

## **CORRECCIÓN DEL COMPARTIMENTO MEDIO MEDIANTE PROLIFT® TOTAL E IVS POSTERIOR.**

Monclús M. ; Cano S., Pereda A., Girvent M., Lineros E., Ojeda F.  
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Fundació Hospital Asil de Granollers  
[mmonclus@fhag.es](mailto:mmonclus@fhag.es)

### **OBJETIVO:**

Análisis retrospectivo y comparativo de dos técnicas quirúrgicas para la corrección del compartimento medio (prolapso apical): IVS posterior (posterior intravaginal slingplasty o sacropexia infracoccigea) y Prolift® total.

### **PACIENTES Y MÉTODO:**

Análisis retrospectivo desde enero de 2006 hasta enero de 2007 de 10 pacientes intervenidas en nuestro centro con colocación de IVS posterior y 4 con Prolift® total.

#### a) Pacientes

	IVS posterior	Prolift total
Edad media	71 (rango: 69-78)	54 (rango: 45-71)
Paridad media (vaginales)	2.6	2.2
Índice de masa corporal	29.3 (rango: 23.2-36.4)	25.8 (rango: 21.4-28.5)

#### b) Indicaciones

	IVS posterior n=10	Prolift total n=4
Prolapso de cúpula vaginal (antecedente de histerectomía)	3	2 ( 1 recidiva de IVS)
Prolapso genital total (con distintos grados de cisto-rectocele)	7	2

Realizada por un equipo homogéneo de cirujanos en cuanto a experiencia y conocimiento de la técnica quirúrgica

#### d) Cirugía asociada

En los casos de IVS posterior (n=10) 3 se asociaron a histerectomía vaginal con electrocoagulación, colpoplastia anterior y técnica antiincontinencia (banda libre de tensión). Otros 4 casos se asociaron a histerectomía vaginal y colpoplastia anterior. Dos casos a plastia anterior. En sólo 1 caso se practicó IVS aislado.

En cuanto a los Prolift® total (n=4) en 2 casos fueron asociados con histerectomía vaginal y los otros dos aislados (uno con conservación de útero y el otro en una paciente con histerectomía previa)

## RESULTADOS:

De los 10 casos de IVS posterior contamos con una complicación intraoperatoria grave (perforación del recto) en el que se desestimó la colocación de la malla.

En los 4 casos de Prolift® total no se detectaron complicaciones intraoperatorias. Consideramos el término curación como la corrección anatómica y funcional (CAF) de la paciente y la corrección funcional asintomática (CF) que no requiere tratamiento adicional.

### CURACIÓN DE LA PACIENTE = (CAF) + (CF)

Con un seguimiento medio de 6 meses tenemos los siguientes resultados:

	IVS posterior n=9	Prolift total n=4
CURACIÓN ANATÓMICA Y FUNCIONAL (CAF)	<b>2</b>	<b>3</b>
CURACIÓN FUNCIONAL (CF)	<b>3</b> (2 casos con cistocele grado I-II asintomático. 1 caso con rectocele leve asintomático)	<b>1</b> (cistocele grado I-II)
MEJORÍA	<b>3</b> (cistocele grado III con sensación de bultoma y tratamiento rehabilitador)	<b>0</b>
RECIDIVA	<b>1</b>	<b>0</b>

Curación IVS posterior =  $5/9 = 55\%$

Curación Prolift total =  $4/4 = 100\%$

## CONCLUSIONES:

Los resultados provisionales, a falta de incluir más efectivos en los grupos, sugieren una corrección más integral con la técnica del Prolift® total, sin complicaciones asociadas. Se aprecia cierto aumento en la incidencia postoperatoria del defecto de compartimento contralateral con el uso de IVS posterior.

### Referencias:

Jordaan DJ et al. Posterior intravaginal slingplasty for vaginal prolapse.. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006 Jun;17 (4):326-329.

Solà Dalenz V et al. Prolift system in the correction of female genital prolapse. Actas Urol Esp. 2007 Sep;31(8):850-7.

Fatton B et al. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Prolift technique)- a case series multicentric study. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007 Jul;18(7):743-52.

Alfredo Silva R et al. IVS posterior para el tratamiento de prolapso de cúpula vaginal.. Rev Chil Obstet Ginecol 2004;69(6):419-23

