





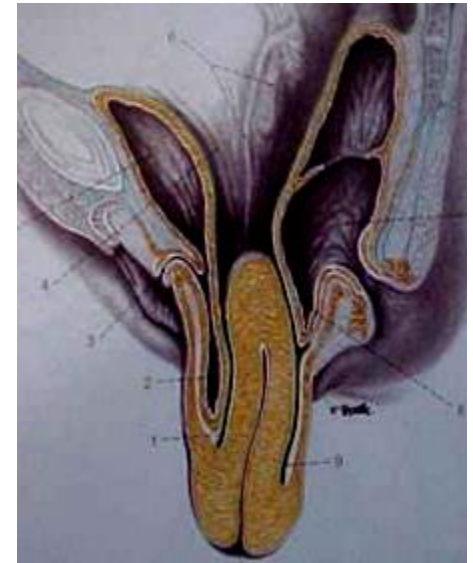
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

PROLAPSO GENITAL RECURRENTE

DR. CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ
UROGINECÓLOGO
MARZO 22, 2017

INTRODUCCIÓN

- El prolapso de los órganos pélvicos:
alteración donde uno o más órganos
(útero, vejiga, intestino grueso, intestino delgado, vagina)
descienden de su posición normal



INTRODUCCIÓN

- Una de cada cuatro mujeres tendrá un trastorno del piso pélvico durante su vida
- La mayoría de las mujeres con prolapso:
ningún síntoma o síntomas leves
- Aproximadamente un 2–11%:
síntomas moderados a severos



INTRODUCCIÓN

Pelvic organ prolapse in women: An overview of the epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management

- El prolapso de órganos pélvicos (POP), es una condición “ **común** ”
Muchas mujeres con prolapso, experimentan síntomas que impactan seriamente sus actividades cotidianas: vida social, vida sexual, actividad física (ejercicio).

La presencia del POP tiene o provoca un impacto negativo en la autoestima
- El tratamiento de POP requiere de importantes recursos de salud
El costo anual ambulatorio de las alteraciones del piso pélvico en USA es de
\$300 a \$500 millones de dólares
- El tx qx del POP es más común en pacientes con edad promedio de 70 años
en el lapso de 1979 a 2012
- El impacto atención de la salud por problemas del POP es probable que se expanda: 70%
en base a las estimaciones de una creciente prevalencia población de mujeres >50 años

INTRODUCCIÓN

Update on the epidemiology of genital prolapse

La prevalencia del POP varia del 2.9 al 41.4% (cuestionarios calidad de vida)

 31,8 al 97,7% de acuerdo con la Clasificación (POPQ)

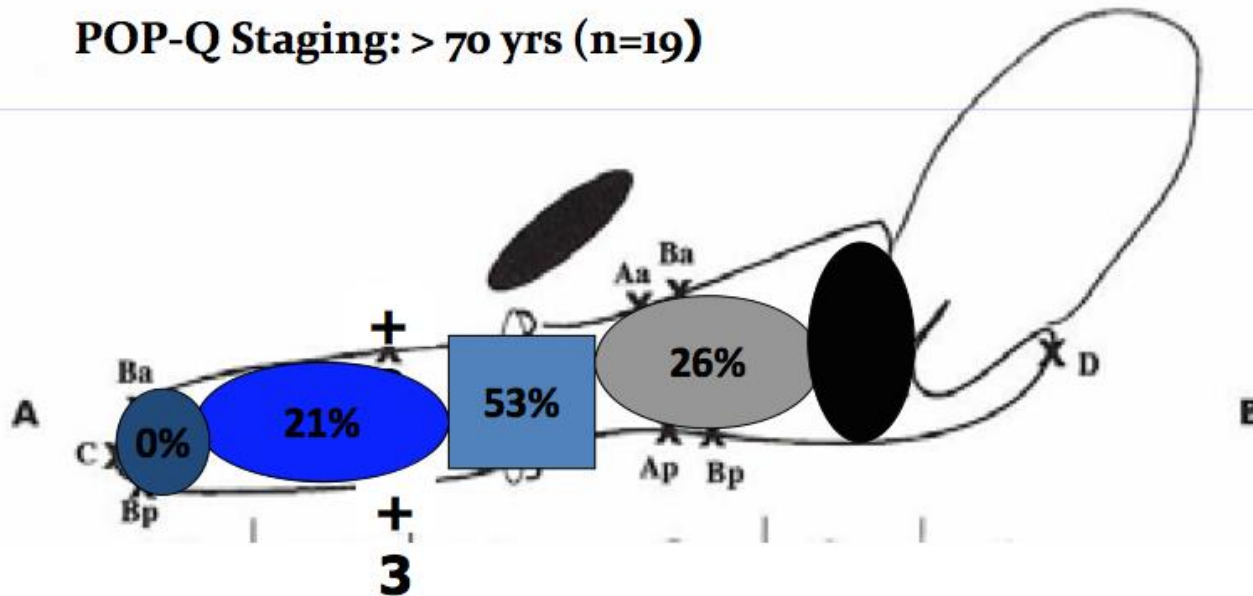
La incidencia acumulada de la cirugía para el POP es tan alta como 70 % en las mujeres de más de 70 años de edad

La identificación de factores de riesgo es fundamental para el desarrollo de estrategias preventivas

INTRODUCCIÓN

Swift, S., *The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183:2

POP-Q Staging: > 70 yrs (n=19)



INTRODUCCIÓN

Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors

En 270 pacientes

Edad	68.3 ± 5.6 years
IMC	30.4 ± 6.2 kg/m ²
Paridad	3 (0–12)

Las proporciones de la cuantificación de POPQ (95% [CIs]) fue:

stage 0,	2.3%	(95% CI 0.8–4.8%);
stage I,	33.0%	(95% CI 27.4–39.0%);
stage II,	62.9%	(95% CI 56.8–68.7%);
stage III,	1.9%	(95% CI 0.6–4.3%).

CONCLUSIÓN: Un cierto grado de prolapsos es habitual en las mujeres mayores, debe considerarse en futuras evaluaciones y modificaciones a la clasificación del POP

LEVEL OF EVIDENCE: II-2

Obstetrics & Gynecology: [September 2004 - Volume 104 - Issue 3 - pp 489-497](#)

Nygaard, Ingrid MD, MS; Bradley, Catherine ML MSCE; Brant, Debra RN, BSN; Women's Health Initiative (WHI)

Cuándo operar?

La Cirugía debe ser planteada a la paciente:

- **Cuando hay síntomas secundarios a prolapso**
- **Síntomas interfieran con la actividad normal de la mujer**
- **La paciente busca y solicita tratamiento**



Qué Cirugía indicar?

- **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Es invariablemente necesaria y tiene que ser una

COMBINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

para corregir los múltiples defectos

Objetivos de la cirugía

- **Preservar el eje vaginal normal**
- Disminuir la tasa de complicaciones (sangrado, incomodidad, costos)
- Reparar los defectos de piso pélvico coexistentes
- Restaurar
 - **Anatomía vaginal**
 - **Función visceral y sexual**
 - **Calidad de vida**

PROCEDIMIENTOS VAGINALES

- Histerectomía Vaginal
con o sin Colpoplastía / Perineorrafia
- Colpoplastía Anterior
- Colpoplastía Posterior (alta/baja)
- Reparación de Enteroceles
- Perineoplastia
- Amputación de cervix (Manchester Fothergill's)
- Reparación Paravaginal (sitio específica)

PROCEDIMIENTOS VAGINALES

- Suspensión/fijación Útero/Cervix
- Suspensión/fijación de Cúpula Vaginal
- Plastía de elevadores (levatorplasty)
espacio recto-anal
asociada a la corrección del prolapso
rectal

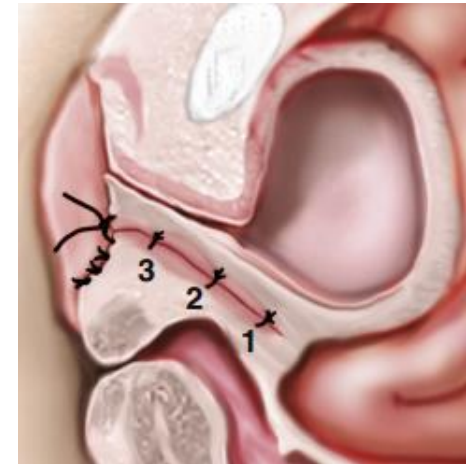
Obliterantes:

- Vaginectomia/Colpectomia
- Colpocleisis ?

PROCEDIMIENTOS VAGINALES

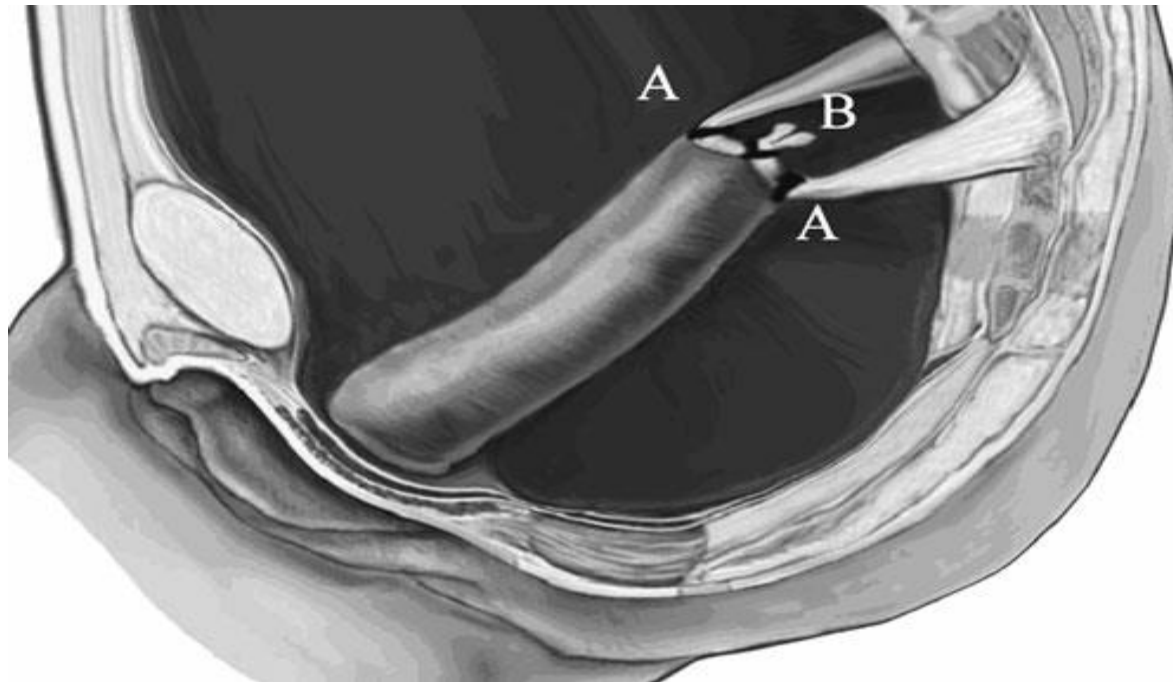
Corrección del prolapso **SIN** mallas

- Suspensión a ligamentos úterosacros
- Suspensión a ligamento sacroespinoso
- Suspensión a ligamento iliococcígeo
- Obliteración a Saco de Douglas



Long-term outcomes of modified high uterosacral ligament vault suspension (HUSLS) at vaginal hysterectomy

Int Urogynecol J (2011) 22:577–584



Long-term outcomes of modified high uterosacral ligament vault suspension (HUSLS) at vaginal hysterectomy

Int Urogynecol J (2011) 22:577–584

DISCUSIÓN

- Se demuestra los excelentes resultados con esta técnica
- La técnica utilizada difiere de otras técnicas en que simplemente se fijan los uterosacros a la cúpula vaginal y la piclación de los pedículos US en la línea media

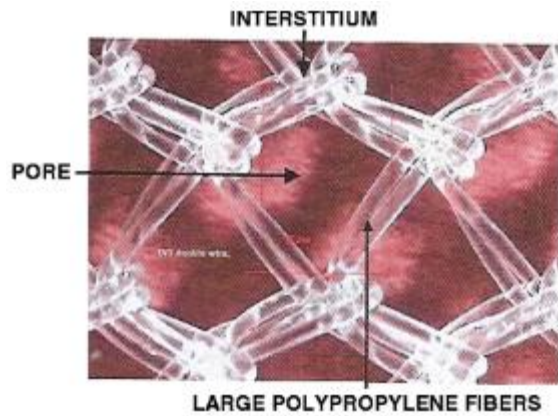
Anatomical and functional results of McCall culdoplasty in the prevention of enteroceles and vaginal vault prolapse after vaginal hysterectomy

Gautier Chene • Anne-Sylvie Tardieu • Denis Savary •
Mikael Krief • Carole Boda •
Marie-Claude Anton-Bousquet • Aslam Mansoor

CONCLUSIONES

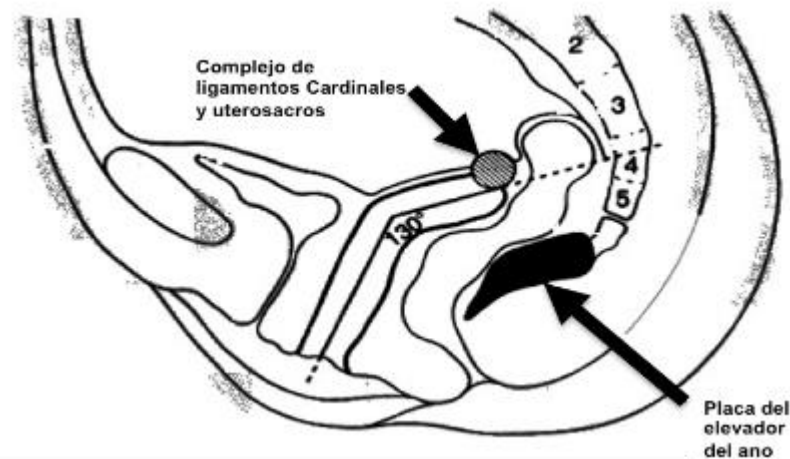
- Asegura un sostén de la cúpula vaginal en el tratamiento del prolapso
- Se reconstruye un soporte para la cúpula a través del complejo úterosacro-cardinales

Mallas



USO DE MALLAS

- El objetivo específico y principal del tratamiento quirúrgico al utilizar prótesis de las mallas sintéticas debe ser corregir el prolapso de los órganos pélvicos, preservando siempre el eje, la longitud y la funcionalidad vaginal

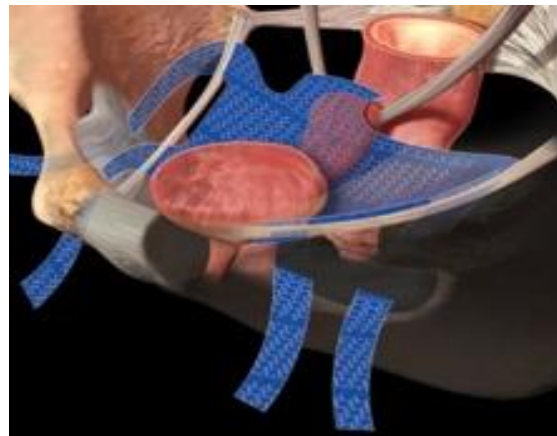
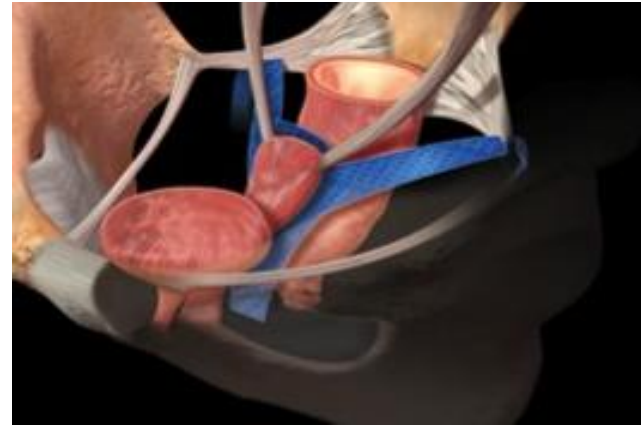


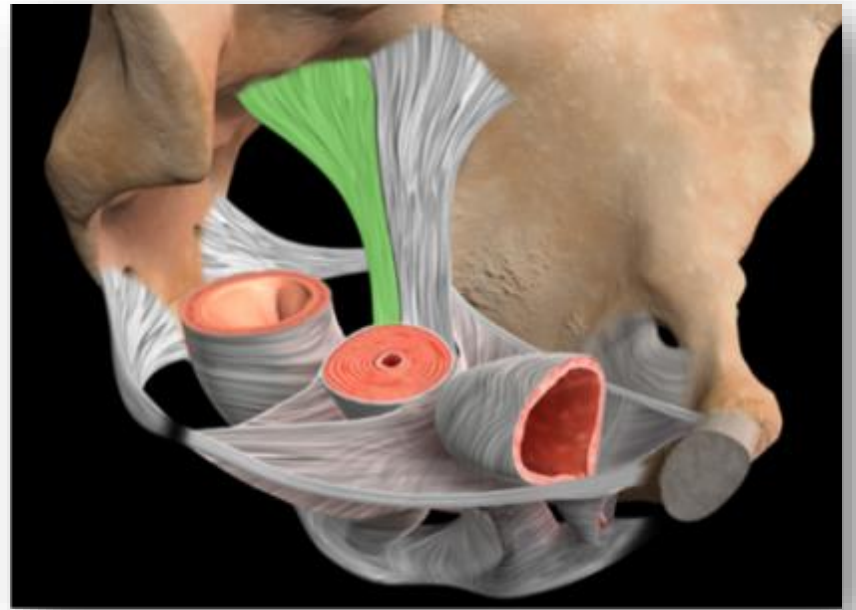
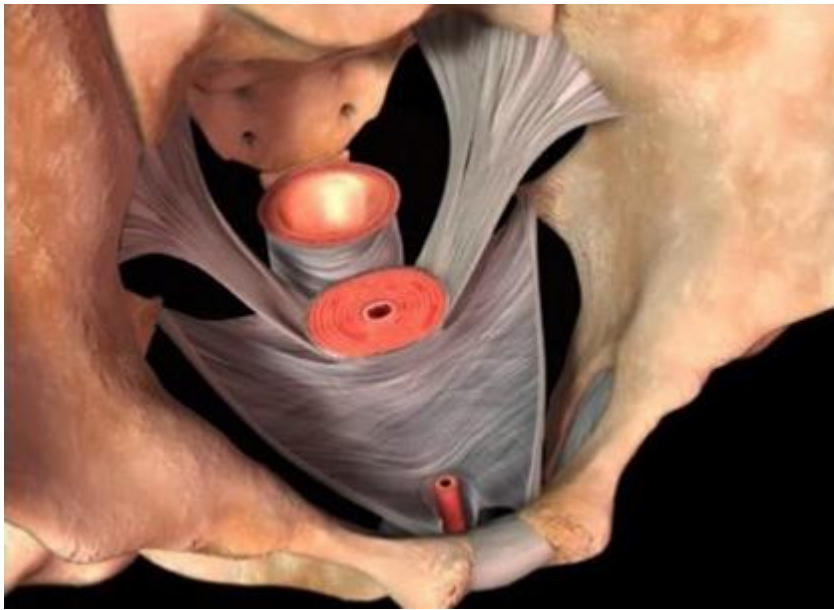
Puntos de fijación

Anterior Obturador



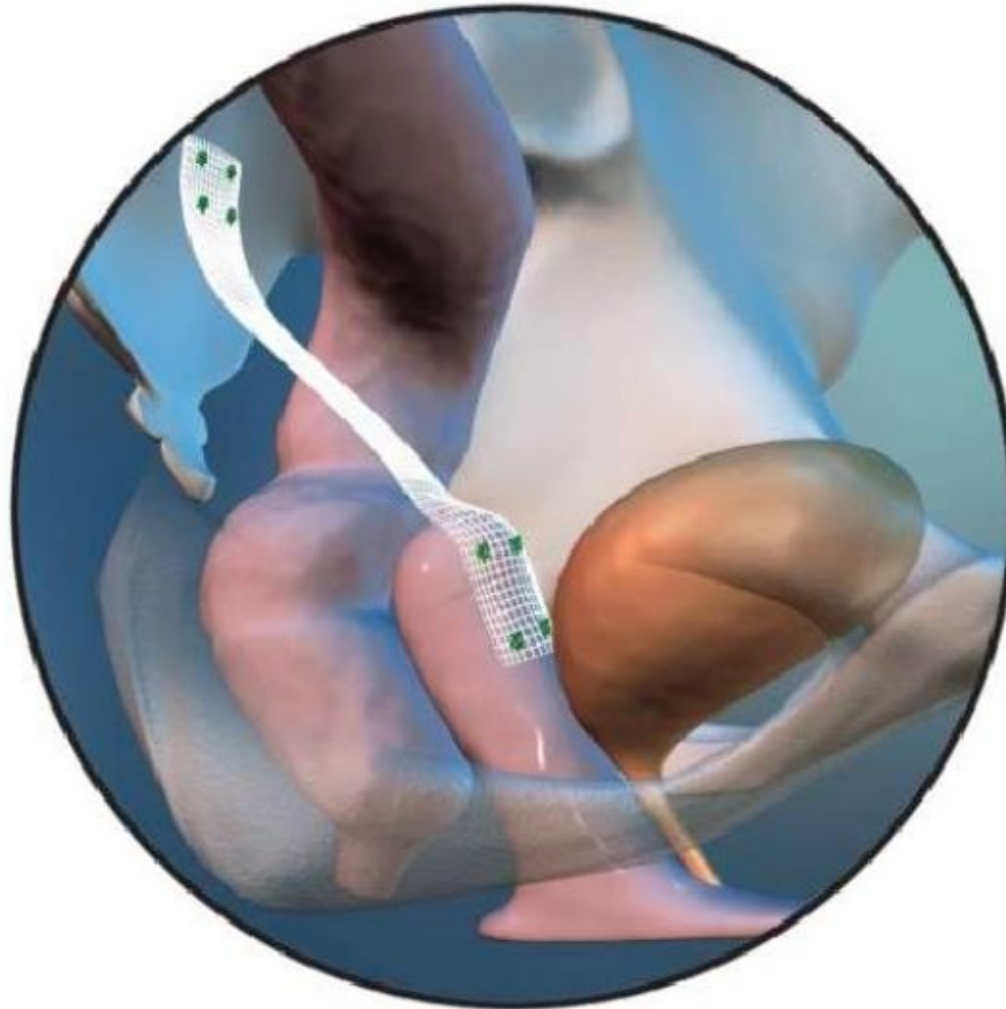
Posterior Sacroespinoso





¿Cuál es la evidencia?

SACROCOLPOPEXIA





Resultados **sacrocolpopexia abdominales** ofrecen mejor resultado anatómico que la colpopexia vaginal al sacroespinoso

Es el **estándar de oro** para el prolapso de la cúpula vaginal, con menos prolapsos recurrentes y menos dispareunia

La **sacrocolpopexia laparoscópica** pretende llenar el vacío de la técnica abierta y proveer los excelentes resultados de sacrocolpopexia abdominal con una disminución de la morbilidad

Revisión Cochrane de 2016

- El tratamiento actual para prolapso anterior y posterior de la pared vaginal, incluye **entrenamiento de los músculos pélvicos**, **pesarios** y **cirugía** (incluyendo colpografía anterior y posterior y reparaciones del sitio específico)

Cochrane 2010



El uso de mallas en el momento de la reparación de la pared vaginal anterior reduce el prolapso recurrente en las pacientes con factores de riesgo

Se han presentado resultados mejorados, incluyendo la satisfacción del paciente, calidad de vida y la reducción de las cirugías para los prolapso recurrentes, aunque aún no concluyentes



Surgical management of pelvic organ prolapse in women (Review)

The Cochrane Library 2013, Issue 4

CONCLUSIONES

- **Vía vaginal es la mejor vía quirúrgica** en cuanto a tasas de curación, sin embargo los efectos clínicos (incontinencia anal, función sexual, dispareunia) son inconclusos
- No hay evidencia que apoye el uso de mallas para el compartimento posterior

REOPERACIÓN



Prolapso uterino



Prolapso vaginal anterior



Prolapso de cúpula vaginal

RE-INTERVENCIÓN

- > 500,000 mujeres con cirugía de POP en 2013
- 1 de cada 3 prolapsos utilizaron malla
- 3 de cada 4 cirugías con malla se realizaron vía vaginal



- 150,000 cirugías vaginales con malla¹

RE-INTERVENCIÓN

Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence

- La cirugía para el POP y la IU (POPUI) en la mujer es “común”
6 - 21.1% para 1er procedimiento
- Prevalencia de **re-intervención** (43%-56%)
- La re-intervención por “**prolapso recurrente**” implica “**falla quirúrgica**”

[American Journal of Obstetrics and Gynecology](#)
[Volume 189, Issue 5, November 2003, Pages 1261–1267](#)

Amanda L Clark, MD, Thomas Gregory, MD, Virginia J Smith, MD, Renee Edwards, MD

RE-INTERVENCIÓN

Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence

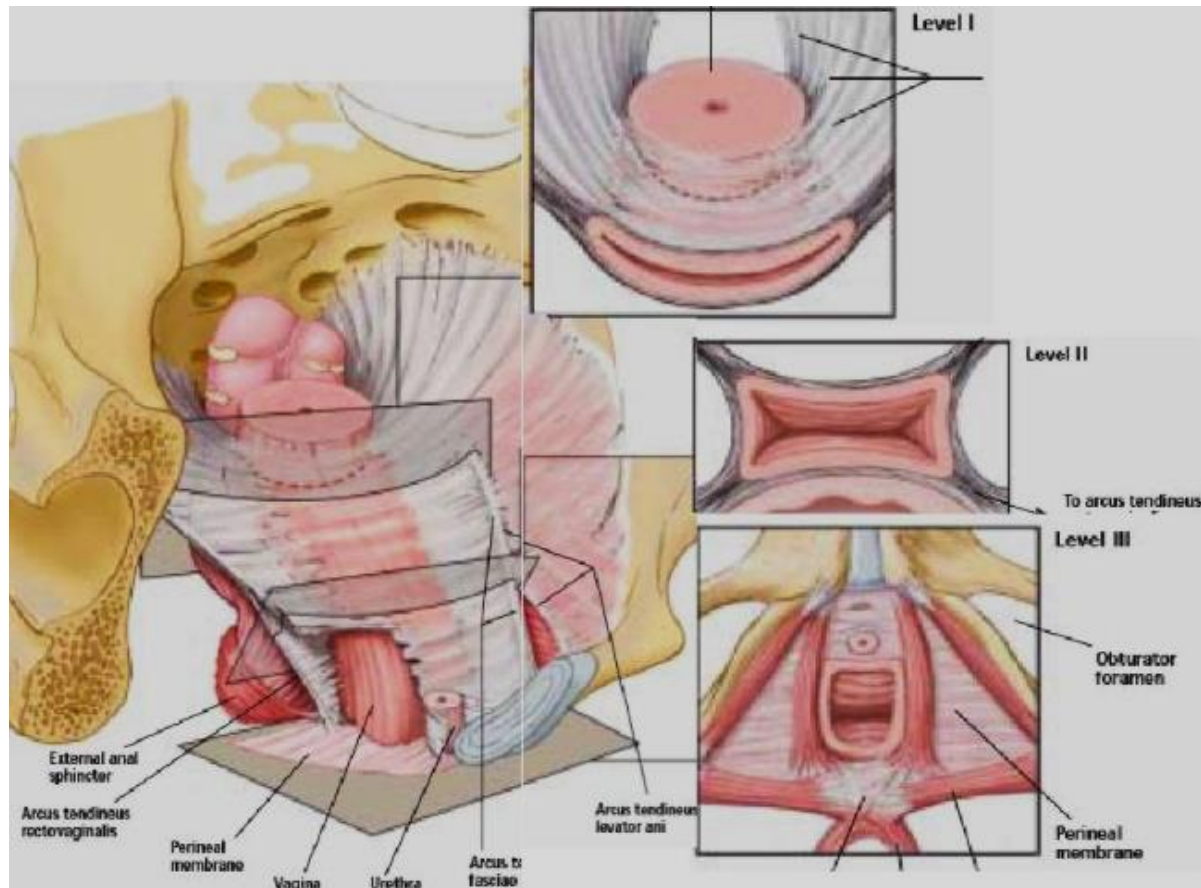
- La re-intervención es la " punta del iceberg " del fracaso quirúrgico
muchas mujeres optan por un tratamiento conservador después de los resultados insatisfactorios
- Desafortunadamente
“adaptan” sus vidas a vivir con sus síntomas
- La re-intervención a menudo se plantea a causa de que la cirugía con éxito en 1 compartimento anatómico predispone a un empeoramiento del prolapso en otro punto anatómico o a la aparición de la incontinencia urinaria

[American Journal of Obstetrics and Gynecology](#)
[Volume 189, Issue 5, November 2003, Pages 1261–1267](#)

- Una adecuada reparación del ápex vaginal es la **pedra angular** en las reparaciones de prolapso



- piedra angular



Polypropylene Mesh for Pelvic Organ Prolapse Surgery

La evidencia de nivel 1 deriva de 242 casos
ventaja objetiva sobre las reparaciones de tejidos nativos en el
compartimento anterior de la vagina

Nir Haya & Christopher Maher

Published online: 28 June 2013

Springer Science+Business Media New York 2013

Curr Obstet Gynecol Rep (2013) 2:129–138 DOI 10.1007/s13669-013-0045-8

URINARY INCONTINENCE AND PELVIC ORGAN PROLAPSE (KL NOBLETT, SECTION EDITOR)

Para reparación apical

Table 1 Transvaginal mesh kits for apical compartment vaginal prolapse

Product	Manufacturer	Material	Placement	Fixation points
Prolift®	Gynecare	Type I polypropylene	Metal trocar with flexible retrieval device	Sacrospinous ligament; ATFP
Perigee®	American Medical Systems	Type I polypropylene	Side-specific metal trocars	Ischial spine; ATFP
Avaulta®	C.R. Bard	Type I polypropylene	Metal trocar with InSnare flexible retrieval device	Ischial spine; ATFP
Pinnacle®	Boston Scientific	Type I polypropylene	Capio® device	Sacrospinous ligament; ATFP
Uphold®	Boston Scientific	Type I polypropylene	Capio® device	Sacrospinous ligament
Elevate®	American Medical Systems	Type I polypropylene	Internal needle pass (mesh with self-fixating tips)	Sacrospinous ligament; obturator internus fascia
Prosima®	Gynecare	Type I polypropylene	Metal inserter (no fixation)	Mesh inlay anterior and superior to the ischial spine and across the ATFP

ATFP arcus tendineus fascia pelvis

Table 8-2. Trocarless or direct-access FDA-approved devices

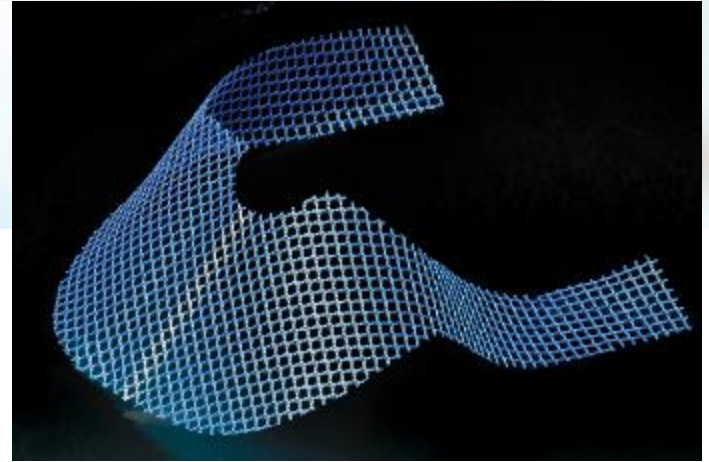
Device	Manufacturer	Material	Placement	Delivery System
Elevate Prolapse Repair System	American Medical Systems	Polypropylene	C-SSL, obturator internus muscle/ATFP	Trocarless with self-fixating polypropylene barbs
Pinnacle Pelvic Floor Repair Kit	Boston Scientific	Polypropylene	C-SSL, ATFP	Trocarless using Capio device for SSL sutures, additional side arms anchor to ATFP
Uphold Vaginal Support System	Boston Scientific	Polypropylene	C-SSL	Capio device for C-SSL sutures

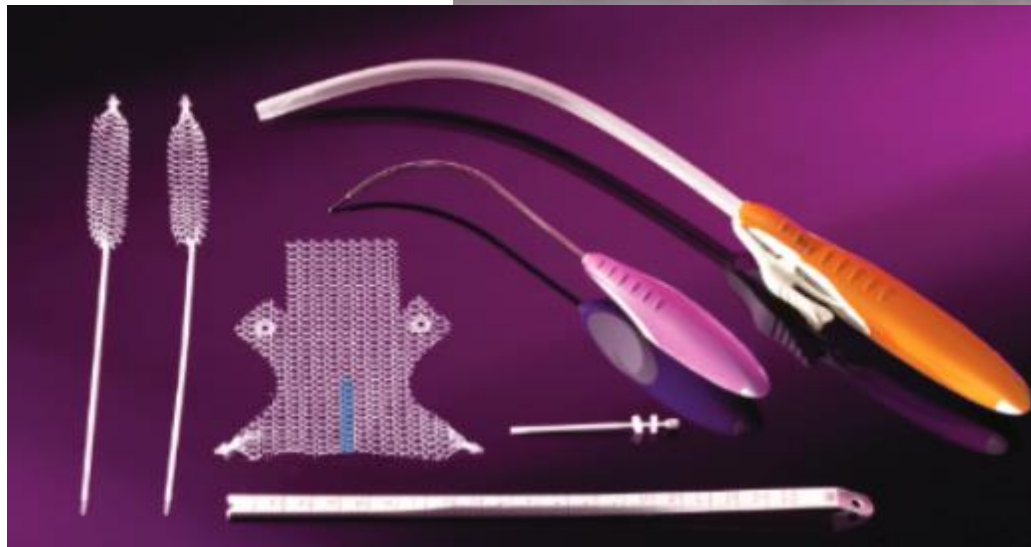
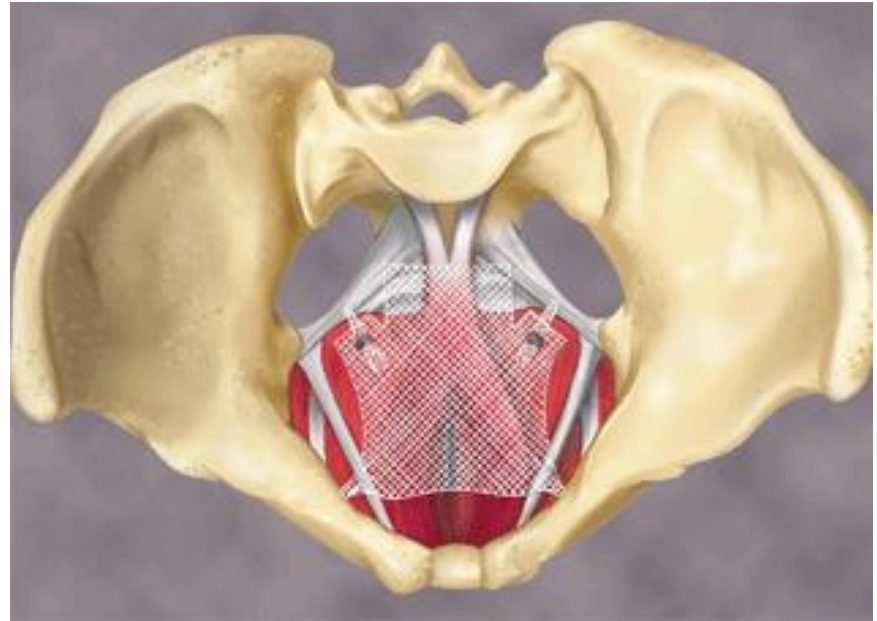
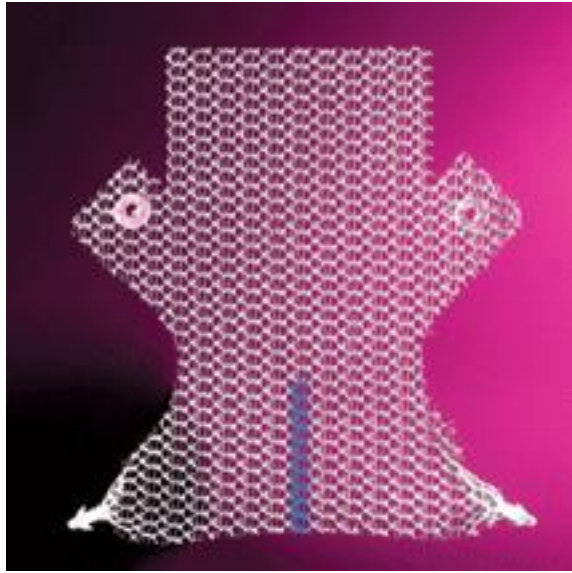
ATFP, Arcus tendineus fasciae pelvis; *C-SSL*, coccygeus muscle–sacrospinous ligament (complex); *FDA*, Food and Drug Administration.



Uphold[®] LITE Vaginal Support System

Product Code	Product Name
MD08817170	Uphold LITE Vaginal Support System





Polyform® Synthetic Mesh



The Uphold Mesh Assembly utilizes the Polyform Mesh, which is made from uncoated monofilament macroporous Polypropylene. This material has a history of success in various parts of the body for over 30 years.⁵

The goal was to improve upon this well known material, and make it **soft, smooth, thin,** and **light** with increased stretch compared to a leading synthetic mesh for pelvic organ prolapse.⁶

Small Footprint, Low Surface Area

The Uphold LITE System has one of the lowest total surface areas of current mesh kits for vaginal prolapse: **37% lower than the Elevate® Device with IntePro® Lite™ Mesh.** While the meshweight is comparable, it does not reflect the actual material in contact with the patient's own tissue as surface area does.



Minimal mesh repair for apical and anterior prolapse: initial anatomical and subjective outcomes

Manhan K. Vu • Juraj Letko • Kelly Jirschele •
Adam Gafni-Kane • Aimee Nguyen • Honyan Du •
Roger P. Goldberg

• CONCLUSIONES

- El procedimiento se ha asociado con períodos operatorios más cortos y menos complicaciones (<5%)
- Efectivo en mujeres que desea preservar su útero
- Procedimiento de pocos pasos y evita la colocación de malla a pared pélvica lateral
- Complicaciones por malla (2.6%) son raros
- Y la calidad de vida altamente favorable



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 52 (2013) 311–317



www.tjog-online.com

Review Article

Modern role of sacrospinous ligament fixation for pelvic organ prolapse surgery—A systemic review

Ling-Hong Tseng ^a, Ilene Chen ^b, Shuenn-Dyh Chang ^a, Chyi-Long Lee ^{a,*}

^a *Department of Obstetrics and Gynecology, Chang Gung Memorial Hospital Lin-Kou Branch and University of Chang Gung School of Medicine, Kwei-Shan, Tao-Yuan, Taiwan*

^b *Centre for Bioinformatics and System Biology, Genomics, Proteomics and Bioinformatics Pty Ltd, Sydney, New South Wales, Australia*

Accepted 27 November 2012

- FLSE con reconstrucción del piso pélvico es una vía bien documentada de corrección de prolapso genital
- Ayuda al paciente a conseguir alivio de los síntomas
- Hay muy pocos ensayos clínicos aleatorizados

Multi-center Study of Uphold LITE Versus Native Tissue for the Treatment of Women With Anterior/Apical Pelvic Organ Prolapse

This study is currently recruiting participants. (see [Contacts and Locations](#))

Verified June 2015 by Boston Scientific Corporation

Sponsor:
Boston Scientific Corporation

Information provided by (Responsible Party):
Boston Scientific Corporation

ClinicalTrials.gov Identifier:
NCT01917968

First received: July 18, 2013
Last updated: June 18, 2015
Last verified: June 2015
[History of Changes](#)

Multi-center Study of Uphold LITE Versus Native Tissue for the Treatment of Women With Anterior/Apical Pelvic Organ Prolapse

Estimated Enrollment: 414
Study Start Date: October 2013
Estimated Study Completion Date: June 2019
Estimated Primary Completion Date: December 2018 (Final data collection date for primary outcome measure)

Further study details as provided by Boston Scientific Corporation:

Primary Outcome Measures:

- The primary endpoint will be based on anatomic success measured by Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) for the target compartment at 36 months. [Time Frame: 36 Months] [Designated as safety issue: Yes]

Success will be based on a composite of objective and subjective measures. Also, a co-primary endpoint of the study is to achieve non-inferiority of mesh to native tissue repair for safety by comparing rates of serious device or serious procedure-related complications between baseline and the 36 month time point.

Estimated Enrollment: 414
Study Start Date: October 2013
Estimated Study Completion Date: June 2019
Estimated Primary Completion Date: December 2018 (Final data collection date for primary outcome measure)

<u>Groups/Cohorts</u>	<u>Assigned Interventions</u>
Uphold Lightweight Vaginal Support System Transvaginal repair with mesh (Uphold LITE)	Device: Uphold Lightweight Vaginal Support System Pelvic organ prolapse repair via transvaginal mesh (Uphold LITE) Other Name: Uphold LITE
Traditional native tissue repair Sacrospinous ligament fixation or uterosacral ligament suspension and/or colporrhaphy	Procedure: Traditional native tissue repair Sarcrospinous ligament fixation or uterosacral ligament suspension and/or colporrhaphy

Detailed Description:

The primary objective is to evaluate clinical effectiveness of transvaginal repair with mesh (Uphold LITE) against traditional native tissue repair in women surgically treated for anterior and/or apical pelvic organ prolapse. Secondary objectives are to evaluate Uphold LITE-related complications and subject reported outcomes.

The primary endpoint of the study is to achieve superiority of transvaginal repair with mesh (Uphold LITE) over native tissue repair at 36 months as compared to baseline. Success will be based on a composite of objective and subjective measures.

Additionally, a co-primary endpoint of the study is to achieve non-inferiority of transvaginal repair with mesh (Uphold LITE) to native tissue repair for safety by comparing rates of serious device or serious procedure related complications between baseline and the 36 month time point.

The secondary endpoints of the study include assessments of complications and subject reported outcomes.

Función urinaria

- Colpocleisis + cinta:
 - Disfunción miccional 2.5-7%
- 2009: Isom-Batz y Zimmern: 31 pacientes con agentes abultantes
 - 93% resolución de síntomas
- 2003: Moore y Miklos: colpocleisis + CMU
 - A 20 meses: 94% remisión de IUE
- 2009: Abbasy y Brubaker: 38 mujeres con colpocleisis + TVT 60% o TVT-O 40%
 - PVR >100mL: 33% prequirúrgica, 5% postquirúrgica

Función urinaria

- 2012: Koski: 53 pacientes con colpectomía o Le Fort
 - Sin urgencia de novo o retención urinaria
- 2011: Smith: 210 pacientes con Le Fort
 - 161 + CMU
 - 92.5% cura de IUE
 - 56 con disfunción miccional prequirúrgica
 - Resolución completa en 91%
 - Disfunción miccional de novo en 2 pacientes (1.9%)

Calidad de vida

- Discusión prequirúrgica de vida sexual
- Actividad sexual:
 - 65-74 años: 57%
 - >75 años: 17%
- 2008: Fitzgerald: 132 mujeres con colpocleisis
 - A un año 95% estaban satisfechas con los resultados
- 2007: Barber: 70 mujeres
 - 90% volvería a elegir procedimiento obliterativo

“ Es básico el entendimiento claro y preciso de los conceptos anatómicos específicos, como la “**fascia endopélvica**”

De acuerdo al diagnóstico específico debemos obligadamente conocer la fisiología del soporte del piso pélvico: como la teoría de la integración...y la fisiopatología del prolapso, y de sus otras manifestaciones clínicas, para poder planear y plantear a la paciente el mejor manejo y tratamiento quirúrgico “

GRACIAS

drCarlos.ri@gmail.com