

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

19.- PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

El prolapso uterino y los cuadros relacionados así como su tratamiento constituyen un objetivo fundamental en ginecología. Especialmente en su etapa avanzada, el prolapso uterino es una causa de grave discapacidad en las mujeres y constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecológico que intenta corregirlo. La capacidad de proporcionar un alivio permanente a esta enfermedad clásica y lograr el mantenimiento o reestablecimiento de las funciones normales es fundamental.

DEFINICIÓN.

De acuerdo con el reporte del “Sub-comité de Estandarización de la Sociedad Internacional de Continencia” (ICS), es el descenso de uno o más de: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el ápex de la vagina (cérvix/útero) o la cúpula vaginal posterior a histerectomía. El prolapso puede estatificarse del I al IV de acuerdo al sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (CPOP).

El prolapso de órganos pélvico puede ocurrir con asociación de incontinencia urinaria y otras disfunciones del tracto urinario inferior y en ocasiones puede enmascarar la incontinencia.

Podemos observar prolapsos de las paredes vaginales anteriores, apicales y posteriores. Lo más habitual es encontrar una combinación de descenso en los tres compartimientos.

El nombre específico que se le da a cada representación clínica de los prolapsos depende del órgano prolapso por encima de la pared vaginal correspondiente. Así, podemos observar colpouretrocele, colpocistocele, colpouretrocistocele, colporectocele, prolapso uterino y colpoenterocele.

EPIDEMIOLOGÍA.

Casi 60 millones de mujeres en el mundo padecen algún factor de riesgo para desarrollar un prolapso de órganos pélvicos. Más de 1 billón de mujeres se encuentra en periodo posmenopáusico sin atención en el mundo. El prolapso no se ha catalogado como una enfermedad sino como una alteración propia del tejido de sostén de los órganos.

FACTORES DE RIESGO.

Son muchos los factores de riesgo presentes para desarrollar el estado del prolapso de órganos pélvicos. Sin duda el parto vaginal es el más sólido factor de riesgo en esta entidad ocasionado por lesión muscular y nerviosa así como por ruptura de los tejidos. Los partos traumáticos (maniobras de Kristeller o uso de fórceps, periodo expulsivo prolongado, productos macrosómicos, etc.) aumentan considerablemente el riesgo. Existen además factores promotores como el estreñimiento y el pujo excesivo, labores cotidianas o deporte rutinario con exceso de presión intra-abdominal, obesidad, la realización de procedimientos quirúrgicos previos como la histerectomía (aún mayor en totales con técnicas extrafasciales y radicales), radiación pélvica, enfermedades propias de la colágena, bronquitis, enfisema, etc., asociadas a tabaquismo, déficit estrogénico y envejecimiento.

Las modificaciones fisiológicas del aparato genitourinario después de la menopausia son histológicas, morfológicas y funcionales:

- a).- Reducción del índice de colágeno
- b).- Involución de fascias y ligamentos

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

c).- Involución de músculos estriados pélvicos

d).- Pérdida del tono y la disminución de la longitud de la vagina, por efecto de carencia estrogénica.

SINTOMATOLOGÍA.

La sintomatología es variable. En relación directa con el prolapso genital, se encuentra una sensación frecuente de peso o la exteriorización de una tumefacción vulvar que puede acompañarse de sensación de roce o dolor con la marcha y exigen la reintegración de la masa cuando la paciente debe sentarse. Pueden existir ulceraciones mucosas con metrorragias o leucorreas.

El enterocele suele ser asintomático, pero puede causar una sensación de hiperpresión pélvica agravada con al bipedestación.

La incontinencia urinaria es frecuente, sobre todo en caso de debilidad de los soportes de la uretra, en caso hipermovilidad uretral. En caso de cistocele, la paciente puede describir una disminución secundaria de las pérdidas urinarias asociada con el desarrollo del cistocele, que enmascara la incontinencia; así también acompañado de disuria, y polarquía diurna o nocturna.

El rectocele sobre todo cuando es voluminoso, puede acompañarse de una dificultad para expulsar materias sólidas, proporcional al volumen del saco herniario.

CLASIFICACIÓN.

Depende de la severidad del prolapso de los diferentes órganos pélvicos. La clasificación más usada hasta el momento data de 1972-1976 ideada por Baden y cols., llamado sistema de media distancia tomando en cuenta como punto de medición estándar al introito vaginal quedando como sigue:

Grado I.- El descenso de la pared vaginal no llega al introito.

Grado II.- El descenso de la pared vaginal llega al introito.

Grado III.- El descenso de la pared vaginal rebasa el plano del introito.

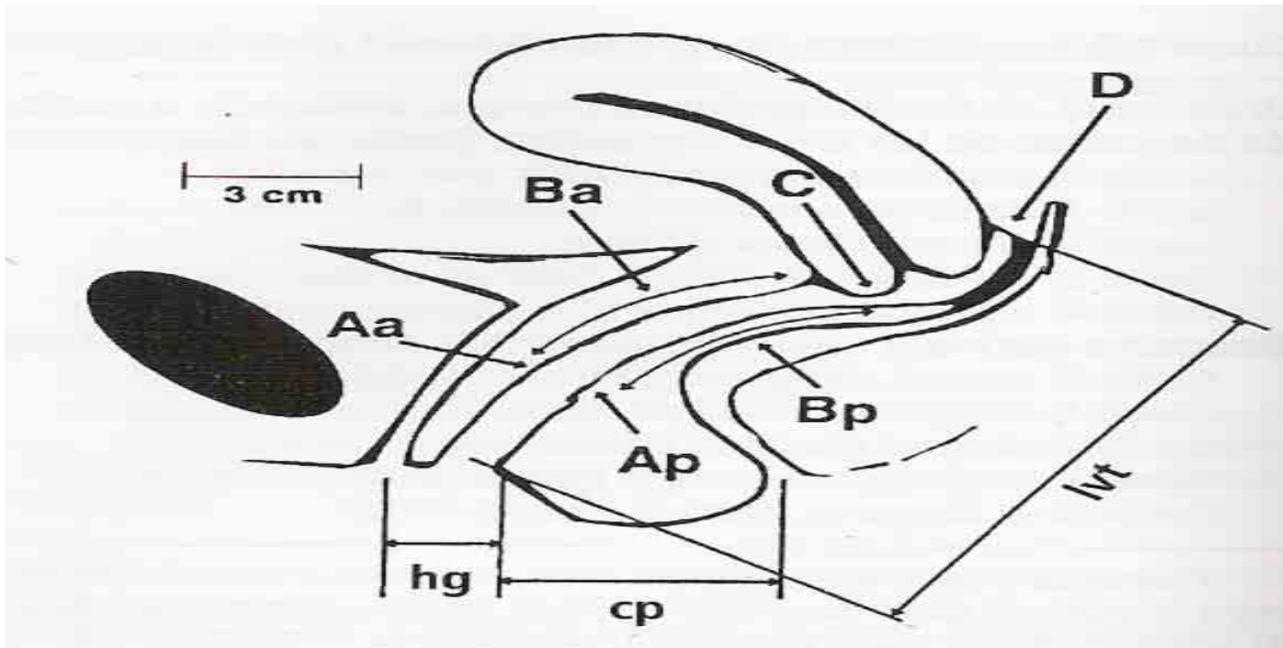
Este sistema de clasificación, usado por más de 20 años y hasta la actualidad por muchos clínicos, ha probado no ser del todo eficaz ya que conlleva, sobre todo, diferencias importantes cuando se es usado en la misma paciente por diversos observadores. Se ha propuesto y aceptado recientemente (1996 por la FIGO) el sistema de "Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos.

Sistema CPOP:

Emplea referencias anatómicas definidas como puntos fijos de referencia y desalienta el empleo de términos imprecisos. El himen se considera el punto 0 de medición. Requiere medir 8 sitios para crear un perfil vaginal antes de asignar etapas ordinales. Todas las mediciones son en centímetros, las mediciones proximales (por arriba del himen) o superiores son consideradas negativas. Las mediciones distales (por abajo del himen) o inferiores son consideradas positivas. Se realiza bajo maniobras de esfuerzo máximo, semi-sentada en mesa de exploración ginecológica (45°) y realizando tracción de órganos (cérvix).

**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

| | | |
|--|---|---|
| Aa 3 cm del meato uretral sobre la línea media (-3 cm es normal) (unión uretrovesical) | Ba Porción más distal o inclinada de la pared vaginal anterior | C Borde más distal del cuello uterino o manguito vaginal |
| Hg De la mitad del meato ureteral externo a la línea media posterior del himen. | Cp Distancia entre la línea media posterior himeneal al centro de la abertura anal. | LVT Distancia desde el himen hasta el fondo de saco vaginal posterior |
| Ap 3 cm del himen sobre la línea media de la pared posterior vaginal | Bp Porción más distal o inclinada de la pared posterior vaginal | D Fondo de saco posterior o de Douglas. |



Debe otorgarse una Etapa Ordinal al prolapso de acuerdo con la guía del prolapso (punto de máximo descenso) como sigue:

- Etapa 0: No se demuestra prolapso, los puntos A y B anteriores (a) y posteriores (p) están a -3 cm.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

- Etapa I: La porción más distal del prolapso o guía del prolapso está a 1 cm por arriba del himen (-1).
- Etapa II: La porción más distal del prolapso se encuentra a no más de 1 cm. por afuera o debajo del himen (+1).
- Etapa III: La porción más distal del prolapso es mayor de +1 cm pero no mayor a +(LTV-2) cm.
- Etapa IV: La porción más distal del prolapso está a +(LTV-2cm).

TRATAMIENTO:

El cistocele amerita tratamiento cuando es sintomático y si se asocia con incontinencia urinaria se realiza tratamiento conjunto. Se puede realizar con colpoperineoplastía anterior en casos de defecto central o mediante reparación paravaginal a la línea iliopectínea en casos de defectos laterales con la operación de Richardson (vía vaginal o abdominal). La operación de Burch resuelve parcialmente cistoceles I y II.

En descensos uterinos grado II se puede realizar operación de Manchester o Histerectomía vaginal. En los grados mayores se realizará histerectomía vaginal o elegir cirugías más conservadoras en caso de riesgo alto quirúrgico, pacientes de edad avanzada, o sin deseo de función copuladota como la histerocolpectomía o colpoclis.

En los prolapso de cúpula, cuando la paciente mantiene vida sexual activa la operación de Nichols es la elección. Si se corrige el defecto vía abdominal está indicada la colposacropexia con fascia autóloga o material sintético. En pacientes con edad avanzada sin deseo de vida sexual la colpoclesis y colpectomía son la opción.

En los casos de enterocele sintomático su tratamiento se prefiere por vía vaginal, la técnica depende de otros trastornos de la estática pelvi genital encontrados. Por vía abdominal se puede realizar técnica de Moschowitz o la obliteración total del fondo de saco de Douglas.

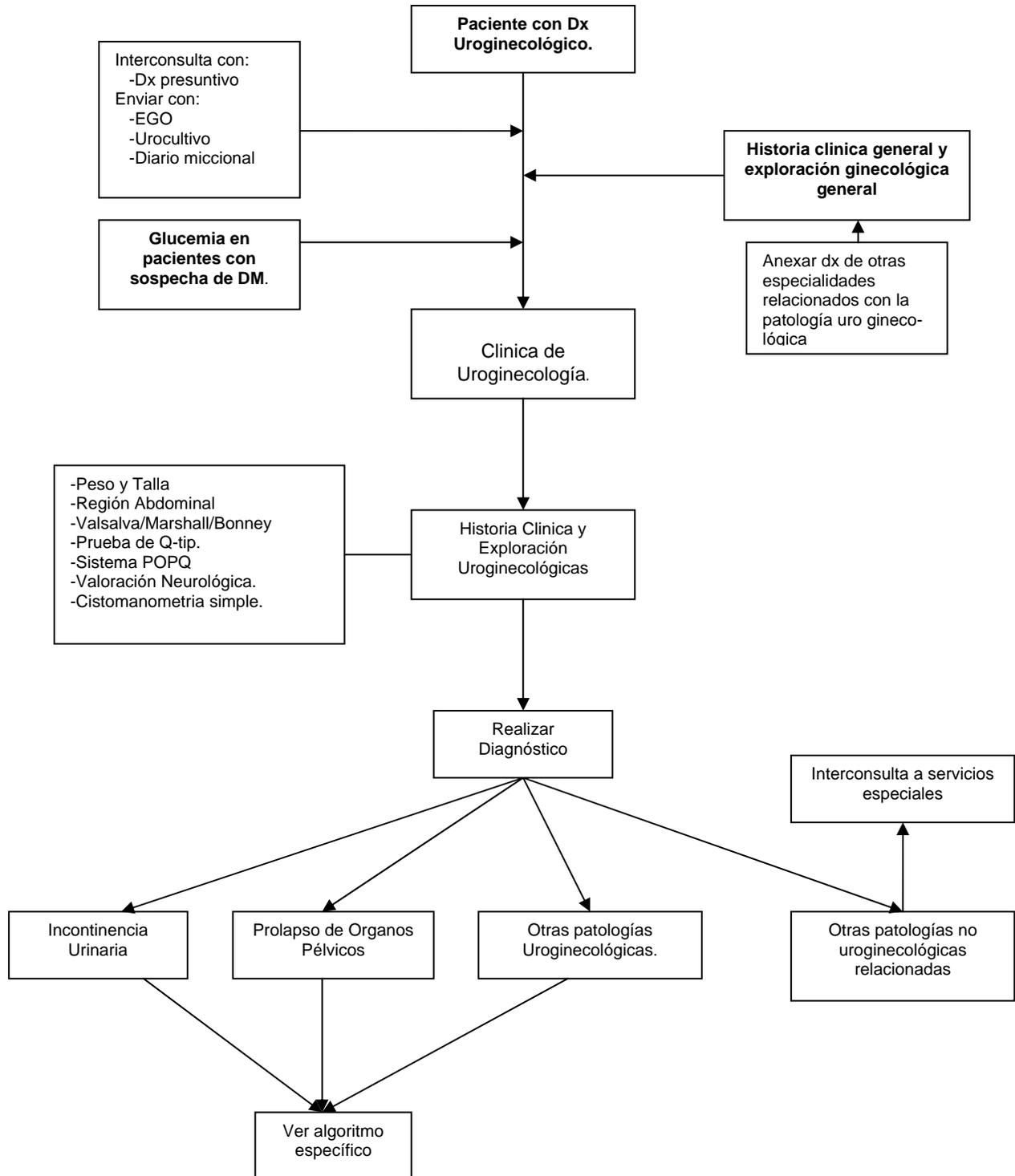
En casos de rectocele se realizará colpoperineorrafia, con defectos moderados debe además realizarse plastía de la cuña perineal con miorrafia de los músculos transversos superficiales del periné.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Prolapso Genital. Actualidades de Dx y Tx. Rev Mex de Gin y Obst2005; 73(10).
- 2.- Morkved S. Bo K.Effect of postpartumpelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinari incontineece. Br J Obstet Gynecol;107:1022-1028.
- 3.- The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. Am J Obstet Gynecol 187(1):116-126.
- 4.- Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. Qual Life Res 11(6):563-574.
- 5.- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. NIH Publication No. 03-5104 June 2003
- 6.- Paul Abrahams. Incontinente and pelvic floor disease. Int Cont Society- Edic 2005

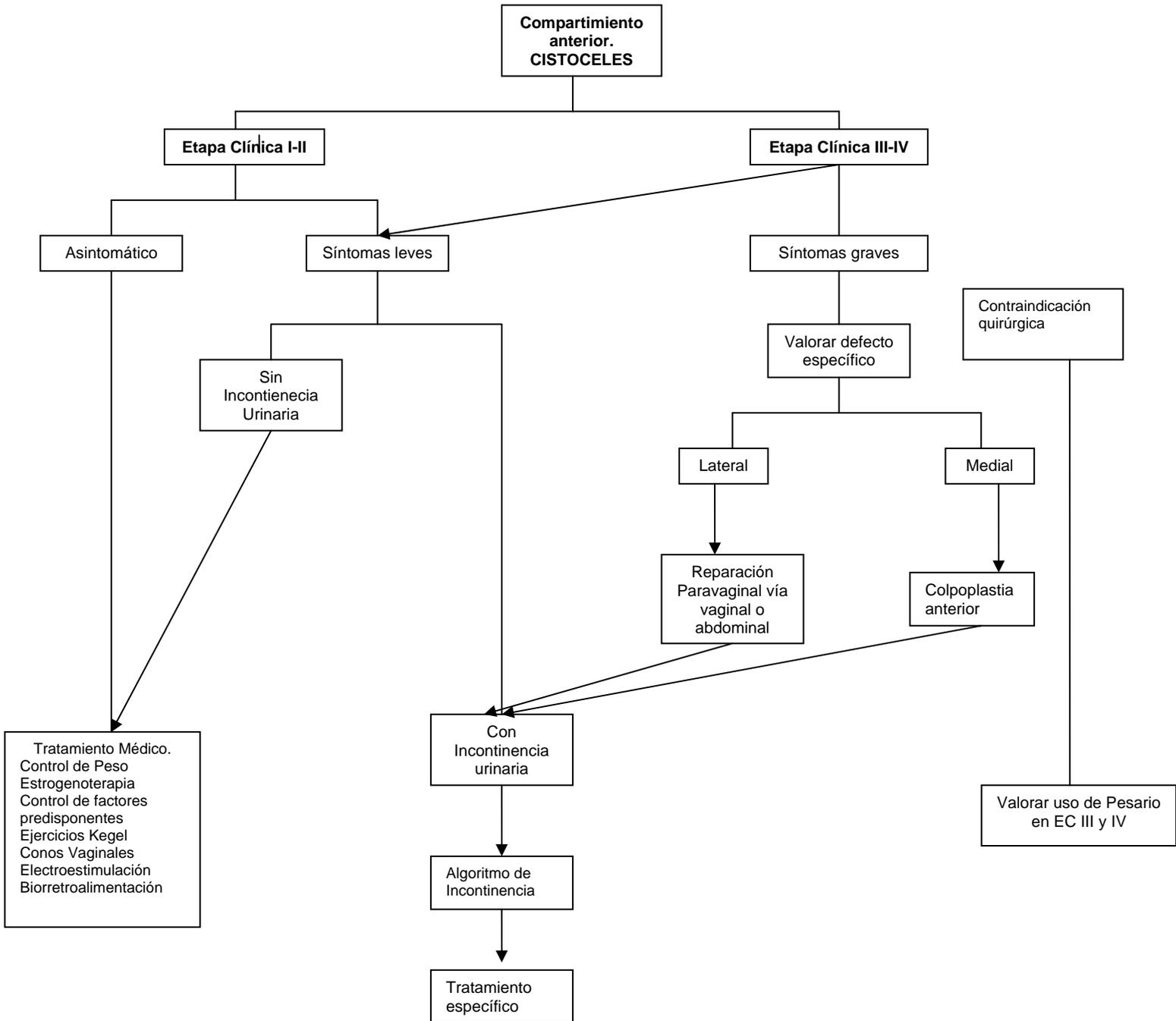
**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL MOVIMIENTO DE PACIENTES
CLINICA DE UROGINECOLOGIA**

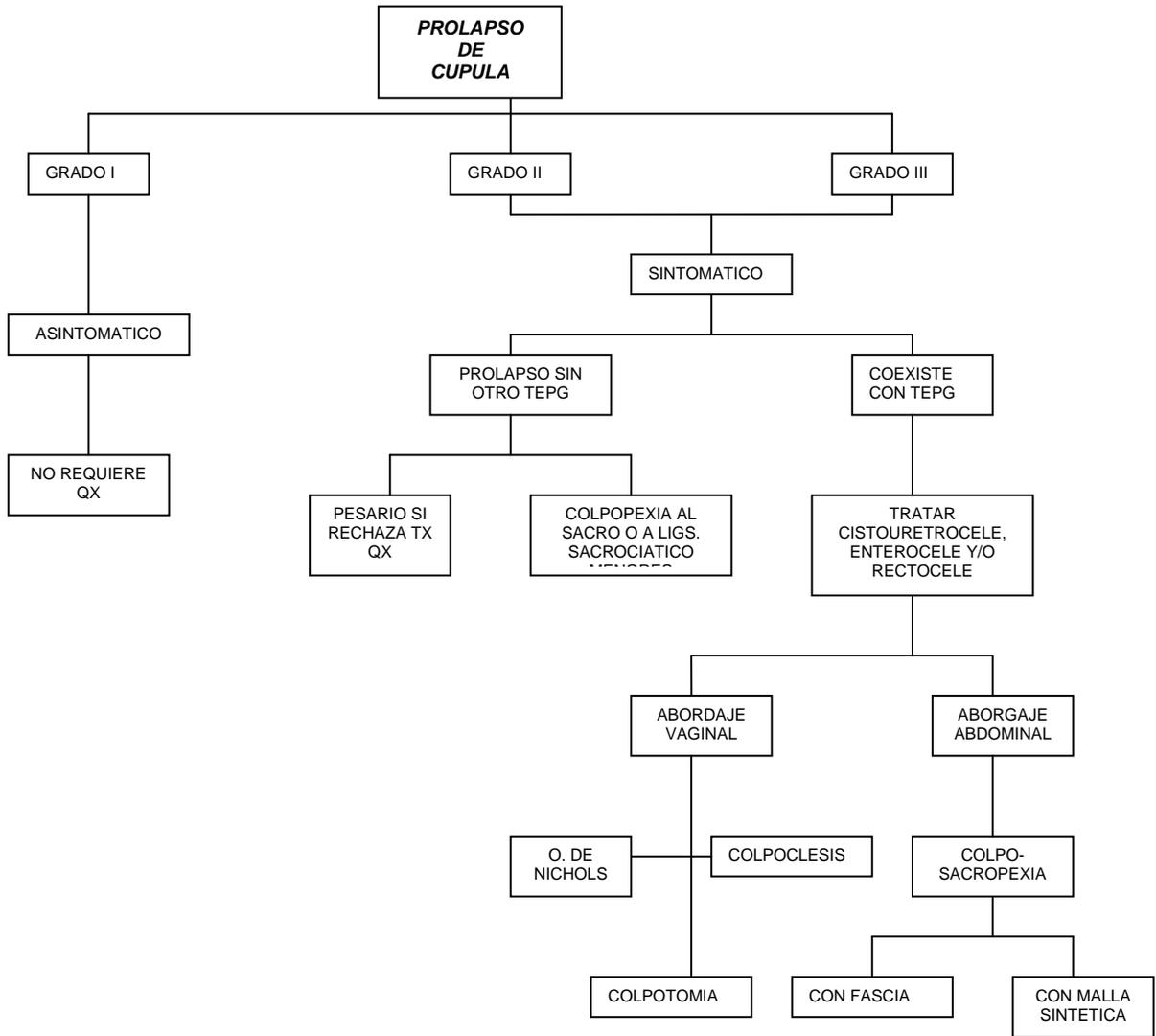


GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

CISTOCELES.



**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**



**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

