

## Histerosacropexia laparoscópica en paciente joven. A propósito de un caso

 Gledys Torres Moreno,<sup>1</sup>  Sandra Evelyn Mohtar,<sup>1</sup>  Isabel Cristina Sánchez Chirinos,<sup>1</sup>  
 José Alejandro León.<sup>2</sup>

### RESUMEN

*El prolapso de órganos pélvicos es una afección relativamente frecuente en mujeres mayores a 50 años, que se asocia con el deterioro de la calidad de vida en quienes lo padecen. Sin embargo, es una entidad extremadamente infrecuente en mujeres jóvenes, viéndose asociado a factores de riesgo como collagenopatías y malformaciones anorrectales. Se presenta el caso de una paciente de 30 años de edad, nuligesta, con antecedente de ano imperforado, agenesia total de coxis y parcial de sacro, diagnosticada a los 9 años con prolapso genital, ameritando múltiples intervenciones quirúrgicas, la última en 2023, con material protésico, sin obtener éxito quirúrgico. En vista de múltiples recidivas y deseos de fertilidad futura se plantea para una histerosacropexia laparoscópica.*

**Palabras clave:** Prolapso, Joven, Recidiva, Fertilidad, Histerosacropexia, Laparoscopia.

### Laparoscopic hysterosacropexy in a young patient. A case report

### SUMMARY

*Pelvic organ prolapse is a relatively common condition in women over 50 years of age, associated with a deterioration in the quality of life of those who suffer from it. However, it is an extremely rare entity in young women and is associated with risk factors such as collagen diseases and anorectal malformations. We present the case of a 30-year-old nulligest patient with a history of imperforate anus, total agenesis of the coccyx, and partial agenesis of the sacrum. She was diagnosed with genital prolapse at age 9, requiring multiple surgical interventions, the last in 2023 with prosthetic material, without surgical success. Given multiple recurrences and desire for future fertility, a laparoscopic hysterosacropexy was proposed.*

**Keywords:** prolapse, young, recurrence, fertility, hysterosacropexy, laparoscopy.

## INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una afección relativamente frecuente, caracterizado por el descenso de la pared vaginal anterior, posterior, el útero y/o la cúpula vaginal, debido a una debilidad en las estructuras de soporte del piso pélvico que permite el descenso de las vísceras pélvicas (1). Si bien, por

lo general, no pone en peligro la vida, el prolapso a menudo se asocia con el deterioro de la calidad de vida y puede contribuir a la disfunción de la vejiga, el intestino y la sexualidad. Los síntomas del prolapso son abultamiento vaginal, presión pélvica, sangrado, secreción, infección, entablillado/digitación y dolor lumbar (2). Aproximadamente el 30 % de todas las mujeres experimentan algún grado de POP durante su vida, sin embargo, es una entidad extremadamente infrecuente en mujeres menores a 40 años. Se ha demostrado que las mujeres jóvenes con POP tienen más probabilidades de tener enfermedades del tejido conectivo o neurológico y anomalías congénitas (2).

Aproximadamente el 12,6 % de las mujeres con esta patología buscarán tratamiento quirúrgico para sus síntomas y, entre aquellas que eligen una reparación con

<sup>1</sup>Especialista en obstetricia y ginecología UCV. Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, Departamento de Obstetricia y Ginecología.

<sup>2</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología y en Cirugía Mínima Invasión, Ginecología Regenerativa y Funcional. Trabajo presentado en el XXXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela "Dr. Pedro José Maneiro Vásquez" modalidad de video. Sin ayuda financiera. Correo para correspondencia: gledysjtorresm@gmail.com

**Forma de citar este artículo:** Torres G, Mohtar SE, Sánchez IC, León JA. Histerosacropexia laparoscópica en paciente joven. A propósito de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2025; 85(3):486-492. DOI: 10.51288/00850319

tejido autólogo, se estima que el 40% aproximadamente experimentará una recurrencia dentro de los 2 años siguientes (3). El tratamiento quirúrgico tradicional para el prolapso uterino ha sido la histerectomía vaginal, incluso en ausencia de enfermedad uterina, la cual por sí sola no aborda las deficiencias en el soporte pélvico y no corrige la fisiopatología subyacente, de ahí la mayor incidencia de recurrencia y prolapso de la cúpula (4). Actualmente, las mujeres han optado por la preservación uterina por diversas razones, entre ellas: el deseo de mantener la fertilidad futura, la creencia de que el útero afecta la función sexual o el sentido de identidad y la preocupación por los riesgos de la histerectomía (5). Por ello se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas con excelentes resultados anatómicos, funcionales y conservadores como la histerosacropexia laparoscópica.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 30 años, nuligesta, quien refería sensación de peso a través de genitales externos desde los 9 años, por lo que fue evaluada e intervenida en múltiples oportunidades y en vista de recidiva y persistencia de síntomas fue referida a la unidad de ginecología de mínima invasión y disfunción del piso pélvico del servicio de ginecología del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani. Como antecedentes personales de importancia, presentó malformación anorectal (ano imperforado, agenesia total de coxis y parcial de sacro) diagnosticada en la infancia, sin comorbilidades asociadas. Refirió como antecedentes quirúrgicos 13 cirugías para corrección de malformación anorectal, cuatro de ellas destinadas a corrección de POP, tres con tejido nativo y la última, en 2023, con tejido sintético, sin éxito quirúrgico. La menarquía fue a los 12 años, los ciclos menstruales eran regulares 3/28 con dismenorrea moderada, heterosexual, sexarquía a los 17 años, inactiva en vista de vergüenza por masa genital.

Al examen físico presentaba un peso de 47 Kg y talla de 1,63 m para un índice de masa corporal de 18 Kg/m<sup>2</sup>. La pelvis androide, se observó cicatriz hipotrófica e hipertrófica en región glútea izquierda de 9 cm aproximadamente (Figura 1). A la evaluación ginecológica se evidenció protrusión de paredes vaginales y cuello uterino; se aplicó el *Pelvic Organ Prolapse Quantification system* (POP-Q) para la evaluación sitio-específica del defecto del prolapso, resultando el punto Aa +3, Ba +4, C +, HG 4 cm, CP 2 cm, LVT 10 cm, Ap +3, Bp +3 y D +4 (Figura 2), clasificándose como un POP estadio IIIC. Se realizaron estudios complementarios,



Figura 1. Foto de región posterior de pelvis. Configuración anatómica de la paciente.



Figura 2. Evaluación ginecológica de la paciente. Se evidencia protrusión de cuello uterino.

ecografía transvaginal, sin observar patología orgánica en útero y ovarios. Se practicó resonancia magnética nuclear (RMN) de abdomen y pelvis donde se evidenció colon dilatado y la agenesia del coxis y parcial del sacro. En vista de la edad de la paciente, deseos de fertilidad y múltiples recidivas se planteó como opción terapéutica definitiva la histerosacropexia vía laparoscópica.

Fue llevada a mesa operatoria, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación de manipulador uterino, se accedió por técnica cerrada en punto de Palmer, insuflación de neumoperitoneo con CO<sub>2</sub>, se insertó portal principal de 10 mm, se realizó exploración abdominal evidenciando material protésico adherido desde ligamento redondo izquierdo a pared abdominal, adherencias firmes de epiplón a pared abdominal y colon dilatado (Figura 3). Se introdujeron trócares secundarios

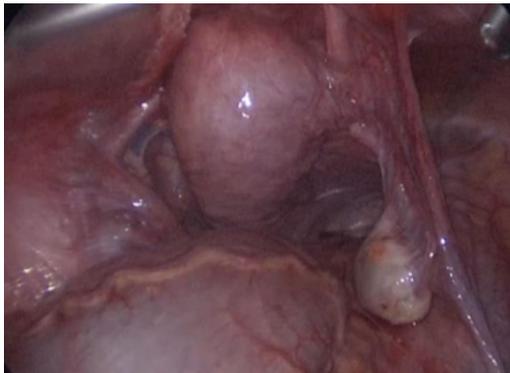


Figura 3. Visualización directa de la cavidad pélvica.

Hallazgos: material protésico adherido desde ligamento redondo izquierdo a pared abdominal, pared posterior, útero, ovario derecho; colon dilatado.

y se realizó adherensiólisis roma y cortante. Previa identificación del uréter derecho, relieve de la bifurcación aórtica y vena ilíaca común, se accedió al promontorio sacro (Figura 4), se procedió a realizar apertura del peritoneo posterior, y disección hasta exponer las fibras del ligamento longitudinal anterior del sacro. Se accedió al espacio pararectal derecho, posteriormente se disecó

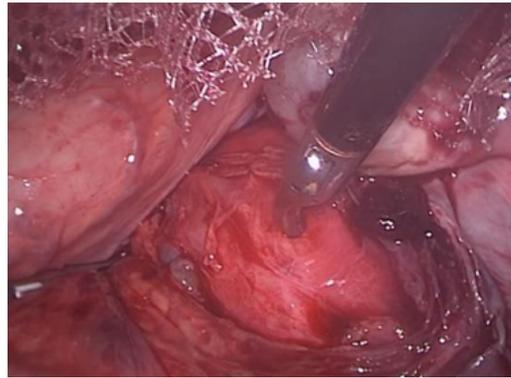


Figura 4. Acceso al promontorio y al sacro

el peritoneo recto vaginal hasta exponer los músculos elevadores del ano. Hacia la cara anterior del útero, se realizó disección del espacio vesicovaginal. Se realizó ventana en espacio avascular del ligamento ancho. Se introdujo material sintético a través de trócar de 10 mm. Se realizó rafia de malla en espacio rectovaginal a músculos elevadores del ano (Figura 5) y se fijaron los arpones con aplicador al ligamento longitudinal del sacro (Figura 6), se pasó la malla a través de la ventana del ligamento ancho hasta ubicarla en el espacio vesicouterino, se procedió a realizar rafia (Figura 7) y posterior fijación del bucle al promontorio sacro mediante arpones (Figura 8). Se cortó el excedente de material protésico, se realizó peritonización (Figura 9) y verificación de hemostasia. Se retiró el manipulador uterino, constatando suspensión uterina (Figuras 10 y 11).

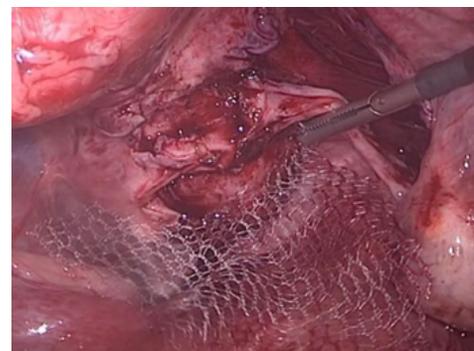


Figura 5. Rafia de malla en espacio rectovaginal a músculos elevadores del ano



Figura 6. Fijación de los arpones con aplicador, al ligamento longitudinal del sacro

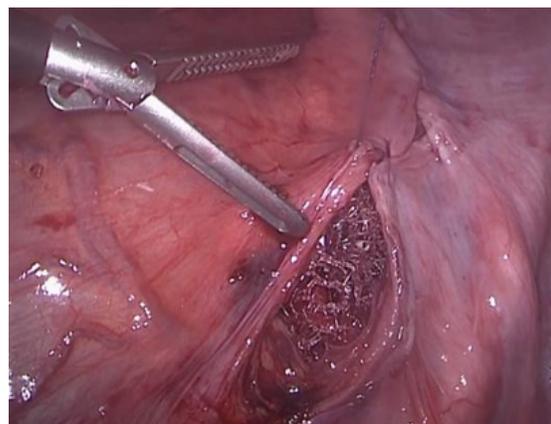


Figura 9. Peritonización

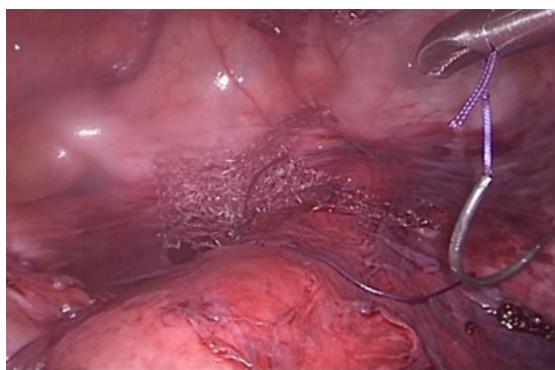


Figura 7. Rafia de malla en espacio vesicouterino



Figura 10 y 11. Imagen de paciente en litotomía dorsal y posición ginecológica posoperatoria, evidenciando suspensión uterina posterior al retiro del manipulador uterino.

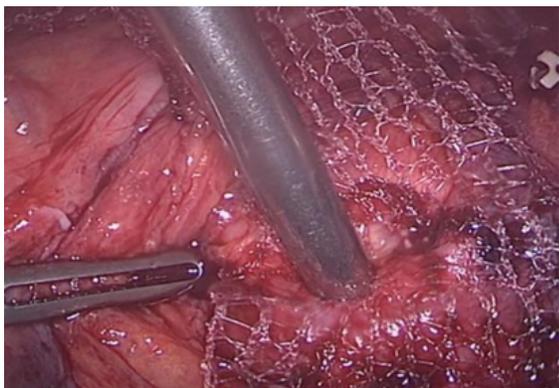


Figura 8. Fijación de bucle de la malla al promontorio sacro mediante arpones

La paciente fue egresada a las 24 horas del posoperatorio con adecuada recuperación. Se evaluó a los 7 días, 15 días, al mes y a los 2 meses, presentando éxito quirúrgico anatómico y funcional.

## DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos en estadios avanzados puede alterar la calidad de las pacientes al producir limitaciones de las actividades diarias, aislamiento social, inhibición sexual, restricción de empleos, pérdida de oportunidades e independencia (6). Nygaard y cols. (7) investigaron la prevalencia de trastornos sintomáticos del suelo pélvico en Estados Unidos y encontraron que el POP en mujeres jóvenes es menos común, con una tasa de prevalencia ponderada de 11,6 % en mujeres menores de 40 años, en comparación con

el 3,8 % en mujeres de 40 a 59 años. Según el estudio demográfico realizado por Luber y cols. (8), existe una asociación positiva entre el aumento de la edad de las mujeres y aquellas que buscan ayuda médica por POP. La tasa de mujeres de 30 a 39 años que buscan ayuda médica por POP es de 1,7/1000. La tasa aumenta entre las mujeres de 60 a 69 años a 13,2/1000. La tasa más alta entre quienes buscan consulta médica por POP sintomático es en mujeres de 70 a 79 años representando el 18,6/1000.

La patogénesis de la disfunción del piso pélvico no está totalmente aclarada, aunque se ha comprobado que es de etiología compleja y multifactorial, donde los principales factores son la edad, el parto vaginal, el trauma obstétrico y la obesidad (9). En el caso presentado la paciente no presentaba ningún factor de riesgo antes mencionado, sin embargo, tenía un factor hereditario determinante en el desarrollo de esta patología.

Según la literatura, aproximadamente el 11 % de las mujeres a nivel mundial buscarán tratamiento quirúrgico para sus síntomas hasta los 80 años, con una probabilidad de reintervención entre el 29 % y el 40 % en los casos de cirugía clásica (10). En el caso presentado, a la paciente se le habían realizado cuatro intervenciones quirúrgicas para corrección del POP, tres con tejido nativo y la última con material sintético, sin lograr un éxito quirúrgico anatómico o funcional. Es por ello que el POP recidivante supone un desafío quirúrgico para el cirujano ginecólogo.

El objetivo que se debe exigir a cualquier procedimiento realizado para el tratamiento del prolapso es la restauración de la función y la anatomía del piso pélvico. Este objetivo debe conseguirse sin producir efectos deletéreos, logrando buenos resultados a largo plazo, con una baja tasa de complicaciones, recurrencias y con claros efectos beneficiosos sobre la calidad de vida de las pacientes que se someten a tal intervención (11).

La histerectomía vaginal ha sido la opción de tratamiento quirúrgico tradicional para el prolapso de órganos pélvicos, según Jah y cols. (12), ha sido el tratamiento quirúrgico de elección para esta patología en el 82 % de las pacientes en un período de 5 años (2005 - 2010) en el Reino Unido. La extirpación quirúrgica del útero no aborda las fallas en el soporte del suelo pélvico y no corrige la fisiopatología subyacente, de ahí la mayor incidencia de recurrencia y prolapso de la cúpula (4, 13). La histerectomía también conduce a la extirpación innecesaria de un órgano sano con un aumento asociado de morbilidad, pérdida de sangre y tiempo operatorio. La conservación uterina es importante para las mujeres que desean preservar la fertilidad, como fue expresado por la paciente, además de asociarse con mejoras en la sexualidad, la confianza y la autoestima, las cuales estaban afectadas en el caso descrito limitando el desarrollo de su vida sexual (14).

En la actualidad se conoce ampliamente las ventajas del abordaje laparoscópico, que incluyen menor pérdida de sangre, menor dolor posoperatorio, menor tasa de complicaciones de la herida, menor estancia hospitalaria y menor formación de adherencias, lo que es particularmente beneficioso para las mujeres que desean preservar la fertilidad. Según Nair y cols. (4), en una revisión sistemática del año 2016, la histeropexia laparoscópica con suspensión al sacro mediante malla, es una técnica de mínima invasión con una tasa de éxito de 92 % y una mejoría en los síntomas y tasas de curación subjetiva en un 73 % - 100 %. La tasa de reintervención fue variable en esa revisión del 0 % al 28 % y también demostraron que las tasas de complicaciones de la histeropexia son generalmente bajas, siendo la más frecuente el dolor posoperatorio y el menos frecuente la erosión de la malla.

Rosen y cols. (15) compararon la histeropexia uterosacra laparoscópica con la histerectomía laparoscópica total con suspensión uterosacra, ambos grupos tuvieron un desempeño razonablemente bueno sin diferencias notables en los resultados. Cuando se

comparó la histeropexia úterosacra laparoscópica con la histerectomía vaginal y la colpopenia en 25 pares de mujeres de la misma edad, la mejoría anatómica y sintomática se inclinó para el grupo al cual se le realizó laparoscopia, con menor pérdida de sangre y menor duración de la hospitalización (16).

Las comparaciones entre los diferentes procedimientos de histeropexia son difíciles debido al número limitado de ensayos prospectivos controlados que miden una variedad de resultados (17).

## CONCLUSIONES

El POP en pacientes jóvenes es una entidad sumamente infrecuente, en la cual se debe ofrecer una opción terapéutica definitiva preservadora de útero, que mejore la sintomatología que afecta la calidad de vida de la paciente y que tenga bajo porcentaje de recidiva. La histerosacropexia en manos expertas, es una técnica segura, con una alta tasa de éxito y bajas tasas de complicaciones. En vista de la creciente demanda de estas intervenciones, se debe fomentar el aprendizaje de esta técnica en pro del beneficio de las pacientes.

Se recomienda realizar más estudios sistemáticos que avalen las virtudes y desventajas de esta técnica quirúrgica.

**Sin conflictos de interés.**

## REFERENCIAS

1. Figueira Rodríguez LM, Cordero J, Torres M, Torres G, Lemmo A, Visconti J. Simulación de soporte apical al evaluar el prolapso del compartimiento anterior y posterior Rev Obstet Ginecol Venez. 2023;83(3):281-294. DOI: 10.51288/00830307

2. Li Marzi V, Serati M. Management of Pelvic Organ Prolapse. Current Controversies. Florencia: Springer Cham; 2018. DOI: 10.1007/978-3-319-59195-7.
3. Easley DC, Abramowitch SD, Moalli PA. Female pelvic floor biomechanics: bridging the gap. Curr Opin Urol. 2017;27(3):262-267. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000380.
4. Nair R, Nikolopoulos KI, Claydon LS. Clinical outcomes in women undergoing laparoscopic hysteropexy: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;208:71-80. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.11.019.
5. Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. Int Urogynecol J. 2013;24(11):1803-13. DOI: 10.1007/s00192-013-2171-2.
6. Obregón L, Dávila D, Toro J. Prolapso genital. Epidemiología y factores predisponentes. En: Nieves L, Álvarez J, editores. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología. Caracas: Editorial Ateproca C.A.; 2008. p. 15-21.
7. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA. 2008;300(11):1311-6. DOI: 10.1001/jama.300.11.1311.
8. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(7):1496-501; discussion 1501-3. DOI: 10.1067/mob.2001.114868.
9. Obregón L, Saunero A. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 [consultado 27 de junio de 2024]; 69(3):172-178. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322009000300005&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300005&lng=es).
10. Walter JE; Urogynaecology Committee. Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33(2):168-174. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)34804-6.
11. Muñoz M, Puch M, Zapardiel I, Usandizaga E. Mallas en la cirugía del prolapso genital [Internet]. Madrid: Sociedad Iberoamericana de Información Científica; 2012 [consultado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/124799>.
12. Jha S, Moran P. The UK national prolapse survey: 5 years on. Int Urogynecol J. 2011;22(5):517-28. DOI: 10.1007/s00192-011-1379-2.
13. Rahmanou P, White B, Price N, Jackson S. Laparoscopic hysteropexy: 1- to 4-year follow-up of women postoperatively. Int Urogynecol J. 2014;25(1):131-8. DOI: 10.1007/s00192-013-2209-5.

14. Zucchi A, Lazzeri M, Porena M, Mearini L, Costantini E. Uterus preservation in pelvic organ prolapse surgery. *Nat Rev Urol.* 2010;7(11):626-33. DOI: 10.1038/nrurol.2010.164.
15. Rosen DM, Shukla A, Cario GM, Carlton MA, Chou D. Is hysterectomy necessary for laparoscopic pelvic floor repair? A prospective study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(6):729-34. DOI: 10.1016/j.jmig.2008.08.010.
16. Neuman M, Lavy Y. Conservation of the prolapsed uterus is a valid option: medium term results of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(8):889-93. DOI: 10.1007/s00192-006-0262-z.
17. Diwan A, Rardin CR, Strohsnitter WC, Weld A, Rosenblatt P, Kohli N. Laparoscopic uterosacral ligament uterine suspension compared with vaginal hysterectomy with vaginal vault suspension for uterovaginal prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(1):79-83. DOI: 10.1007/s00192-005-1346-x.

Recibido 17 de marzo de 2025  
Aprobado para publicación 4 de mayo de 2025