objetivo:

Reparación de prolapso de cúpula vaginal y rectocele tras una intervención previa de histerectomía por vía vaginal asociada con una colporrafia clásica sin uso de material protésico.

Material y método:

Se trata de una paciente de 62 años, con antecedentes obstétricos de 3 partos además de una salpinguectomía por embarazo ectópico roto, intervenida en 2010 de prolapso uterino y cistocele mediante histerectomía vaginal y colporrafia clásica sin uso de malla.

La paciente refería sensación de bulto vaginal de nuevo sin otros síntomas asociados pero con molestias durante las relaciones sexuales.

A la exploración se evidenció un prolapso de cúpula vaginal grado III sin cistocele y con rectocele grado II.

Dado que se trataba de una paciente previamente intervenida por vía vaginal con aparición de prolapso de los compartimentos no reparados en la intervención previa se decidió hacer un abordaje laparoscópico.

Realizamos una promontofijación de compartimento posterior y cúpula mediante una malla de polipropileno anclada con sutura de prolene a ambos lados del músculo elevador del ano, fijación mediante sutura de vycril a la cara posterior vaginal hasta la cúpula y fijación del extremo proximal con prolene al ligamento vertebral anterior a la altura del promontorio sacro, y reperitonización con sutura de vycril.

Decidimos no colocar una malla en el compartimento anterior por no existir recidiva del cistocele ya reparado.

No realizamos ninguna técnica antiincontinencia por no existir incontinencia urinaria oculta (ausencia de incontinencia urinaria con prolapso corregido con pesario).

Resultados:

La paciente presenta un resultado estético satisfactorio tanto en abdomen como a la exploración vaginal, sin evidencia de prolapsos.

Funcionalmente no ha presentado alteraciones del ritmo intestinal ni molestias durante las relaciones sexuales.

No podemos hablar aun de los resultados a largo plazo puesto que hemos realizado la intervención apenas un mes antes del envío de este abstract.

Conclusiones:

La promontofijación laparoscópica es una de las técnicas establecidas para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, que consigue unos resultados anatómicos y funcionales satisfactorios.

Consideramos adecuada la corrección del prolapso de cúpula y el rectocele de nueva aparición, sin necesidad de reparar de nuevo el compartimento anterior por estar ya corregido.