

Dr. Eloy Mario Rojas Escárcega, Residente de segundo año Urología Ginecológica  
 Dra. Marisela Gaxiola Villa, Médico Adscrito Urología Ginecológica  
 Dr. David Mijey Esquivel Izaguirre Médico Adscrito Urología Ginecológica  
 Dr. Luis Fernando González Venegas, Médico Adscrito Urología Ginecológica

## Unidad Médica de Alta Especialidad N° 23, Hospital Ginecología y Obstetricia “Dr. Ignacio Morones Prieto”

### ANTECEDENTES

La prevalencia de prolapso de órganos pélvicos 23.7 hasta el 41,1% a nivel mundial, su impacto en la salud femenina es considerable. La fijación de cúpula vaginal al ligamento sacroespinozo ofrece algunas ventajas sobre las otras técnicas al tener menor tiempo quirúrgico, menores costos, recuperación más rápida y abordaje quirúrgico más fácil en pacientes con obesidad o contraindicaciones médicas para laparotomía. El objetivo de reconstruir el compartimento apical es mejorar la calidad de vida y restaurar la anatomía de prevención de la recurrencia.

### OBJETIVO

Comparar el dolor posoperatorio en mujeres con prolapso apical sometidas a fijación a ligamento sacroespinozo con técnica tradicional vs dispositivo de captura de sutura.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes, retrospectivo, analítico y trasversal.

Se incluyeron mujeres con prolapso de cúpula vaginal sometidas a reparación quirúrgica con alguna de las técnicas de estudio. Se excluyeron a las pacientes en aquellos casos en los que falte información relevante para el estudio en el expediente clínico. Se definió como “Grupo A” a las pacientes sometidas a fijación apical ligamento sacroespinozo con técnica tradicional y “Grupo B” a las pacientes sometidas a fijación a ligamento sacroespinozo con dispositivo de captura de sutura.

Se recabó información importante para el estudio de manera retrolectiva previo al procedimiento y a los 6 meses, el “dolor posquirúrgico” la cual se definió como dolor en sitio de la fijación, región inguinal, región glútea y región perineal, en el posoperatorio, documentado en el expediente clínico durante la evaluación del seguimiento.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23 para su análisis. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, las diferencias se consideraron estadísticamente significativas con una  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 82 pacientes, 68 pacientes en el grupo A y 14 pacientes en el grupo B. En cuanto a las características demográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El dolor postoperatorio se encontró en el 3% ( $n=2$ ) de las pacientes del grupo A y en el 7% ( $n=1$ ) de las pacientes del grupo B, lo cual no demostró diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.4$ ). En cuanto a los síntomas del tracto urinario bajo en el posoperatorio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. En cuanto a los síntomas del tracto urinario bajo en el grupo A se observó una mejoría en el posoperatorio en comparación con el preoperatorio, lo cual fue estadísticamente significativo ( $p<0.05$ ). En el grupo B se observó una menor proporción del retardo y sensación de cuerpo extraño en el posoperatorio en comparación con el preoperatorio lo cual fue estadísticamente significativo ( $p<0.05$ ). En cuanto al hiato genital se encontró una media mayor en el grupo A en comparación con el grupo B, lo cual fue estadísticamente significativo ( $p=0.006$ ). En puntos del POPQ en ambos grupos se encontró una media menor en el posquirúrgico en comparación con el prequirúrgico lo cual fue estadísticamente significativo ( $p<0.05$ ).

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Swift S, Woodman P, O’Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol. marzo de 2005;192(3):795-806.
- 2.- Jeon MJ, Chung SM, Jung HJ, Kim SK, Bai SW. Risk Factors for the Recurrence of Pelvic Organ Prolapse. Gynecol Obstet Invest. 2008;66(4):268-73.
- 3.- Morgan DM, Rogers MAM, Huebner M, Wei JT, DeLancey JO. Heterogeneity in Anatomic Outcome of Sacrospinous Ligament Fixation for Prolapse: A Systematic Review. Obstet Gynecol. junio de 2007;109(6):1424-33.
- 4.- Lagos V A, Needham T D, Corrales P J, Láiz R D. Colpopexia al ligamento sacroespinozo con CapiotM; cirugía, resultados y evolución de pacientes. Rev Chil Obstet Ginecol. febrero de 2017;82(1):12-8.
- 5.- Barber MD, Maher C. Apical prolapse. Int Urogynecology J. noviembre de 2013;24(11):1815-33.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

	FLSE TRADICIONAL (n= 68)	FLSE CON DISPOSITIVO DE CAPTURA (n= 14)	p *
Edad (años) ^	62 (56-66)	62 (55-68)	0.8 **
Peso (kg) †	68.4 ±12.9	69.0 ± 10.2	0.8~
Talla (m) †	1.5 ± 0.05	1.54 ± 0.06	0.6~
Gesta ^	4 (3-5)	3 (1- 5)	0.1 **
Parto ^	3 (2 - 4)	2 (1- 5)	0.1 **
Cesárea ^	0 (0 - 1)	0	0.03 **
Fórceps	25 (37)	2 (14)	0.1
Macrosomía fetal	16 (24)	3 (21)	0.8
Menopausia	60 (88)	11 (79)	0.3
THR local	46 (68)	9 (64)	0.8
Tabaquismo	5 (7)	0	0.2
Diabetes Mellitus II	19 (28)	6 (43)	0.2
Hipertensión arterial	26 (38)	7 (50)	0.4
Histerectomía abdominal	3 (4)	2 (14)	0.1
Histerectomía vaginal	5 (6)	1 (7)	0.8
POP-Q prequirúrgico			0.1
Estadio II	3 (4)	2 (14)	
Estadio III	31 (46)	8 (57)	
Estadio IV	34 (50)	4 (29)	

Los datos se expresan en n (%), † media ± desviación estándar, ^ mediana (rango intercuartil), \* chi cuadrada, \*\* t de Mann Whitney ~ t student. FLSE: Fijación a ligamento sacroespinozo

Tabla II. Datos quirúrgicos y cirugías concomitantes

	FLSE TRADICIONAL (n= 68)	FLSE CON DISPOSITIVO DE CAPTURA (n= 14)	p *
Histerectomía vaginal	59 (87)	10 (72)	0.3
Colpoplastia anterior	63 (93)	12 (86)	0.3
Colpoplastia posterior	55 (81)	10 (71)	0.4
Cirugía anti-incontinencia	35 (52)	6 (43)	0.5
Perineoplastia	57 (84)	11 (79)	0.6
Sangrado (ml) †	409.1 ± 221.9	347.8 ± 246.0	0.3**
Dolor postoperatorio	2 (3)	1 (7)	0.4

Los datos se expresan en n (%), † media ± desviación estándar, \* chi cuadrada, \*\* t student, FLSE: Fijación a

Tabla III. Resultados anatómicos y subjetivos en pacientes con fijación de cúpula a ligamento sacroespinozo

	TRADICIONAL (n= 68)	DISPOSITIVO DE CAPTURA (n= 14)	p*
Cuerpo extraño			
Prequirúrgico	64 (94)	13 (93)	
Postquirúrgico	2 (3)	0	0.8-0.5
p	0.001**	0.001**	
Punto Aa			
Prequirúrgico	2.2 ± 1.3	1.7 ± 1.5	
Postquirúrgico	-0.5 ± 1.0	-1.7 ± -1.07	0.5*
p	0.001*	0.001*	0.1*
Punto Ba			
Prequirúrgico	4.4 ± 2.4	3.5 ± 3.0	
Postquirúrgico	-1.1 ± 1.3	-1.9 ± 0.8	0.1*
p	0.001*	0.001*	0.04*
Punto C †			
Prequirúrgico	4.12 ± 4.0	2.5 ± 3.9	
Postquirúrgico	-4.8 ± 2.2	-5.2 ± 1.1	0.1*
p	0.001*	0.001*	0.5*
Longitud vaginal total †			
Prequirúrgico	8.1 ± 1.2	7.4 ± 1.1	
Postquirúrgico	6.3 ± 1.6	6.2 ± 1.4	0.05*
p	0.04*	0.001*	0.8*
Hiato genital †			
Prequirúrgico	4.9 ± 1.3	4.6 ± 0.8	
Postquirúrgico	3.6 ± 0.8	3.0 ± 0.3	0.4*
p	0.001*	0.001*	0.006*
Cuerpo perineal †			
Prequirúrgico	2.8 ± 0.7	2.8 ± 0.6	
Postquirúrgico	3.6 ± 0.9	3.5 ± 1.1	0.9*
p	0.001*	0.03*	0.9*
Punto Ap			
Prequirúrgico	0 + 1.8	0 + 1.3	
Postquirúrgico	-2.1 ± 0.9	-2.4 ± 0.7	0.3*
p	0.001*	0.001*	
Punto Bp			
Prequirúrgico	0.6 ± 3.5	0.2 ± 2.0	
Postquirúrgico	-2.1 ± 0.9	-2.4 ± 0.7	0.5*
p	0.001*	0.001*	
Punto D			
Prequirúrgico	2.8 ± 6.5	3.7 ± 6.9	0.6*

Los datos se expresan en n (%), media ± desviación estándar, mediana (rango), ~ chi cuadrada, \* t student, \*\* McNemar, ^ t pareada

### CONCLUSIONES

Con base en los resultados se concluye que no es mayor el dolor posoperatorio en mujeres con prolapso apical severo sometidas a fijación a ligamento sacroespinozo con técnica tradicional en comparación con dispositivo de captura de sutura.