

# Prolapso de órganos pélvicos

Arturo Mancera-Sonora,\* Juan Jiménez-Huerta\*\*

## RESUMEN

Los trastornos del suelo pélvico son frecuentes y se estima que afectan de 24 a 37% de las mujeres mayores de la comunidad en Estados Unidos. La disfunción del piso pélvico es un problema de salud pública importante, demuestra 11% de riesgo de someterse a cirugía por prolapso o incontinencia urinaria. Es importante centrar la anamnesis en los síntomas específicos y el grado que afectan su calidad de vida, mediante cuestionarios establecidos.

**Palabras clave:** *Prolapso órganos pélvicos, incontinencia urinaria, histerectomía vaginal.*

## ABSTRACT

Pelvic floor disorders are common and is estimated to affect 24 to 37% of older women in the US community. Pelvic floor dysfunction is a major public health problem, shows 11% risk of undergoing surgery for prolapse or urinary incontinence. Anamnesis is important to focus on specific symptoms and the degree that affect their quality of life through questionnaires established.

**Key words:** *Pelvic organ prolapse, urinary incontinence, vaginal hysterectomy.*

## INTRODUCCIÓN

De todas las causas que se han propuesto, el parto ocupa el primer lugar como el principal desencadenante de esta patología, además de la asociación que presentan estas pacientes con déficit en la síntesis o estructura del colágeno. En el estudio epidemiológico de la Oxford Family Planning Association, la paridad fue el factor de riesgo más sólido para la aparición del prolapso genital, con un riesgo relativo ajustado de 10.85.<sup>1-3</sup> El sostén que constituye el suelo pelviano, lejos de ser una estructura estática, depende de la acción coordinada de los músculos lisos de los órganos pélvicos, elementos que deben funcionar juntos para controlar el almacenamiento y la evacuación de orina y heces, así como para mantener la estática pelviana en cualquier situación de esfuerzo, incluyendo situaciones como el embarazo y el parto, y al verse afectado este equilibrio permite la presencia de dichos padecimientos.<sup>4-7</sup> Un estudio retrospectivo de 1995, entre 149,554 mujeres mayores de 20 años diagnosticadas de prolapso e

incontinencia urinaria en Noruega, pone de manifiesto que la disfunción del suelo pélvico es el problema de salud más importante entre las mujeres mayores, con riesgo de cirugía de 11.1% y el de reintervenciones por falta de adecuada corrección de la incontinencia y recidivas puede alcanzar 29%.<sup>6</sup> El prolapso de órganos pélvicos sintomático es el menos frecuente de los trastornos del suelo pélvico, con una prevalencia estimada de 2.9 a 6%.<sup>1,2</sup> Dos de los síntomas más frecuentes son ver o sentir un bulto vaginal, o la sensación de abultamiento o protrusión vaginal.<sup>8,9</sup> Otros síntomas son la sensación de sentarse sobre un peso o un bulto que aprieta la ropa interior, síntomas urinarios como incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia, retención urinaria o disfunción miccional. En prolapso avanzados la incontinencia puede estar enmascarada por el retorcimiento de una uretra incompetente, llamada incontinencia de esfuerzo latente, potencial u oculta, produciendo incapacidad de orinar o vaciado incompleto de la vejiga. La disfunción defecatoria a menudo está presente, se manifiesta con esfuerzo defecatorio, evacuación incompleta, inmovilización de la pared vaginal posterior, digitación del recto durante la defecación o incontinencia fecal.<sup>10,11</sup> La colocación temporal de un pesario puede ser beneficiosa para determinar si ciertos síntomas pueden atribuirse al prolapso.

\* Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, residente del quinto año de Endoscopia Ginecológica, CMN 20 de Noviembre.

\*\* Jefe del Servicio de Ginecología, Hospital Juárez de México.



## EXPLORACIÓN FÍSICA

La fuerza y el tono de los músculos elevadores del ano se valoran palpando la pared vaginal en las posiciones 5 y 7 del reloj, aproximadamente 2 a 4 cm craneal al himen, y se pide a la paciente que apriete los músculos vaginales como si estuviera reteniendo los gases o parando el chorro de orina, evaluando la fuerza de los músculos elevadores del ano con la escala de Oxford modificada (Cuadro 1).<sup>12</sup> La integridad del nervio pudendo puede evaluarse mediante el reflejo anal y el reflejo bulbocavernoso.<sup>13</sup>

La parte más declive de los órganos pélvicos durante el esfuerzo máximo o la bipedestación se puntúa como normal o de primero, segundo o tercer grado (Cuadro 2), aunque el Halfway System for Grading Pelvic Relaxations cuan-

**Cuadro 1.** Escala de Oxford modificada. Sistema Halfway de Baden y Walter para estatificar las relajaciones pélvicas.

Descripción. Uretrocele, cistocele, prolapso uterino, culdoccele o rectocele: la paciente hizo un esfuerzo firme. Grado de descenso uretral posterior, parte más baja otros lugares.

Grado	
0	Posición normal para cada lugar respectivo.
1	Descenso a medio camino del himen.
2	Descenso hasta el himen.
3	Descenso a medio camino más allá del himen.
4	Máximo descenso para cada lugar.

**Cuadro 2.** Relaciones de órganos pélvicos con las paredes vaginales. Gradación de la fuerza muscular del suelo pélvico (escala de Oxford modificada).

Grado	Descripción
0/5	Ninguna contracción perceptible de los músculos del suelo pélvico.
1/5	Pequeño temblor o pulso bajo el dedo que explore; una débil contracción.
2/5	Una contracción débil; un aumento en la tensión del músculo sin ninguna elevación o expresión perceptible.
3/5	Una contracción moderada; caracterizada por un grado de elevación de la pared vaginal posterior y expresión en la base del dedo con aspiración del periné. Una contracción de grado 3 o mayor suele ser perceptible a la inspección visual del periné.
4/5	Una buena contracción de los músculos del suelo pélvico que produce elevación de la pared vaginal posterior contra la resistencia y la aspiración del periné. Si se colocan dos dedos (índice y medio) lateral o verticalmente en la vagina y se separan, una contracción de grado 4 puede apretarlos hasta juntarlos contra la resistencia.
5/5	Una fuerte contracción de los músculos del suelo pélvico; puede hacerse una gran resistencia contra la elevación de la pared vaginal posterior y la aproximación del dedo índice y el medio como para grado 4/5.

tifica los lugares específicos del prolapso, sólo es una estimación del descenso con respecto al himen.

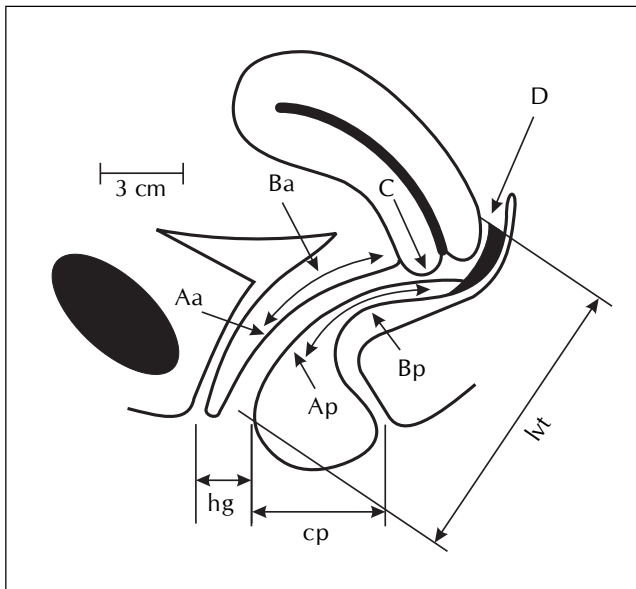
Aunque el sistema POPQ cuantifica el grado de soporte vaginal, no identifica defectos anatómicos específicos que pueden corregirse mediante una intervención quirúrgica. Entre los defectos de la pared anterior vaginal se encuentran los defectos de la línea media, paravaginales y los transversos (Figura 1). Un defecto de la línea media está causado por un desgarro de la capa fibromuscular de la pared vaginal anterior, la fascia pubocervical.<sup>15</sup>

En prolapso uterino, el cuello uterino se ha desprendido del complejo del ligamento cardinal-uterocervicovaginal y de las capas fibromusculares de la pared vaginal anterior y posterior. Los defectos de la pared posterior se deben a rupturas de la capa fibromuscular, la fascia rectovaginal o Denonvillers. Las rupturas del tercio distal se llaman prolapso distal de la pared vaginal posterior (rectocele distal) y las rupturas del tercio superior, prolapso superior o rectocele alto.<sup>16</sup>

El cuerpo perineal consiste en tejido conectivo denso y fibras musculares, y mide de 3 a 4 cm en dirección antero-posterior y de 2 a 3 cm en dirección craneocaudal. Existen cinco músculos que se anclan al cuerpo perineal: dos músculos bulbocavernosos pares, dos músculos perineales transversos pares y el esfínter anal externo.

## TRATAMIENTO

Para el compartimiento anterior se realiza la conocida plastia anterior, que tiene como objetivos principales co-



**Figura 1.** Los seis lugares (Aa, Ba, C, D, Bp, Ap), el hiato genital (hg), el cuerpo perineal (cp) y la longitud vaginal total (lvt) utilizados para cuantificar el soporte de los órganos pélvicos.<sup>14</sup>

regir el cistocele, reconstruir la pared vaginal y evitar que aparezca *de novo* una incontinencia urinaria. La corrección de los defectos de la pared posterior, que frecuentemente se acompañan con prolapso uterino y cistocele, se hace mediante una colporrafía posterior. Así, cuando se practica la histerectomía vaginal es preciso consumir después con una colporrafía posterior, donde la esencia de la intervención es la reparación del tabique rectovaginal, perdiendo vigencia el plegamiento de los músculos elevadores (fascículos pubococcígeos) en la línea media.<sup>16</sup>

## REFERENCIAS

1. Nygaard I, Barber M, Burgio K, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008; 300(11): 1311-6.
2. Lawrence J, Lukacz E, Nager C, et al. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol* 2008; 111(3): 678-85.
3. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89(4): 501-6.
4. Barber M. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(4): 461-5.

5. Mant J, Painter R. Epidemiology of genital prolapse: observation from the Oxford Family Planning Associations study. *Br J Obstet Gynecology* 1997; 104: 579-85.
6. Pascual MA. Incontinencia urinaria. Prevalencia y calidad de vida. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2002; 45 (Supl. 1): 2-9.
7. DeLancey JOL. Anatomic aspect of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1717-28.
8. Ellerkmann R, Cundiff G, Melick C, et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 1332-8.
9. Bradley C, Zimmerman M, Wang Q, et al. Vaginal descent and pelvic floor symptoms in postmenopausal women. A longitudinal study. *Obstet Gynecol* 2008; 111(5): 1148-53.
10. Kahn M, Breitkopf C, Valley M, et al. Pelvic organ support study (POSS) and bowel symptoms: straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecology population. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1516-22.
11. Weber A, Walters M, Ballard L, et al. Posterior vaginal prolapse and bowel function. *Obstet Gynecol* 1998; 179(6): 1446-9.
12. Laycock J, Whelan M, Dumoulin C. Patient assessment. Chapter 7. In: Haslam J, Laycock J (ed.). *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain*. 2nd Ed. London: Springer-Verlag; 2008, p. 62.
13. Blavias JG, Zayed AAH, Kamal BC. The bulbocavernosus reflex in urology; a prospective study of 299 patients. *J Urol* 1981; 126(2): 197-9.
14. Modificado de Baden W, Walker T. *Surgical repair of vaginal defects*. Philadelphia: JP Lippincott; 1992, p 14.
15. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The Standardization of terminology of female pelvic organ prolapsed and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet gynecol* 1996; 175: 10-7.
16. Richardson A. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36: 976-83.

## Solicitud de sobretiros:

Dr. Arturo Mancera-Sonora  
Ginecología y Obstetricia  
Hospital Juárez de México  
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160  
Col. Magdalena de las Salinas  
C.P. 07760, México, D.F.  
Correo electrónico: drmancera83@hotmail.com