

Características clínicas de pacientes sometidos a cirugía vaginal con malla por prolapso en un hospital municipal, 2008 - 2013

Clinical characteristics in undergoing surgery patients with mesh for vaginal prolapse in a municipal hospital, 2008 - 2013

Frank Leopoldo Acuña Barrueto ¹

RESUMEN

Objetivos. Describir las características clínicas de pacientes sometidas a corrección quirúrgica del prolapso de órgano pélvico (POP) mediante la colocación de malla monoprotesica de polipropileno durante 2008 al 2013 en el Hospital Municipal de Los Olivos (HMLLO), Lima - Perú. **Materiales y Métodos.** Estudio retrospectivo, observacional de serie de casos. Lugar: servicio de ginecología del Hospital Municipal Los Olivos. Se estudió 49 pacientes operadas de prolapso de pared anterior durante el año 2008 a 2013. Se clasificaron según cuantificación de prolapso del órgano pélvico (POPQ). Se utilizó un instrumento de recolección validado, se obtuvo información de las historias clínicas, durante 2 meses. Se realizó el análisis descriptivo con una significancia del 95%. Se empleó el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel. **Resultados** El promedio de edad fue 59,41 ($\pm 6,74$) años y de paridad fue 2,3 ($\pm 1,4$) partos. Las pacientes posmenopáusicas fueron 43 (87,4%) y 6 (12,7%) tuvieron terapia local con estrógeno. Según clasificación POPQ: el grado III (58,5%). El sangrado intraoperatorio fue más frecuente en el grupo de pacientes con histerectomía vaginal (HV) fue 243,4 (± 130) ml y el tiempo operatorio fue 126,7 ($\pm 32,5$) minutos en las cirugías con preservación uterina (PU). La estancia hospitalaria fue mayor en pacientes con HV 4,2 ($\pm 1,7$) días. A 20 pacientes (40,4%) se les realizó PU y 29 (59,6%) tuvieron HV. Tres pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias importantes. **Conclusiones.** Se caracterizaron en que muchas fueron posmenopáusicas, pocas tuvieron terapia con estrógeno, POP (grado III), sangrado intraoperatorio en HV, mayor tiempo operatorio en PU, con estancia hospitalaria más larga en HV y las complicaciones importantes (hemorragia y lesión de vejiga).

Palabras claves. Prolapso de piso pélvico; Malla de polipropileno; Histerectomía vaginal.

ABSTRACT

Objetivos. Describe the clinical characteristics of patients who underwent surgical correction of pelvic organ prolapse (POP) by placing Denture polypropylene mesh during 2008 to 2013 in the Municipal Hospital Olivos, Los Olivos- Lima. **Materials and Methods.** Retrospective, descriptive study, case series. It was performed in the Gynecology service of Municipal Hospital Olivos, Los Olivos. The 49 patients operated with anterior wall prolapse were studied during the year 2008-2013. They were classified according quantification of pelvic organ prolapse (COPQ). One validated instrument was used for collection y the information medical history was obtained for 2 months. Descriptive analysis was conducted with a significance of 95%. SPSS and Microsoft Excel were used. **Results.** The average age was 59.41 (± 6.74) years and parity was 2.3 (± 1.4) deliveries. Postmenopausal patients were 43 (87.4%) and 6 (12.7%) had local therapy with estrogen. According COPQ classification: grade III (58.5%). Intraoperative bleeding was more frequent in the group of patients with vaginal hysterectomy (VH) was 243.4 (± 130) mL and the operative time was 126.7 (± 32.5) min in surgery with uterine preservation (UP). The hospital stay was longer in patients with HV 4.2 (± 1.7) days. In 20 patients (40.4%) had PU and 29 (59.6%) had HV. Three patients had significant intraoperative complications. **Conclusions.** They were characterized in that many were postmenopausal, few had estrogen therapy, POP (grade III), intraoperative bleeding in HV, longer operative in PU, with longer hospital staying at HV and important complications (bleeding and injury of the bladder).

Key words. Pelvic organ prolapse; Polypropylene Mesh; Vaginal hysterectomy.

1. Médico Universidad Ricardo Palma.

INTRODUCCION

El prolapso de órganos pélvicos femenino (POP) es una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas. La etiología del prolapso de órganos pélvicos es complejo y multifactorial. Los posibles factores de riesgo incluyen el embarazo, el parto, anomalías congénitas o adquiridas del tejido conectivo, la denervación o la debilidad del suelo pélvico, el envejecimiento, la histerectomía, la menopausia y los factores asociados con la presión intraabdominal crónicamente elevada.

Las mujeres con prolapso comúnmente tienen una variedad de suelo pélvico, sólo algunos síntomas están directamente relacionados con el prolapso. Los síntomas generalizados de prolapso incluyen pesadez pélvica; bulto o protuberancia que baja de la vagina; un arrastre sensibilidad en la vagina; o dolor de espalda. Los síntomas de la vejiga, el intestino o disfunción sexual son frecuentemente presentes. Por ejemplo, en las mujeres puede ser necesario reducir el prolapso, usando sus dedos para empujar el prolapso y así ayudar la micción urinaria o mejorar los síntomas de defecación.

FISIOPATOLOGÍA

Al analizar la etiología del POP, en general el punto de inicio es una lesión del músculo elevador del ano. Estas lesiones producen un aumento del área del hiato urogenital. Esto a su vez produce estiramiento y ruptura de los elementos de sostén, como son las fascias y los ligamentos. Dependiendo de cuál es la estructura que se rompe, será la manera en que se manifestará el prolapso. Las lesiones de los tejidos pélvicos, la mayoría de las veces comienza con los partos. Sin embargo, existen otras condiciones asociadas como factores congénitos, alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, hipoestrogenismo e incluso actividades laborales asociadas a valsas importantes. En la población del estudio WHI, el nivel de instrucción básico y el mayor número de partos vaginales fueron un buen predictor para prolapsos estadio II o mayor.¹ También está claramente establecido que el riesgo relativo de prolapso genital aumenta en forma significativa con el número de partos.²

Clasificación POP-Q, evita el uso de terminología como cistocele o rectocele. En su lugar asigna 2

puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tvI), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Todos estos valores se llevan a una cuadrícula para un registro adecuados.

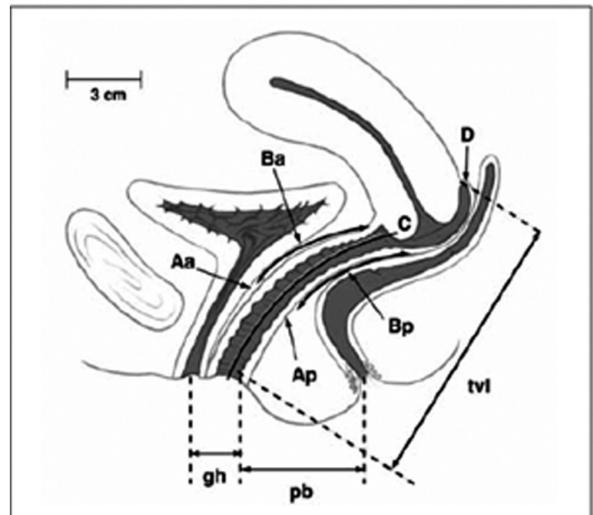


Figura 1. Puntos de referencia clasificación pop-q.

Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán:

0. cuando no hay descenso.
 1. el descenso sea 1 cm por sobre el himen.
 2. el descenso es +/- 1cm del himen.
 3. cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.
 4. cuando estamos frente a una procidencia completa.
- Hoy en día se recomienda el uso de mallas en el compartimento anterior sólo cuando el prolapso de este es mayor a un estadio II y recidivado. Por otra parte cuando no se encuentra fascia para reparar o además se asocia a un aumento de la presión intraabdominal, también tendría cabida el uso de mallas por vía vaginal.³

MÉTODO

a) Participantes

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, siendo un estudio de serie de casos, realizado entre julio 2008 a julio 2013.

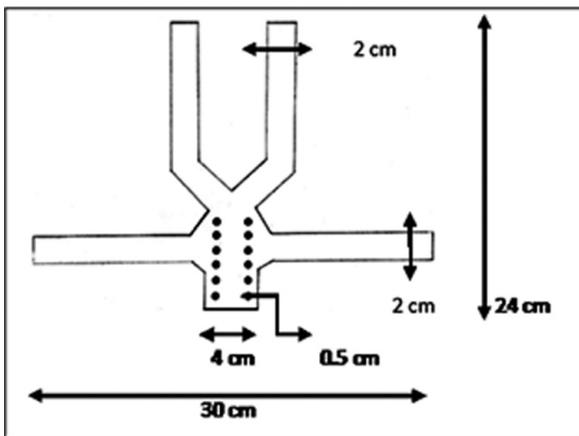


Figura 2. Malla del estudio-Modificación de Malla NAZCA-TC

Población de estudio. Estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico sometidas a cirugía con malla, en el Hospital Municipal de Los Olivos, en julio 2008 al julio 2013.

Unidad de análisis. Pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico sometidas a cirugía con malla, atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Municipal Los Olivos durante julio 2008 a julio 2013.

La muestra estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de prolapso de órgano pélvico sometidas a cirugía con malla, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Municipal Los Olivos durante julio 2008 a julio 2013, que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de selección

Criterios de inclusión. Pacientes intervenidas quirúrgicamente de prolapso de órgano pélvico mediante colocación de malla monoprótesis de polipropileno. Pacientes hospitalizados en el Hospital Municipal de los Olivos. Pacientes sometidas a cirugía del prolapso de la pared anterior con o sin incontinencia urinaria.

Criterios de exclusión. Fichas incompletas, falta de elegibilidad en los datos, pacientes intervenidas en otra institución y pacientes con VIH o SIDA.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos, el que fue diseñado mediante una búsqueda bibliográfica y de los cuales se seleccionaron las preguntas

necesarias para la investigación. El cuestionario fue anónimo, dividido en dos partes: la primera parte recoge: edad, estado posmenopáusico, terapia con estrógenos, peso corporal, paridad, POPQ Prequirúrgico, síntomas y macrosomía. La segunda parte recoge datos clínicos acerca de la cirugía de la corrección del prolapso: sangrado, tiempo operatorio, hematocrito pre quirúrgico, hematocrito pos quirúrgico, estancia hospitalaria pre quirúrgica, lesión de vejiga, hematoma, infección del tracto urinario e infección de cúpula.

Para sustentar la validez del contenido, éste fue sometido a juicio de expertos en el área, que permitió los reajustes necesarios al instrumento y se obtuvo un promedio mayor a 80 puntos siendo adecuado para la recolección de datos. La validez interna se obtuvo en el estudio piloto al aplicar a 20% de la muestra y obteniéndose un índice de kappa mayor de 80 el cual mide la correlación interobservadores.

Se recolectaron los datos de la historia clínica del paciente.

El presente trabajo contó con la autorización de las autoridades del Hospital Municipal de Los Olivos.

RESULTADOS

De 56 historias clínicas, 5 estuvieron con datos incompletos y 2 historias clínicas estuvieron perdidas, por lo que se recolectó al final solo 49 historias clínicas. La edad varía entre 41 y 81 con un promedio de $59,41 \pm 6,74$ años. La mayoría (42 %) estaban entre 47 a 58 años, el 8,4 % eran menores de 45 y el 25 % tenían más de 65 años. El peso estuvo comprendido entre 45 y 82 kg, con un promedio de 62,1 Kg. El número de partos estuvo entre 1 y 7, con un promedio de $2,3 \pm 1,4$; la mayoría estaba en 46 % entre 1 y 3 partos; 39% de 4 a 5 y el 15 % tenían más de 6 partos. Con un embarazo promedio de $4,2(\pm 1,15)$.

El total de pacientes posmenopáusicas fue de 43 (87,4%) y 6 (12,7%) tuvieron terapia local con estrógenos tópicos antes de la cirugía. Entre los síntomas de consulta, un 90,3% consultaron por sensación de tumor vaginal, 91,5% por pérdida de orina a las maniobras de Valsalva y 8,2% disuria. Evaluadas al examen físico según clasificación POPQ: el grado I solo tuvo 1,2%, mientras que los de grado avanzado tuvieron 29 pacientes (58,5%) correspondieron al grado III y 15 (29,7%) al grado IV.

La macrosomía fetal fue más frecuente en pacientes con histerectomía fetal (17,6%).

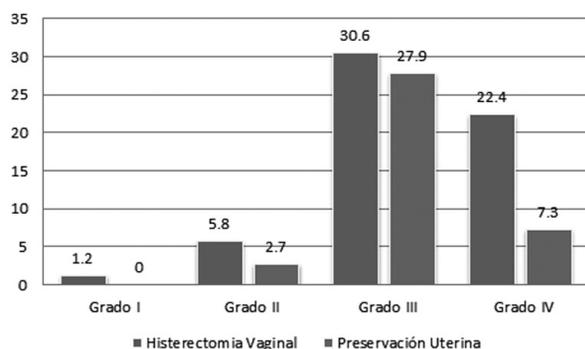


Figura 3. Grado de prolapso de piso pélvico según POPQ. Fuente: Trabajo de investigación.

El sangrado intraoperatorio en el grupo de pacientes con histerectomía vaginal con 243,4 (\pm 130) ml, fue mayor al grupo con preservación uterina 144,6 (\pm 106) ml. El tiempo operatorio fue 126,7 (\pm 32,5) minutos en las cirugías con preservación uterina fue mayor al 115,9 (\pm 29,5) minutos en las pacientes a quienes se les realizó histerectomía vaginal.

Tanto el hematocrito preoperatorio al ingreso con 38,1 (\pm 2,7)% y el hematocrito postoperatorio fue 34 (\pm 2,8)% correspondió a las pacientes con preservación uterina. Mientras la estancia hospitalaria con mayor días correspondió a las pacientes con histerectomía vaginal con 4,2(\pm 1,7) días. Las 49 pacientes fueron operadas con anestesia epidural, sin reportar complicaciones. A todas se les realizó tratamiento quirúrgico del prolapso vaginal anterior con malla de polipropileno. A 20 pacientes (40,4%) se les preservó el útero y a 29 (59,6%) se les realizó histerectomía vaginal.

En 17 pacientes (33,7%) se presentaron complicaciones intraoperatorias, hubo 2 casos con hemorragia que ameritó transfusiones y 1 con lesión de vejiga que solo se presentó en pacientes con histerectomía vaginal. Mientras que se encontró 9,3% casos de hematoma de cúpula vaginal, infecciones de cúpula vaginal (13%) que afectó a ambos grupos y 5,3% de infección urinaria.

DISCUSION

La incidencia de prolapso según los reportes australianos, europeos y estadounidenses incluyendo los latinos que reportan cifras entre 30% y 70%.^{4,5} Al igual que nuestro estudio, la mayoría de las

publicaciones encontró una edad \geq 55 años y representa el mayor factor de riesgo de descenso del piso pélvico.^{6, 7, 8} Existe un aumento del 100% por cada decenio de la vida. En mujeres de 29 a 59 años se duplica el riesgo por decenio de vida a 1,6%; de 40 a 59 años aumenta 3,8%; de 60 a 79 años a 3% y a más de 80 años, 4,1%. Esto deriva del envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos y datos de hipopostrogenismo.⁹

Se estima que el riesgo de tener alguna intervención por ésta causa a la edad de 80 años es de un 11,1% y que el riesgo de reoperación es de un 30%. Otros investigadores estiman que el riesgo es de 11 a 19% en toda la vida en las mujeres sometidas a cirugía para el prolapso o incontinencia.¹⁰ Dado que la expectativa de vida de la población ha ido aumentando, por ejemplo en EE.UU. se estima que el año 2030 el 20% de la población será mayor a 65 años, por lo tanto el volumen de cirugías por POP aumentaría en forma significativa (45%).¹¹ La misma situación se espera que suceda en Latinoamérica, ya que según datos publicados, para el año 2025 el 20,1% de la población será mayor de 60 años.

Se ha descrito que las mujeres con prolapso genital tienen una mayor proporción de colágeno tipo III (más débil) en relación a mujeres sin prolapso, y aquellas que desarrollan IOE tendrían un 30% menos de colágeno total.¹² Se ha descrito la relación entre prolapso genital e hiperlaxitud articular, sugiriendo alteraciones del tejido conjuntivo como factor causal común.¹³

La conclusión del presente trabajo fue que las mujeres con corrección del prolapso vaginal anterior tuvieron una edad media de 59,41 años, con un peso promedio de 62,1 Kg y un promedio de 2,3 partos.

La mayoría fueron pacientes posmenopáusicas y pocos tuvieron una terapia local con estrógeno. Según clasificación POPQ los más frecuentes fueron: el grado III y al grado IV.

A la mayoría de pacientes se les realizó histerectomía vaginal. El sangrado intraoperatorio fue más frecuente en el grupo de pacientes con histerectomía vaginal, pero el tiempo operatorio fue mayor en la intervención con preservación uterina.

El hematocrito más alto tanto en el preoperatorio y postoperatorio se presentó en los pacientes con preservación uterina.

Las pacientes con histerectomía vaginal tuvieron mayor estancia hospitalaria frente al otro grupo. A la mayoría se les realizó histerectomía vaginal. Las complicaciones intraoperatorias más importantes fue: hemorragia y lesión de vejiga.

Se recomienda tomar las conclusiones cuidadosamente, ya que no determinan causalidad ni posibles asociaciones. Se sugiere continuar una investigación multicéntrica en todo el país u hospitales donde se practica esta técnica quirúrgica y realizar un estudio de Cohorte, para así conocer los beneficios y efectos colaterales de la técnica quirúrgica y de la malla de polipropileno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Nygaard J, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Webwe A, et al Pelvic floor disorders network. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol.* 2004; 104:805-23.
- De Lancey J. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction. Achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192: 1488-95.
- Davila W, Baessler K, Cosson M, Cardozo L. Selection of patients in whom vaginal graft use may be appropriate. Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: Optimizing safety and appropriateness of graft use in transvaginal pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J.* 2012; 23 (1): 7-14.
- Nieves L; Alvarez J, editores. Primer consenso Venezolano de Uroginecología. Caracas: Editorial Ateproca; 2008: 11-12.
- Ozel B, Borchelt A, Cimino F, Cremer M. Prevalence and risk factors for pelvic floor symptoms in womwn in rural El Salvador. *Int Urogynecol J Pelvic Floor dysfunct.* 2007; 18(9): 1065-69.
- Doshani A, Teo R, Mayne C, Tincello D. Uterine prolapse. *Clinical Review. BMJ.* 2007; 355:819-822.
- Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient center. *J Advanced Nursing.* 2003; 43: 555-68.
- Hendrix S, Clark A, Nygaard J, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186: 1160-6.
- Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al.. Pelvic Organ Support Study (POSSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 192:795.
- Smith F, Holman C, Moorin R, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1096.
- Boyles S, Weber A, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 108-15.
- Falconer C, Ekman G, Malmstrom A, Ulmsten U. Decreased collagen synthesis in stress incontinent womw. *Obstet Gynecol.* 1995; 85(2); 25-8.
- Norton P, Baker J, Sharp H, Werensky J, Genitourinary prolapse and joint hypermobility in womwn. *Obstet Gynecol.* 1995; 85(2): 25-8.
- Población y Sociedad. Aspecto Demográfico. INE: Proyecciones de Población País, 1950-2050. (Ingresado 13 de abril 2014). Disponible en: <http://www.ine.cl>
- Hernán B. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. *Rev. Chil Obstet Ginecol.* 2004; 69(2): 149-56.
- Sung V, Rogers R, Schaffer J. Graft use transvaginal pelvic organ prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(5): 1131-142.
- Cornu L. The need for counselling of women who undergo hysterectomy: a feminist perspective. *Contemp Nursing.* 1999; 8: 46-52.
- Roovers J, Vander BommJ, et al. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ.* 2003; 327: 774-78.
- Van Brummen H, Van de Pol G, Aslfers C, et al. Sacrospinous hysterectomy compared to vaginal hysterectomy as primary surgical treatment for a descensus uteri: effects on urinary symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14: 350-355.
- Van der Vaasrt C, Van der Bom J, De Leeuw J, et al. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. *BJOG.* 2002; 109: 149-154.
- Allen R, Hosker G, Smith A, Warrrell D. Pelvic floor damage and childbirth: A europsychological study. *Br J Obstet Gynecol.* 1990; 97(9): 770-9.
- Tetzschner T, SorensenM, Jhonson L, Lose G, Christiansen J. Delivery and pudendal nerve function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997; 76(4): 324-31.
- Peschers U, Schaes G, DeLancey J, Schuessler B. Levator ani function before and after Childbirth. *Br J Obstet Gynecol.* 1997; 104(9): 1004-8.
- Shull B, Capen C, Riggs M, Kuhel T. Preoperative and postoperative analysis of site-specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166(6): 1764-8.
- Klein M, Gauthier R, Robbins J, Kaczorowski J, Jorgensen S, Franco E et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171(3): 591-9.

Correspondencia:

Frank Leopoldo Acuña Barrueto

Correo electrónico:

leoacuna@hotmail.com