

# Manejo del prolapso genital completo con técnica de Le Ford modificada más Sling y colpoperineoplastia posterior en pacientes adultas mayores

Complete genital prolapse management techniques with you more ford property and sling back colpoperineoplasty older patients

Remy Uriona Arce<sup>1,a</sup>, Marlene Cortez Molina<sup>1,b</sup>

## Resumen

El prolapso genital completo es un problema frecuente que presentan las adultas mayores, este trabajo propone la técnica Le Ford con algunas modificaciones a la misma, para obtener mayor eficacia. **Objetivos:** evaluar los beneficios del manejo del prolapso genital total con la técnica de Le Ford mejorando y modificando la misma. Describir datos estadísticos (incidencia, edad, procedencia, actividad), paridad, pesos de los productos, medir la presión de canal vaginal previo al procedimiento, identificar las enfermedades sobreagregadas, determinar el grado de prolapso que presenten, determina el tiempo de estadía hospitalaria postquirúrgico, valorar el tiempo recuperación. **Métodos:** es un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo, longitudinal, realizado en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi, en un período de 3 años 2009 al 2011. **Resultados:** las pacientes adultas mayores con prolapso genital completo que fueron atendidas con esta técnica tuvieron una recuperación rápida, estadía hospitalaria corta, integración a su medio social casi inmediato, tiempo quirúrgico y riesgo quirúrgico menor.

**Palabras claves:** prolapso genital, técnica de Le Ford, colpoperineoplastia, adultas mayores.

## Abstract

The complete genital prolapse is a common problem among older adults presenting, this paper proposes the technique Le Ford with some modifications to it, for more efficiency. **Objectives:** to assess the benefits of managing the total genital prolapse with the technique of Le Ford improving and modifying it. Describe statistical data (incidence, age, origin, activity), parity, weight of products, measure the pressure before the procedure vaginal canal, identify a superimposed disease, determine the degree of prolapse present, determines the length of hospital stay after surgery, assess the recovery time. **Methods:** this is a study with a quantitative, descriptive, prospective, longitudinal approach, performed in the Maternity Hospital Germán Urquidi, a 3-year period 2009 to 2011. **Results:** older adult patients with complete genital prolapse were treated with this technique had a rapid recovery, shorter hospital stay, integration of its almost immediate social environment, surgical time and less surgical risk

**Keywords:** genital prolapsed, technique Le Ford, colpoperineoplasty, older adults.

Las disfunciones del piso pelviano constituyen una de las patologías más frecuentes en la mujer según el reporte de un trabajo de EEUU en 1991 donde refieren que el 50 % de las mujeres multíparas la mayoría latinas, tienen algún grado de prolapso genital y de estos 10-20 % son asintomáticas.

Aproximadamente el 20 % de las cirugías ginecológicas mayores se debe a disfunciones del piso pelviano<sup>1</sup> y el 60 % de ellas tiene más de 60 años. La disfunción del piso pélvico altera la topografía de los órganos abdomino pelvianos<sup>1,2</sup>, la función esfinteriana, lo que condiciona infecciones urinaria frecuentes, que repercuten en la calidad de vida y económica de la paciente adulta mayor<sup>4,5</sup>.

En la disfunción del diafragma pelviano<sup>1,2</sup> juega un rol importante el número de embarazos, los partos distócicos, daño directo e indirecto al cuerpo perineal que está en relación directa al tiempo de la injuria sobre el nervio<sup>3-6</sup>.

Por el estiramiento y/o distensión anatómica que el mismo produce, en la zona más débil del diafragma pelviano o hialto urogenital, y la alteración de la función o daño indirecto, producto de la compresión y distensión del nervio pudiendo.

El envejecimiento y la menopausia puede ocasionar debilidad en estructuras del piso pélvico, algunas enfermedades disminuyen la fortaleza del tejido conectivo (Sdr. Marfan y Ehlers-Danlos)<sup>3-6</sup>.

El colpocleisis de Le Ford es un procedimiento obliterativo usado en el tratamiento del prolapso pélvico en las mujeres mayores donde la cirugía reconstructiva o la anestesia general prolongada pueden ser contraindicados médicamente. Las ventajas incluyen la capacidad de realizar este procedimiento rápidamente bajo anestesia regional con una tasa de complicación postoperatoria baja<sup>4-6</sup>. Sin embargo en los últimos 30 años fue progresivamente reemplazada por la histerectomía vaginal, la colposacropexia, la histerectomía total vaginal.

## Materiales y métodos

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo, prospectivo, longitudinal. El área de estudio es el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi. El universo fueron todas las pacientes adultas de la tercera edad mayores de 60 años, con prolapso genital completo, intervenidas quirúrgicamente, por esta causa, en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi en el periodo de tiempo comprendido entre 2009 y 2011.

De un universo de 118 pacientes adultas mayores con prolapso genital solo 30 cumplían criterios de inclusión que eran:

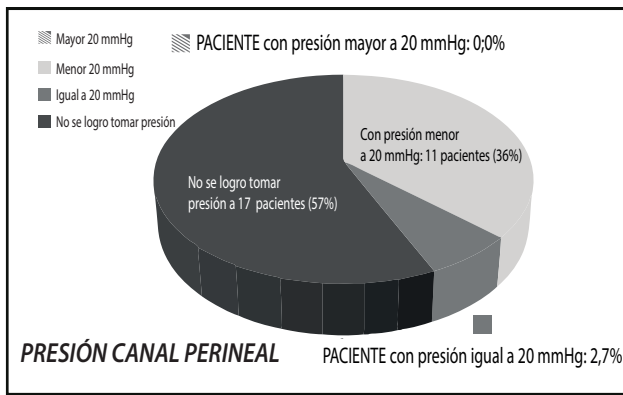
<sup>1</sup>Hospital Materno Infantil German Urquidi, Cochabamba- Bolivia.

<sup>a</sup>Ginecologo-Obstetra;<sup>b</sup>Médico Residente III de Gineco-obstetricia.

\*Correspondencia a: Marlene Cortez Molina

Correo electrónico: 18marlene@gmail.com

Recibido el 13 de agosto de 2013. Aceptado el 12 de febrero de 2014.



**Figura 1.** Distribución de las pacientes de acuerdo a la presión del canal perineal

que la causa de la cirugía no tenga otro causal que el prolapso genital, que sea un prolapso genital completo (3er y 4to grado) ya sea anterior, medio, o posterior, que la paciente sea de la tercera edad mayor a 60 años, que la paciente no tenga relaciones sexuales, afecciones clínicas agudas o crónicas intercurrentes.

Previa a la cirugía se midió la presión del canal perineal a 13 pacientes, excepto a 17 pacientes (Fig. 1) por el grado evidente lo que dificultaba la medición.

El material utilizado fueron: planilla de recolección de datos, historias clínicas, mallas de polipropileno, gancho manipulador de malla, manómetro perineal.

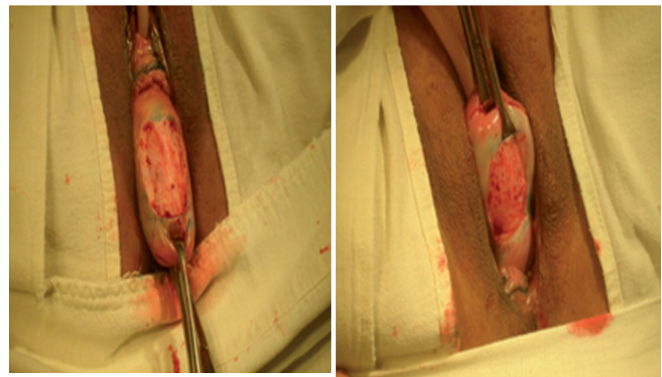
Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados en el programa SPSS 11.5 y Microsoft Excel 2007. Inicialmente se aplica un EDA (Exploring Data Analisis) Análisis Exploratorio de Datos.

Presentamos, a continuación, las modificaciones realizadas a la técnica de Le Ford que estimamos mejoran la técnica para pacientes adultas mayores con alto riesgo quirúrgico.

1. Identificamos el grado y tipo de prolapso y el grado de disfunción de piso pélvico.
2. Demarcamos el área que se retira mucosa vaginal en cara anterior y posterior de vagina (Fig. 2).
3. Se infiltra 5cc con Epinefrina al 0,01% en solución Fisiológica área de mucosa vaginal a ser retirada para causar vaso-



**Figura 2.** Demarcamos el área que se retira mucosa vaginal en cara anterior y posterior de vagina.



**Figura 3.** Denudación de la mucosa vaginal hasta la interface muco-fascial tanto en cara anterior y posterior

constricción lo que ayuda además a liberar un plano de clivaje y disminuir sangrado.

4. Se realiza una incisión en la base de la vagina, que compromete la mucosa (Fig. 3).

5. Ayudado por el dedo del cirujano se realizan la denudación de la mucosa vaginal hasta la interface muco-fascial tanto en cara anterior y posterior (Fig. 3).

6. A medida que se retira la mucosa vaginal se va realizando hemostasia selectiva.

7. Aplica malla de polipropileno en área desprovista de mucosa vaginal y se realiza la colpocleisis: modificación que permite un soporte más consistente al piso pélvico (Fig. 4).

8. Se procede a realizar afrontamiento de la fascia anterior y posterior de la vagina con sutura absorbible, reduciendo el cele a medida que se avanza, hasta llegar al introito vaginal. Previamente se aplica una sonda a manera de puente que va de una corredera a otra corredera de la vagina para asegurarnos que se realiza una colpocleisis parcial y de esta forma evitar la acumulación de secreciones vaginales (Fig. 5).

9. Se coloca sonda a manera de U en las correderas laterales en la vagina para asegurarnos que se forme un verdadero canal para evacuar las secreciones vaginales (Fig. 6).

10. El procedimiento finaliza con el cierre de la mucosa vaginal superior a la posterior a nivel del introito (Fig. 6).

11. Posteriormente se continua con la colpoplastia anterior con aplicación de banda de Sling: se fija mucosa vaginal a +/-



**Figura 4.** Aplica malla de polipropileno en área desprovista de mucosa vaginal



**Figura 5.** Afrontamiento de la fascia anterior y posterior de la vagina.



**Figura 6.** Colocación sonda a manera de U en las correderas laterales en la vagina

2 cm de uretra, infiltración con Epinefrina 0,01% en solución fisiológica para disminuir sangrado y liberar mucosa vaginal buscando un plano de clivaje (Fig. 6).

12. Se procede a liberar mucosa vaginal hasta formar un canal y ubicar obturadores.

13. Se realiza pequeñas incisiones en región inguinal de cada lado teniendo como punto de referencia una línea horizontal imaginaria que pase por el clítoris (Fig. 6).

14. Con la ayuda de un gancho manipulador se hace pasar la banda de Sling transobturador de un lado al otro permitiendo de esta manera servir de sostén a estructuras pélvicas teniendo el cuidado de no traccionar de forma exagerada para evitar complicaciones (Fig. 6). El objetivo de la aplicación de la banda de Sling es resolver la incontinencia que produce el prolapso.

15. Colpoperineoplastia posterior, ya que el músculo elevador del ano ayuda a la función del cierre del esfínter anal.

### Resultados

Las pacientes adultas mayores con prolapso genital completo que fueron atendidas con la técnica de Le Ford modificada mas colpoplastia anterior con aplicación de banda de Sling y colpoperineoplastia posterior tuvieron una estadía hospitalaria de 24 a 48 horas (Fig. 7), sin complicaciones inmediatas y una tasa muy baja de complicaciones a largo plazo (3%), en esta paciente el prolapso recidivó a los 11 meses de haber sido operada. El tiempo y riesgo quirúrgico de esta técnica fue

menor. Tomando en cuenta que se trata de pacientes con alto riesgo quirúrgico por la edad avanzada, otras con enfermedades crónicas como diabetes y cardiopatías, que de algún modo complican el cuadro.

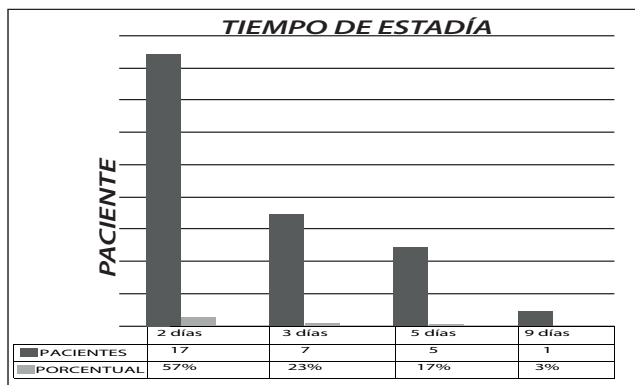
La mejoría en relación a los síntomas urinarios es del 100%. Ninguna de las pacientes tuvo una presión perineal mayor a 20 mmHg.

### Discusión

La colpocleisis parcial de Le Ford no resuelve por completo el prolapso genital con incontinencia urinaria, es relativamente alta la incontinencia de orina de esfuerzo post quirúrgico debido a la fusión de la pared vaginal anterior y posterior<sup>3-6</sup>, por lo que este procedimiento fue progresivamente desplazado por la histerectomía abdominal, vaginal, colposacropexia<sup>5-6</sup>; para disminuir esta brecha de error, en este estudio se propone además de la cirugía de Le Ford Neugbauer con algunas modificaciones de la técnica para mejorar los resultados, colocando malla de polipropileno, la colpoplastia anterior con aplicación de banda de Sling y la colpoplastia posterior. Lo que se pretende es brindar una opción terapéutica “eficiente” con buenos resultados que le permitan a la paciente el bienestar físico, psíquico y social.

Este trabajo da nuevas expectativas para realizarlas seleccionando de manera adecuada a las pacientes esto con el fin de disminuir el riesgo y tiempo quirúrgico, ofreciendo a la paciente una rápida integración a su medio social, evitando largos períodos de estadía hospitalaria en su postquirúrgico, permitiendo restablecer las funciones fisiológicas básicas de forma adecuada.

Las modificaciones que se hicieron a la técnica de Le Ford buscan disminuir las fallas técnicas que hace algún tiempo hicieron que se abandone esta práctica, además utiliza el mismo principio de los cirujanos en el manejo de las hernias, el uso de malla de polipropileno para aumentar el proceso de fibrosis y brindar un piso pélvico más consistente. También paralelamente se soluciona el prolapso anterior con banda de Sling<sup>4,5</sup> y posterior, buscando mejorar síntomas urinarios e intestinales, que de por si no está contemplado como objetivos de la técnica de Le Ford.



**Figura 7.** Tiempo de estadía postoperatorio

En este trabajo encontramos similitud de las características de todas las pacientes con prolapso genital completo con lo encontrado en la literatura revisada, presentándose como factores de riesgo: productos grandes, multiparidad, actividades en relación a labores de casa, comercio, agricultura (trabajos pesados).

La presión perineal medida con manómetro perineal se realizó al 57% de las pacientes por las características del prolapso que presentaban y ninguna de las pacientes tuvo una presión perineal menor a 20 mmHg. Una presión mayor a 20 mmHg reflejaría falta de tono muscular en músculos del piso pélvico.

Sugerimos realizar esta técnica en pacientes adultas mayores que ya no sostengan relaciones sexuales y/o algún otro fac-

tor de riesgo que pueda contraindicar o complicar la cirugía, esta técnica ofrece a nuestra población una opción para disminuir la morbimortalidad transquirúrgica y postquirúrgica ofreciendo buenos resultados y permitiendo la integración temprana a su medio social sin aislarlas ni tenerlas por períodos prolongados en recuperación.

#### Agradecimiento

Agradecemos al Hospital materno-Infantil Germán Urquidí y su personal que nos permitió realizar este estudio.

A las pacientes que nos permitieron realizar este procedimiento y depositaron su confianza en nosotros. A familiares y amigos que de algún modo permitieron realizar este trabajo. A todas las personas de buen corazón que apoyaron con el material quirúrgico.

**Conflictos de interés:** los autores declaramos que no existe conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

1. Usandizaga JA, de la Fuente Pérez P. Tratado de obstetricia y ginecología: Obstetricia (XXXV, 682 p., [13] p. de lám. col.) v. 2. Ginecología (XXI, 649 p., [16] p. de lám. col.): McGraw-Hill, Interamericana de España; 2004.
2. Hopkins JA. 2005 Anatomía de la pelvis de la mujer Ed. Marban pág. 253 – 275.
3. Hopkins JA. 2005 Uro ginecología y cirugía de reconstrucción pélvica Ed. Marban pág. 323 – 335.
4. Barros P. UNAM Operaciones uro ginecológicas - tratamiento de incontinencia urinaria pág. 365 – 436.
5. Thompson JD, Rock JA, Te Linde RW. Ginecología quirúrgica: Editorial médica panamericana; 1998.
6. Bernardi R, Wainberg S, Budich BM. Incontinencia de orina por esfuerzo en la mujer. Revista Argentina de Urología. 1963; 32(4-6): 98-104.
7. Guía para mujeres. 2011 IUGA (Asociación internacional de Uro ginecología) Prolapso genital. Ed. Panamericana Pág. 1-10.
8. Guía para mujeres. 2011 IUGA (Asociación Internacional de Uro ginecología) Incontinencia Urinaria de esfuerzo. Pág. 1-5.
9. Guía para mujeres. 2011 IUGA (Asociación Internacional de Uro ginecología) Ejercicios del piso pélvico Pág. 1-6.
10. Guía para mujeres. 2011 IUGA (Asociación Internacional de Uro ginecología) Vejiga Hiperactiva. Pág. 1-10.