Corrección de prolapso tricompartmental. A propósito de un caso

Tricompartmental prolapse correction

Sr. Director:

La teoría integral de la continencia fue concebida por Petros y Woodman¹, con el objetivo de explicar de forma integral los mecanismos fisiopatológicos involucrados, no solamente en la incontinencia urinaria de esfuerzo, sino de los síntomas habitualmente coexistentes, tales como la urgencia, polaquíuria, nocturia, alteraciones del vaciamiento vesical e intestinal, además del dolor pélvico crónico. Esa teoría considera que dichos síntomas son interdependientes, dentro de un proceso fisiopatológico común.

La teoría integral de la continencia considera básicamente que la incontinencia a los esfuerzos, la urgencia y las alteraciones del vaciamiento vesical se presentan por las alteraciones sucedidas en los elementos de soporte suburetral, de los ligamentos y de los músculos del suelo pélvico. De acuerdo con esa teoría, las alteraciones de la tensión aplicada por los músculos y ligamentos sobre las fascias yuxtapuestas a la pared vaginal determinan la apertura o el cierre del cuello vesical y de la uretra. Alteraciones de la tensión sobre la vagina determinan, también, la activación prematura del reflejo miccional, desencadenando contracciones involuntarias del detrusor.

Basada en la interpretación conjunta de los conocimientos anatómicos y funcionales obtenidos por diversos autores a lo largo del siglo pasado², la teoría integral propone una nueva clasificación para la incontinencia urinaria de la mujer, fundamentada en 3 zonas de disfunción y 6 defectos principales, que deben ser sistemáticamente explorados y simultáneamente corregidos durante el tratamiento quirúrgico. De esta forma, las disfunciones miccionales resultantes del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria resultarían del abordaje incompleto de dichos defectos.

Se trata de una mujer de 76 años que acude a nuestras consultas por episodios recurrentes de infecciones de orina e incontinencia genuína de esfuerzo, precisando de 4 empapadores al día. Sin antecedentes de interés, salvo 4 partos eutócicos y menopausia a los 49 años. La paciente refería su problema como algo habitual desde hacía unos 10 años, con 2-3 episodios de infección al mes aunque en ocasiones podía estar hasta 3 meses sin ninguna infección. Cuando exploramos a la paciente, observamos un gran prolapso urogenital (fig. 1), con descenso completo del útero y ulceración del cuello uterino. Rehistoriando a la paciente, esta refería dicho prolapso desde hacía unos 5 años, algo que consideraba como normal. Además, contaba sensación de tenesmo vesical achacado a los procesos infecciosos, así como hábito estreñido, que precisaba de ascenso manual del prolapso para poder defecar.

Una ecografía mostró el útero fuera de su posición habitual, así como un importante residuo postmiccional de unos 200 mililitros. Además se descartó la presencia de patología intravesical que justificase las infecciones.

Con el diagnóstico de prolapso de compartimento anterior, descenso de la cúpula vaginal con prolapso uterino y prolapso de compartimento posterior, se realizó: histerectomía, colporrafía posterior, douglassrafía y colocación de malla para corrección del cistocele. Finalmente, y para la corrección de su incontinencia de esfuerzo, se implantó una cinta transobturadora sin tensión.

La paciente presentó un postoperatorio favorable con corrección del prolapso (fig. 2), continencia completa, desaparición del hábito estreñido y ausencia de infecciones a los 6 y 12 meses de la cirugía.

Se considera que el riesgo de desarrollo de prolapsos urogenitales se duplica en cada década de la vida. Debido a

Figura 1 – Exploración inicial. Prolapso tricompartmental con ulceración del cuello uterino.

Figura 2 – Corrección del prolapso tras la cirugía.

esto, en los últimos años, los trabajos de investigación modificaron significativamente la interpretación de la fisiopatología de los prolapsos, dando como resultado, nuevas propuestas para el diagnóstico y, sobre todo, el tratamiento quirúrgico³. La decisión final de la cirugía en los prolapsos de órganos pélvicos debe ser individualizada. Los factores a tener en cuenta, son la salud general de la paciente, la edad y la actividad sexual de la misma. Para un paciente con enfermedades concomitantes, la vía vaginal debe ser considerada como de elección. Si se elige un procedimiento vaginal y la paciente es sexualmente activa, debe de considerarse la suspensión de la vagina en una posición anatómica.

Los procedimientos reconstructivos tienen como objetivo mantener la longitud, diámetro y el eje vaginal fisiológico, a fin de preservar la función sexual, urinaria e intestinal. Los recientes avances en la comprensión de la estática y anatomía del suelo pélvico femenino, llevaron a la introducción del concepto del abordaje quirúrgico sitio específico, de los defectos responsables del prolapso genital. La necesidad de la corrección simultánea de todos los defectos, tiene como objetivo, un mejor resultado anatómico-funcional posible, exige que el cirujano pélvico tenga conocimiento de varias técnicas quirúrgicas, teniendo la decisión final sobre la conducta tomada, muchas veces después de la disección intraoperatoria⁴.

Diversas técnicas reconstructivas han sido descritas, asociadas con diferentes tasas de curación y relacionadas con riesgos específicos de complicaciones⁵. De forma semejante, a las de las hernias de la pared abdominal, se tiene un consenso acerca de la deficiencia del tejido conjuntivo, como factor predisponente de la génesis primaria y de la recidiva postoperatoria de los prolapsos urogenitales. Dicho factor determina el empleo creciente de las prótesis, de origen sintético o biológico, en detrimento de las técnicas convencionales, basadas exclusivamente en la corrección por medio de suturas. El empleo de prótesis permite, todavía, mejor estandarización de los procedimientos, disminución del tiempo quirúrgico y mejor recuperación postoperatoria, haciendo posible la reinserción de la paciente a sus actividades habituales. Sin embargo, las contraindicaciones para el uso de prótesis, para reconstrucción del suelo pélvico todavía no se encuentran definitivamente establecidas, particularmente sus interacciones a largo plazo con la vejiga y el recto, así como sus posibles consecuencias sobre la función sexual. Así, su empleo se reserva para pacientes con prolapsos acentuados, edad avanzada, y con significativo compromiso residual, en los cuales, cualquier técnica basada exclusivamente en suturas de las estructuras lesionadas, resulta con elevados índices de recidiva.

En una revisión de las cirugías vaginales, se han descrito tasas del 8-18% de prolapso recurrente, con seguimientos muy variables en la mayor parte de las series retrospectivas⁶.

La presencia de prolapsos urogenitales asociados a incontinencia urinaria, es una situación que ocurre con gran frecuencia, así, Neri et al⁶, observaron un 96,6% de prolapsos urogenitales asociados a mujeres con incontinencia urinaria, desde cistocele en todos sus grados, uretrocele, enterocele y rectocele.

En un estudio realizado por Lujan et al⁷ factores preoperatorios como edad, síntomas irritativos, historia previa de histerectomía o uretropexia, enfermedades neurológicas asociadas, diabetes, infecciones recurrentes del tracto urinario inferior, presencia de cistocele, test de Bonney-Marchetti positivo o inestabilidad vesical, no jugaron un papel importante en cuanto a continencia postoperatoria en mujeres con incontinencia de esfuerzo, operadas con técnicas transvaginales.

Un diagnóstico incorrecto del defecto anatómico compromete el resultado quirúrgico y puede determinar nuevas disfunciones del suelo pélvico. Es común el relato del desarrollo de enteroceles después de cirugías antiincontinencia, debido a la falta de diagnóstico del defecto asociado al compartimento posterior.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petros PE, Woodman PJ. The integral theory of continence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19:35-40.
2. Petros PE. Anatomy of the perineal membrane. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 2002;42:577-8.
3. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P. The standardization of terminology of female pelvic organ and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:10-7.
4. Palma P, Riccetto C, Hernández M, Olivares JM. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urol Esp.* 2008;32: 618-23.
5. Castro EB, Palma PCR, Herrmann V. Aspectos atuais no tratamento do prolapso de cúpula vaginal. *Fernina.* 2005;33: 187-92.
6. Neri-Méndez C, Salas-González F, Rodríguez-Colorado S, Villagrán-Cervantes R, Kunhardt-Rasch J. Incidente of pelvis-genital static disorders in patients with urinary incontinente. *Ginecol Obstet Mex.* 1996;64:193-7.
7. Luján Galán M, Páez Borda A, Bustamante Alarma S, Fernández González I, Gago Juan A, Berenguer Sánchez A. Comparative analysis of various techniques for the repair of stress urinary incontinente in women. Review of our experience. *Actas Urol Esp.* 1997;21:655-61.

M. Álvarez-Múgica^{a,*}, F. Valle González^a,
V. Bulnes Vázquez^b y A. San Martín Blanco^c

^aServicio de Urología, Hospital Valle del Nalón, Langreo, Asturias, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias, España

^cServicio de Urología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malvarezmug@gmail.com
(M. Álvarez-Múgica).