



Influencia de la edad en el rendimiento de la colposacropexia laparoscópica

RESUMEN

Objetivo: estudiar la influencia de la edad en los resultados y complicaciones de la colposacropexia.

Material y métodos: estudio retrospectivo y comparativo de pacientes a quienes se realizó colposacropexia entre febrero de 2002 y marzo de 2015. La población de estudio se dividió en dos grupos según edad y antecedentes para comparar las complicaciones y los resultados del seguimiento: grupo 1 ≤ 50 años (55 pacientes) y grupo 2 ≥ 60 años (50 pacientes).

Resultados: fue mayor la proporción de cirugía previa abdominal o por afecciones del piso pélvico en las pacientes de más edad (43.6 vs 70%), pero no en incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta u oculta (47.2 vs 36%), incontinencia urinaria de urgencia (1.8 vs 8%) o prolapso de III o IV grado (90.9 vs 92%). Las técnicas fueron similares, excepto por mayor proporción estadísticamente significativa de prolapsos de cúpula en las mujeres de más edad (16.3 vs 38%). El tiempo operatorio fue mayor en las jóvenes con una $p < 0.05$ (205.8 ± 53.4 minutos vs 182 ± 42.3 minutos) aunque la estancia fue similar (2.9 ± 1.1 vs 3.0 ± 1.9 días). La mayor parte de las complicaciones postoperatorias fueron leves y no diferentes desde el punto de vista estadístico (20 vs 14%). El seguimiento no mostró diferencias con significación estadística en las tasas de curación (grupo 1: 87 vs 92% del grupo 2) ni de satisfacción (muy satisfechas 83.62 vs 82%). Los resultados exploratorios tampoco mostraron diferencias no debidas al azar.

Conclusión: la colposacropexia demostró buen rendimiento en pacientes mayores con tasas de efectividad y complicaciones similares.

Palabras clave: prolapso, colposacropexia, laparoscopia, anciana

Rodolfo Moreno-Mira¹
Fernando García-Montes²
Ricardo Lizarbe-Iranzo²
Ángel Martín-Jiménez²

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Can Misses, Ibiza.

² Unidad de Salud de la Mujer, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España.

Influence of age on laparoscopic colposacropexy

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the influence of age on laparoscopic colposacropexy (LCS) outcome and complications for pelvic organ prolapse.

Material and methods: A retrospective and comparative study of 105 patients who underwent standard LCS for Baden-Walker graded pelvic organ prolapse from February 2002 to March 2015. They were categorized into two groups according to age. Group 1 consisted in \leq

Recibido: marzo 2015

Aceptado: mayo 2015

Correspondencia

Rodolfo Moreno Mira
Hospital Can Misses
Calle Corona s/n
07800 Ibiza, España
rmorenom@sego.es

Este artículo debe citarse como:

Moreno-Mira R, García-Montes F, Lizarbe-Iranzo R, Martín-Jiménez A. Influencia de la edad en el rendimiento de la colposacropexia laparoscópica. Ginecol Obstet Mex 2015;83:447-453.

50 years old patients and included 55 women. Group 2 included 50 women who were ≥ 60 years old. Outcomes and complications were compared in both groups.

Results: Previous history of abdominal surgery or surgery for pelvic floor disorders was significantly greater in group 2 (43.6 vs 70%). There was no significant difference regarding urinary stress incontinence, urge incontinence or severe organ prolapse between groups (47.2 vs 36%; 1.8 vs 8% and 90.9 vs 92% for Groups 1 and 2 respectively). Although a statistically significant greater proportion of vaginal vault prolapse was present in the elderly group (16.3 vs 38%), the same LCS surgical technique was used in both groups of patients. Despite operating time was significantly greater in the younger group (205.8 ± 53.4 minutes in Group 1 vs 182 ± 42.3 minutes in Group 2), hospital stay was similar in both groups (2.9 ± 1.1 days vs 3.0 ± 1.9 days in group 1 and group 2 respectively). Postoperative complications were not severe and there were no clinically significant differences between groups (20 vs 14%). We found no statistically differences between groups when comparing cure rates (87 vs 92%) in groups 1 and 2 respectively, patient satisfaction and postoperative anatomical findings.

Conclusions: LCS has shown excellent cure rates in both young and elder female patients with pelvic organ prolapse.

Key words: Prolapse, sacrocolpopexy, laparoscopy, elderly.

ANTECEDENTES

La prevalencia de disfunciones del piso pélvico aumenta con la edad y puede suponer una alteración importante en la calidad de vida. Con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, el recurso de una cirugía efectiva en edades avanzadas para solventar estas disfunciones es frecuente y puede suponer un incremento de las complicaciones perioperatorias debido a las comorbilidades asociadas. La colposacropexia con malla es la técnica de referencia en el tratamiento del prolapso genital por su alta efectividad anatómica y funcional con resultados a largo plazo, superiores al 90% y la baja tasa de complicaciones mayores, inferiores al 6%.¹ No obstante, a pesar de sus excelentes resultados es una intervención prolongada y compleja y, por ello, tiende a indicarse en pacientes jóvenes con prolapso de

órganos pélvicos. Las investigaciones recientes informan buenos resultados en pacientes mayores y con una tasa de complicaciones parecidas, gracias al acceso mínimamente invasivo que ofrece la laparoscopia.^{2,3} El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la edad avanzada en los resultados y la morbilidad quirúrgica de pacientes a quienes se efectuó colposacropexia laparoscópica.

MÉTODO

Estudio retrospectivo y comparativo de pacientes a quienes se trató con colposacropexia de febrero de 2002 a marzo de 2015. Se distribuyeron en dos grupos según la edad. El grupo 1 lo integraron mujeres con edad igual o inferior a 50 años (55 pacientes) y el grupo 2 pacientes con edad igual o superior a 60 años (50 pacientes). Se reunieron los datos preoperatorios relacionados



con la intervención y postoperatorios inmediatos de cada paciente. En las visitas de seguimiento se hizo una anamnesis estructurada de resultados subjetivos de curación, satisfacción, síntomas intestinales, sexuales y urinarios relacionados con la intervención. También se practicó un examen pélvico con descripción de la anatomía vaginal. Los hallazgos de la exploración se cuantificaron con la clasificación de Baden y Walker.

Después de la evaluación preoperatoria y de firmar el consentimiento informado, las pacientes se programaron para ser intervenidas. Participaron cinco cirujanos principales que pusieron en práctica la misma técnica. Se usaron: un manipulador uterino o vaginal en caso de prolapso de cúpula y normalmente cuatro puertos de entrada abdominal. Se incluyó una doble malla de polipropileno, monofilamento, macroporosa independiente. La malla posterior se usó desde el promontorio hasta el músculo puborrectal, a ambos lados del recto y hasta las cercanías del cuello vesical en el espacio vesicovaginal para la malla anterior. Las mallas se anudaron con suturas de poliéster en la vagina y con suturas metálicas helicoidales en el promontorio. En la mayoría de los casos se practicó histerectomía subtotal, aunque en algunos se conservó el útero o se realizó histerectomía total. El procedimiento quirúrgico normalmente finalizó con la peritonización sobre la malla y, en ocasiones, se asoció con la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo si estaba indicada con base en la evaluación preoperatoria. La curación anatómica se definió como existencia de un grado inferior a 2 de la clasificación de Baden y Walker en cualquier compartimento.

En caso de variables cualitativas se realizó análisis estadístico mediante la aplicación de la prueba de χ^2 y sus correcciones oportunas. Para la comparación de las variables cuantitativas se utilizó t de Student o el test no paramétrico de Mann-Witney, dependiendo del tipo de distribución.

RESULTADOS

En lo que concierne a índice de masa corporal no hubo diferencias significativas pero sí se registraron para paridad, más elevada en las mujeres de 60 años o mayores. Los antecedentes quirúrgicos pélvicos y abdominales, incluidas la histerectomía y patología del piso pélvico fueron significativamente más elevados desde el punto de vista estadístico en el grupo de pacientes mayores. No se establecieron diferencias estadísticamente significativas del grupo I de pacientes de 50 años o menores con respecto a las mayores en cuanto a incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta u oculta (47.2 vs 36%), incontinencia urinaria de urgencia (1.8 vs 8%) o prolapso de III o IV grado (90.9 vs 92%). Cuadro 1

Las técnicas quirúrgicas realizadas se detallan en el Cuadro 2 sin diferencias significativas, salvo por la mayor proporción estadísticamente significativa de colposacropexia sobre el prolapso de la cúpula en el grupo de pacientes mayores de 50 años. La cirugía anti-incontinencia asociada, sobre todo bandas libres de tensión, se encontró en 36.3% de las pacientes mayores y en 32% de las pacientes del grupo II, sin diferencias no debidas al azar.

El tiempo operatorio fue mayor en el grupo de pacientes jóvenes con una $p < 0.05$ (205.8 ± 53.4 minutos *versus* 182 ± 42.3 minutos) aunque la estancia hospitalaria no mostró diferencias estadísticamente significativas (2.9 ± 1.1 días frente a 3.0 ± 1.9 días) (Cuadro 3). Las complicaciones intraoperatorias no fueron diferentes desde el punto de vista estadístico en ambos grupos, aunque sí más numerosas en el grupo 2 de pacientes de edad mas avanzada (3.6 vs 14%). Todo lo contrario ocurrió con las complicaciones postoperatorias más frecuentes en el grupo de pacientes jóvenes (20 vs 14%) aunque tampoco arrojaron diferencias no debidas al azar. La mayor parte de las complicaciones fueron leves

Cuadro 1. Preoperatorio

	Grupo 1 n=55	Grupo 2 n=50	P
Edad media \pm DE	43.8 \pm 4.6	64.6 \pm 3.8	<0.05
IMC	26.3 \pm 4.2	26.8 \pm 3.5	NS
Paridad	2.35 \pm 1.0	2.84 \pm 1.4	<0.05
Histerectomía previa	9 (16.3 %)	19 (38%)	<0.05
Antecedentes de cirugía pélvica o abdominal	24 (43.6 %)	35 (70%)	<0.05
Antecedentes de cirugía del piso pélvico	13 (23.6%)	23 (46%)	<0.05
Incontinencia urinaria de esfuerzo-mixta-oculta	26 (47.2%)	18 (36%)	NS
Incontinencia urinaria de urgencia	1(%)	(4%)	NS
Prolapso grados III-IV	50 (90.9%)	46 (92%)	NS
Clínica			
Urgencia-frecuencia-nicturia	6 (10.9%)	6 (12%)	NS
Dispareunia	7(12.7%)	2(4%)	NS
Estreñimiento	7(12.7%)	3(6%)	NS
Incontinencia fecal	1(1.8%)	0	NS
ITU repetición	0	3 (6%)	NS

Cuadro 2. Cirugía

	Grupo 1 n=55	Grupo 2 n=50	P
Colposacropexia prolapso cúpula	9 (%)	19 (%)	<0.05
Colposacropexia + histerectomía subtotal	40 (%)	27 (%)	NS
Colposacropexia + histerectomía total	2 (%)	1 (%)	NS
Histerosacropexia	4 (%)	3 (%)	NS
Cirugía para incontinencia asociada	20 (36.3%)	16 (32%)	NS
TOT	15	15	NS
TVT	5	1	NS
BURCH	0	1	NS

Cuadro 3. Datos operatorios

	Grupo 1 n=55	Grupo 2 n=50	P
Tiempo operatorio (minutos)	205.8 \pm 53.4	182 \pm 42.3	<0.05
Días de ingreso	2.9 \pm 1.1	3.0 \pm 1.9	NS

y requirieron tratamiento conservador, salvo 4 que requirieron reintervención inmediata (3 en el grupo 1 y 1 en el grupo 2). El sondaje urinario

fue menos prolongado de forma estadísticamente significativa en el grupo 1 (1.1 \pm 0.8 días) que en el grupo 2 (1.4 \pm 1.0). Cuadro 4



Cuadro 4. Complicaciones

	Grupo 1 n=55	Grupo 2 n=50	P
Intraoperatorias	2(3.6%)	7 (14%)	NS
Intestinal	1	3	NS
Lesión vesical	1	1	NS
Lesión vaginal	0	2	NS
Otros	0	1	NS
Reconversión a laparotomía	0	1	NS
Postoperatorias	11 (20%)	7 (14%)	NS
Intestinal	3	1 (%)	NS
Fiebre	2	1	NS
Infección de la herida	2	0	NS
Otros (anemia, vómitos, erosión corneal, ileo)	4	5	NS
Reintervención inmediata	3 (isquemia inst, oclusión RAO)	1 vólvulo	NS
Días de sondaje urinario	1.1±0.8	1.4±1.0	<0.05

El seguimiento hospitalario es de 11.1 ± 15.1 meses en el grupo 1 y de 9.5 ± 14.9 meses en el grupo 2 y mostró diferencias con significación estadística en las tasas de curación que fue de 87% en el grupo 1 vs 92% en el grupo 2, ni de satisfacción, 83.6% están muy satisfechas en el grupo 1 vs 82% del grupo de pacientes mayores.

Los resultados de la exploración tampoco mostraron datos diferentes desde el punto de vista estadístico. La recidiva anatómica, es decir la existencia de prolapso igual o superior a grado II en alguno o varios de los compartimentos existió en 16.3% de las pacientes del grupo I y en 8% de las mujeres del grupo 2, sin que se establecieran diferencias no debidas al azar. Tampoco las

Cuadro 5. Resultados

Seguimiento hospitalario	Grupo 1 n=55	Grupo 2 n=50	P
Tiempo (meses)	11.1±15.1	9.5±14.9	NS
Resultado del prolapso			
Curación del prolapso	48 (87.2%)	46 (92%)	NS
Mejoría del prolapso	5	2	NS
Sin cambios	0	1	NS
Peor	2	1	NS
Satisfacción			
Muy satisfechas	46 (83.6%)	41 (82%)	NS
Moderadamente	5	8	NS
No satisfechas	4	2	NS
Clínica			
Asintomáticas	43(83.6%)	37 (74%)	NS
IOE (novo)	2	2	NS
IOU (novo)	1	2	NS
Estreñimiento	8 (14.5%)	5 (10%)	NS
Dispareunia	3	1	NS
Otros	0	4	NS

hubo en cuanto al número de reintervenciones tardías relacionadas con el procedimiento en cada grupo. Cuadro 6

DISCUSIÓN

Nuestros resultados confirman el alto rendimiento de la colposacropexia en ambos grupos edad en cuanto a corrección del prolapso cuando se usan criterios anatómicos que aumentan más cuando se recurre a criterios subjetivos, todo acompañado de altas tasas de satisfacción. Muchos estudios describen tasas de satisfacción de 85-100%. Las tasas de éxito varían entre 78 y 100% con periodos de seguimiento entre 6 meses y 3 años. Baja 58-100% cuando lo que se considera éxito es la ausencia del prolapso en todos los compartimentos. Con la laparoscopia, las series publicadas obtienen resultados que se superponen a los de la laparotomía.^{1,4}

Hoy día asistimos al envejecimiento progresivo de la población, de modo que en España la población mayor de 65 años representa 18% del total, con más de 8 millones de personas de los que más del 56% son mujeres. En México se estima que el porcentaje de personas mayores se incrementa 12.5% en 2020 y a 28% en 2050. Al mismo tiempo existe una progresiva mejoría en la calidad de vida y en estos momentos las enfermedades del piso pélvico son la indicación más frecuente de cirugía en pacientes mayores de 70 años que demandan tratamiento para situaciones que antes se trataban de manera conservadora.⁵

El objetivo de esta cirugía es conseguir la máxima efectividad con mínimas complicaciones y la vía vaginal ha sido tradicionalmente indicada en mujeres mayores por cumplir estas premisas en un grupo de pacientes con más enfermedades de riesgo asociadas. La vía abdominal abierta, más invasiva y con más morbilidad, se reservaba para pacientes jóvenes y sanas. Con el advenimiento de la laparoscopia ha sido posible introducir de forma generalizada técnicas como la colposacropexia de forma mínimamente invasiva y con menos complicaciones.⁴ Es, por tanto, cada vez más frecuente su indicación en pacientes de edad avanzada.^{2,3} La colposacropexia con mallas es una de las técnicas más efectivas para el tratamiento del prolapso genital y la técnica de referencia en la cirugía del piso pélvico. Es la adecuada cuando se quiere disminuir al máximo el riesgo de recidiva con resultados robustos y duraderos y mejor rendimiento que la vía vaginal para el prolapso del compartimento medio, las recidivas y la dispareunia.⁶ Las mallas transvaginales que podrían cumplir esta función no han logrado imponerse como técnica de referencia debido al debate existente en torno a su eficacia global y sus complicaciones específicas.⁷

Nuestro estudio también confirma una baja tasa de complicaciones similar en ambos grupos de edad y sin diferencias significativas. La mayor parte de las complicaciones son leves. Llama la atención el menor tiempo operatorio medio existente en las pacientes mayores, quizá por el ahorro de tiempo que supone no realizar

Cuadro 6. Exploración

	Grupo 1 n=55	Grupo 2 n=50	P
Curación	46 (83.6%)	46 (92%)	NS
Recidiva anatómica	9 (16.3%)	4 (8%)	NS
Reintervenciones tardías	5 (9%)	1 (2%)	NS
	2 colposacropexia	Vólvulo	
	Dolor pélvico		
	Punto vesical		
	Infección de la malla		



histerectomía concomitante en más ocasiones (19 prolapsos de cúpula *versus* 9 en el grupo joven) sin la existencia previsible de mayores dificultades intraoperatorias por mayores tasas de cirugía previa que compense esta circunstancia.

Muchos estudios han documentado la baja tasa de complicaciones en pacientes mayores intervenidas del piso pélvico, incluida la vía laparoscópica y la robótica.^{3,8,9,10}

Una limitación importante de nuestro trabajo es su enfoque retrospectivo sin posibilidad de controlar el tipo de pacientes de cada franja de edad de nuestros hospitales asignadas a cirugía laparoscópica. Es probable la existencia de sesgos a la hora de indicar a pacientes de riesgo a cirugía laparoscópica; no obstante, la experiencia acumulada permite indicar con relativa facilidad este tipo de cirugía en pacientes mayores con buenos resultados, escasas complicaciones y altas tasas de satisfacción para pacientes y médicos.

REFERENCIAS

1. Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, Zyczynski H. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 2004;104:805-23.
2. Robinson BL, Parnell BA, Sandbulte JT, Geller EJ, Connolly A, Matthews CA. Robotic versus vaginal urogynecologic

surgery: a retrospective cohort study of perioperative complications in elderly women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013 Jul-Aug;19(4):230-7.

3. Khan A, Alperin M, Wu N, Clemens JQ, Dubina E, Pashos CL, Anger JT. Comparative outcomes of open versus laparoscopic sacrocolpopexy among Medicare beneficiaries. *Int Urogynecol J* 2013;24:1883-91.
4. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, Vallancien G. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol* 2009; 55:1089-103.
5. Oliphant SS, Jones KA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Trends over time with commonly performed obstetric and gynecologic inpatient procedures. *Obstet Gynecol* 2010;116:926-31.
6. Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Apr 14;. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2013.
7. Murphy M, Holzberg A, van Raalte H, Kohli N, Goldman HB, Lucente V; Pelvic Surgeons Network. Time to rethink: an evidence-based response from pelvic surgeons to the FDA Safety Communication: "UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse". *Int Urogynecol J* 2012;23:5-9.
8. Stepp KJ, Barber MD, Yoo EH, Whiteside JL, Paraiso MF, Walters MD. Incidence of perioperative complications of urogynecologic surgery in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1630-6.
9. Toglia MR, Nolan TE. Morbidity and mortality rates of elective gynecologic surgery in the elderly woman. *Am J Obstet Gynecol* 2003 189:1584-7.
10. Pollak JT, Davila GW, Kopka SL, Ciocon J. Urogynecological and reconstructive pelvic surgery in women aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:851-2.