

## INTRODUCCIÓN

Existen pocos factores de riesgo de patología del suelo pélvico que sean identificados de forma constante. La evidencia clínica actual no permite asegurar que la rectificación de éstos pueda prevenir o influir en el desarrollo del prolapso.

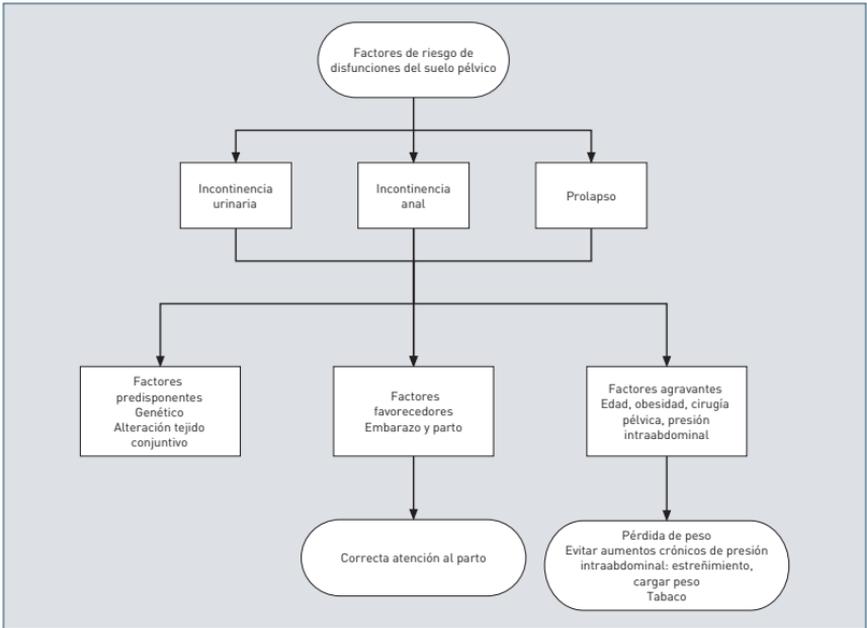
Sólo parte de estos factores son modificables, por lo que, ante esta situación, cuando se habla de prevención primaria de disfunciones del suelo pélvico, quedan pocos aspectos sobre los que se puede influir (Fig. 70-1).

La mayoría de los factores de riesgo son comunes para las tres disfunciones (incontinencia urinaria, anal y prolapso). Así mismo, la aparición de una de las disfunciones es ya de por sí un factor de riesgo para la aparición de una de las otras dos. La fisioterapia no ha demostrado tener un papel en la prevención primaria, aunque sí en la prevención secundaria de las tres disfunciones.

## INCONTINENCIA URINARIA

Los factores de riesgo para la incontinencia urinaria (IU) son:

- Edad: la prevalencia de la IU, así como su gravedad, aumenta con la edad. Aunque en algunos estudios se ha evidenciado que la edad es un factor de riesgo, tanto para la IU de esfuerzo como de urgencia, en otros, esto sólo se ha podido demostrar para la de esfuerzo.
- Embarazo: la IU durante el embarazo es un factor de riesgo para que ésta persista tras el parto o se manifieste años después.
- Parto: existen estudios que demuestran la relación entre la paridad y el desarrollo de IU. Con la edad, la influencia de la paridad disminuye. Los factores relacionados con el parto y la IU son: el fórceps, el peso fetal, la episiotomía mediolateral y la técnica de Kristeller.
- Menopausia: no se ha demostrado que la falta de estrógenos tenga un efecto sobre la IU. La prevalencia de la IU no es mayor en mujeres postmenopáusicas. La terapia hormonal sustitutiva no sólo no reduce la IU, sino que se ha observado un aumento de IU de esfuerzo.
- Sobrepeso: el sobrepeso es un factor de riesgo para el desarrollo de IU, así como del grado. La pérdida de peso mejora la IU, tanto objetiva como subjetivamente.
- Tabaco: bien por la tos crónica o por la alteración en la síntesis de colágeno, el tabaco tiene un efecto en el desarrollo de IU.
- Genética, predisposición familiar: el riesgo de IU de esfuerzo está aumentado en familiares de primer grado.
- Aumento de la presión intraabdominal.



**Figura 70-1.** Protocolo de actuación en la prevención de disfunciones del suelo pélvico.

- Trastornos congénitos del tejido conjuntivo: son un factor de riesgo de IU por hiper-movilidad uretral.

La prevención primaria de la incontinencia urinaria se basará en mantener un normopeso, evitar situaciones que impliquen un aumento de la presión intraabdominal y el tabaco.

## INCONTINENCIA ANAL

En cuanto a los factores de riesgo para la incontinencia anal (IA) se encuentran:

- Parto: en el 77 al 88 % de las mujeres con IA y un parto vaginal se ha evidenciado una lesión del esfínter anal. No existen datos que evidencien que la cesárea proteja.
- Estados diarreicos: la consistencia fecal tiene una importante influencia sobre la IA. Hasta el 52 % de las pacientes con diarrea crónica sufren IA.
- Operaciones: operaciones previas en el área perianal pueden originar IA.
- Patologías neurológicas y procesos o traumatismos que originen una denervación a nivel rectal pueden originar una IA.

El único factor modificable para la prevención primaria de la incontinencia anal es la consistencia fecal y la reparación primaria de lesiones obstétricas de lesiones del esfínter.

## PROLAPSO

- Edad: la atrofia de los tejidos y la osteoporosis que origina cambios cifóticos a nivel de la columna lumbar, que implica un aumento de la transmisión de las presiones intraabdominales a la pelvis, son cambios originados con la edad que aumentan el riesgo de prolapso.
- Embarazo y parto: la paridad es un claro factor para el desarrollo de prolapso por la lesión de estructuras del suelo pélvico y la neuropatía pudenda por estiramiento. Existen resultados variables en cuanto al efecto del fórceps. La cesárea no es protectora, ya que sólo el embarazo de por sí supone un riesgo en el desarrollo del prolapso.
- Sobrepeso: no está claro el efecto del peso sobre el desarrollo del prolapso.
- Aumento de la presión intraabdominal.
- Enfermedades médicas: neuropatías, diabetes *mellitus*, uso de corticoides o patologías con laxitud del tejido conjuntivo.

La prevención primaria del prolapso se basa en: reducción del peso, evitar aumentos crónicos de la presión intraabdominal, realizar la técnica de McCall tras histerectomías por otras causas e identificación y corrección de las lesiones obstétricas. Aunque el papel de los ejercicios de suelo pélvico no ha demostrado tener un efecto en la prevención primaria, sí son adecuados programas de ejercicios para enseñar a disminuir la transmisión de fuerzas al suelo pélvico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD003882.
- Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol* 2003;101:869.
- Stothers L, Friedman B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep.* 2011;12(5):363-9.

## INTRODUCCIÓN

El cistocele se define como el descenso de la pared anterior de la vagina y de la vejiga por alteración de los tejidos de sostén del suelo pélvico. Se diferencia el cistocele central por lesión de la fascia pubocervical y vesicovaginal y lateral por desinserción de la fascia pubocervical del arco tendíneo. Son factores de riesgo las alteraciones del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan, etc.), alteraciones anatómicas congénitas y la raza (más frecuente en raza blanca y latina). Son factores favorecedores: la gestación, el parto vaginal, eutócico o instrumentado. Son factores agravantes la obesidad, el envejecimiento, el hipoprogesteronismo, el aumento crónico de la presión intraabdominal y la cirugía pélvica previa.

## DIAGNÓSTICO

### Anamnesis

Debe estar dirigida a la identificación de factores de riesgo de defectos del suelo pélvico:

- Antecedentes personales y familiares: actividad física, ocupación, enfermedades intercurrentes, medicación asociada.
- Antecedentes ginecológicos: menarquia, paridad (instrumentación, peso del RN, desgarros), menopausia, cirugía previa, actividad sexual.
- Historia actual: tipo de síntomas, inicio, intensidad y evolución de los mismos. El cistocele es asintomático en grados iniciales y suele detectarse durante la exploración ginecológica. Cuando hay síntomas, éstos suelen ser: sensación de peso o cuerpo extraño y disfunción sexual o del vaciado vesical. Durante la anamnesis es muy importante valorar las expectativas de la paciente con respecto al tratamiento.
- Síntomas asociados: existe relación entre el cistocele y la obstrucción infravesical. La asociación con alteraciones de la defecación es poco frecuente. Puede o no asociarse a incontinencia de urgencia o de esfuerzo; ésta deberá explorarse siempre reduciendo el cistocele e instruyendo a la paciente para que realice una maniobra de Valsalva e identificar IUE oculta que pueda manifestarse en el postoperatorio en los casos en los que se decida un tratamiento quirúrgico. En estos casos, la urodinamia permitirá identificar los casos susceptibles de asociar una técnica antiincontinencia a la corrección del prolapso.

### Exploración ginecológica

- Inspección vulvovaginal: valoración de trofismo.

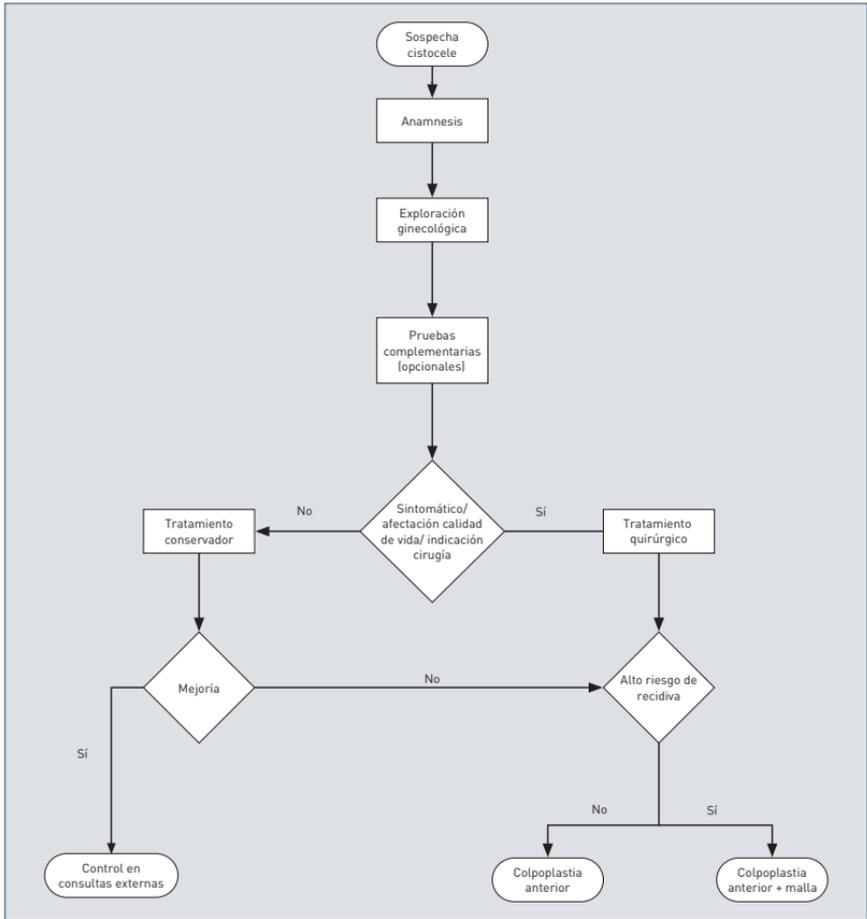


Figura 71-1. Manejo diagnóstico terapéutico del cistocele.

- Exploración ginecológica: valoración por compartimentos: anterior, medio y posterior. Es muy frecuente la asociación de cistocele con la alteración de otros compartimentos. Se clasificará en función del grado de prolapso.
- Valoración del tono de la musculatura pélvica y la sensibilidad.
- Objetivación de incontinencia de orina con reposición del prolapso.

### Pruebas complementarias

La anamnesis y la exploración ginecológica son suficientes para un correcto diagnóstico. La ecografía ginecológica nos permitirá valorar en algunos casos el tipo de defecto que causa el cistocele, así como la asociación a otros defectos (enterocele) y el volumen de orina residual. Otras pruebas que pueden ser necesarias para completar el diagnóstico

tico y enfocar el tratamiento son: citología, analítica general sanguínea y un sistemático de orina y la valoración urodinámica.

## TRATAMIENTO

### Conservador

De primera elección si es asintomático, no hay afectación de la calidad de vida o está contraindicada la cirugía. Consiste fundamentalmente en la eliminación de factores de riesgo, el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico con los ejercicios de Kegel, el tratamiento con estrogenoterapia local en casos de deficiencia o el uso de pesarios.

### Quirúrgico

Su objetivo fundamental es la corrección funcional del defecto (desaparición o reducción de la sintomatología), la restauración del eje de la vagina y la obtención de resultados a largo plazo. En la mayor parte de los casos el abordaje es vaginal, sobre todo en el caso de los defectos centrales. Tras la intervención se aconseja seguir con el tratamiento conservador.

Técnica: colpoplastia anterior. Colpotomía y disección vesical, reparación del defecto y cierre posterior de la mucosa, intentando extirpar la menor cantidad de mucosa vaginal. Si existiera incontinencia, aplicar técnica asociada. En pacientes ya intervenidas o con riesgo elevado de recidiva (grado III- IV) se pueden utilizar mallas de polipropileno. La posible complicación de éstas es la erosión vaginal, por lo que ante su utilización, la paciente deberá mantener un tratamiento continuo con estrógenos locales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Carmona M, Espejo E, Tallada M. Valoración de las disfunciones del suelo pelviano. Estandarización de la terminología. Arch E Urol. 2002;55:983-988.
- López González, P. A.; López López, A. I.; López Cubillana, P. ¿Es realmente el cistocele un factor de obstrucción infravesical? Actas Urol Esp. 2010;34:189-93
- Davila G, W; Ghoniem, GM; Wexner, S. Pelvic Floor Dysfunction. Ed. Springer. USA, 2006.
- Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. Neurourol Urodyn. 2008;27(1):3-12.

## PROLAPSO UTERINO. PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

M. García-Gamón Valero y F. Nohales Alfonso

### CONCEPTO

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén, originándose una herniación a través del hiato urogenital. El 11% de las mujeres son intervenidas de prolapso genital a lo largo de su vida.

### ETIOLOGÍA

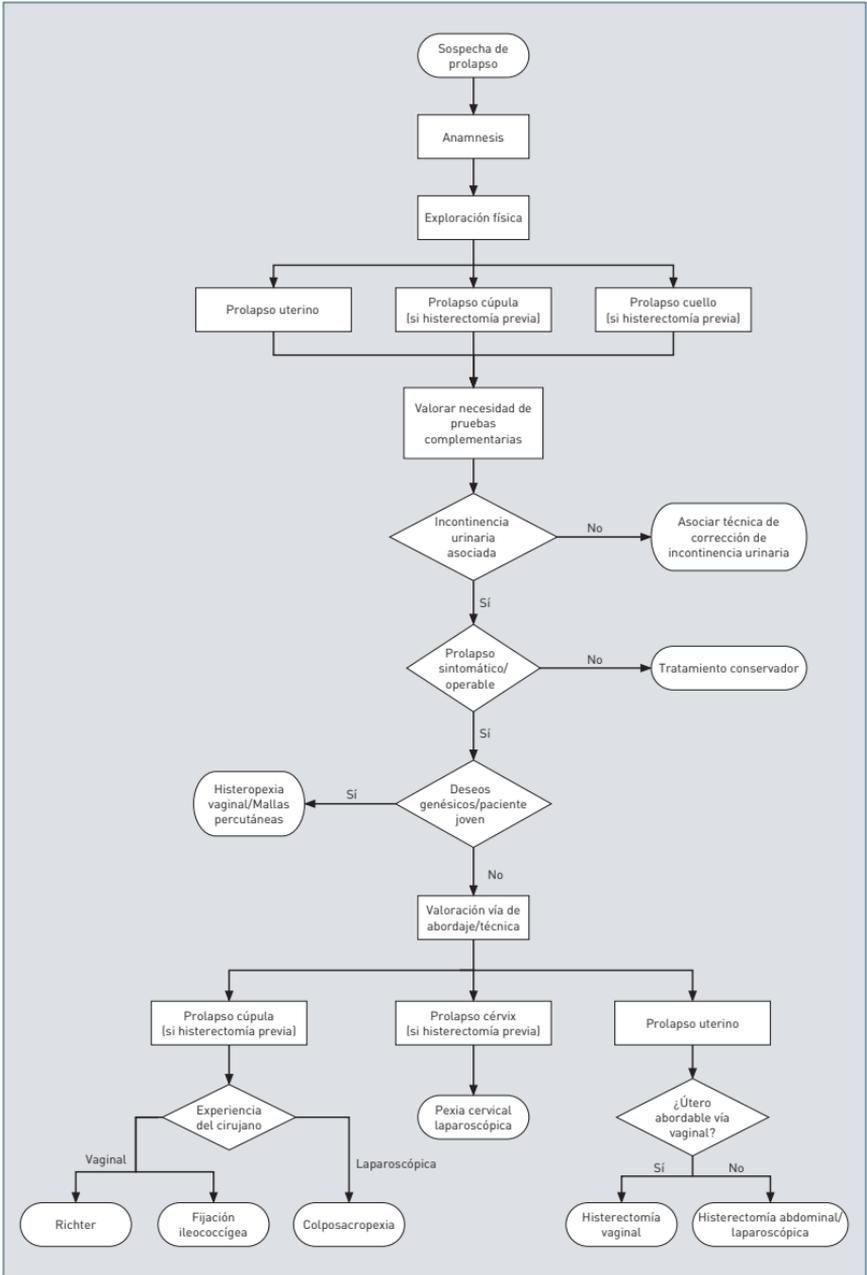
- *Congénito*: poco frecuente. Se presenta fundamentalmente en pacientes con enfermedades del tejido conectivo, malformaciones del SNC y extrofia vesical.
- *Traumático*: las principales causas son el embarazo y el parto, siendo menos frecuente por traumatismos o fracturas pélvicas.
- *Hormonal*: el hipoposterogenismo produce debilidad tisular.
- *Otros*: fundamentalmente las patologías que producen un aumento de la presión intraabdominal como obesidad, tos crónica, ejercicio físico intenso y estreñimiento crónico.

### GRADO

- Clasificación de Baden-Walker:
  - Grado 0: posición normal.
  - Grado 1: descenso a mitad de distancia del himen.
  - Grado 2: descenso hasta el himen.
  - Grado 3: descenso a mitad de distancia después del himen.
  - Grado 4: descenso máximo.
- Clasificación Pop-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*): se basa en la medición de 6 puntos respecto al himen, asignándoseles una puntuación negativa o positiva según estén por encima o debajo del himen. En base a éstos se clasifica en 4 grados.

### CLÍNICA

El prolapso de bajo grado puede ser asintomático y un hallazgo durante una exploración rutinaria. Cuando se presentan síntomas suelen ser: sensación de peso, cuerpo extraño o tumoración que se incrementa a lo largo del día o con la presión intraabdominal cediendo con el decúbito. Son frecuentes las alteraciones miccionales, ya sean por disfunción de vaciado o por la aparición de incontinencia. En los casos de ulceración del órgano prolapso, el sangrado es frecuente.



**Figura 72-1.** Manejo del prolapso de útero/cúpula.  
Obstetricia y Ginecología. Guía de actuación. ©2014. Editorial Médica Panamericana.

## DIAGNÓSTICO

### Anamnesis

Antecedentes personales (actividad física, estilo de vida, urológicos, neurológicos y metabólicos, farmacológicos, tóxicos, etc.), antecedentes obstétrico-ginecológicos (paridad, tipo de parto, cirugía previa, menopausia) e historia actual (naturaleza y duración de los síntomas genitourinarios, digestivos y sexuales).

### Exploración ginecológica

Visual y por compartimentos en reposo y tras Valsalva. Se valorará la musculatura vaginal, la longitud y trofismo vaginal y el tamaño del hiato genital y cuerpo perineal. También es necesaria la exploración de incontinencia con reposición del prolapso y realización de test de esfuerzo y exploración recto-anal.

### Pruebas complementarias

La anamnesis y la exploración son suficientes para el diagnóstico. La ecografía ginecológica y el estudio urodinámico pueden ser necesarios en algunos casos.

## TRATAMIENTO

Depende de la afectación de la calidad de vida y la sintomatología (prolapso de 2º grado en adelante).

### Tratamiento conservador

Es el de elección cuando no hay afectación de la calidad de vida, la clínica es escasa o está contraindicada la cirugía. Consta de la minimización de los factores de riesgo, la mejora del trofismo de la mucosa vaginal y los ejercicios de Kegel para rehabilitar el suelo pélvico. También se pueden utilizar los pesarios, aunque la tolerancia varía dependiendo de la paciente.

### Tratamiento quirúrgico

Tiene como objetivos la restauración anatómica, longitud y eje de vagina, y la satisfacción funcional de la paciente. Existen diferentes vías de abordaje:

- **Vía vaginal:** es la más utilizada. La técnica más empleada es la histerectomía vaginal con fijación de la cúpula vaginal a ligamentos uterosacros y parametrios y técnica de McCall. Ante un prolapso de cúpula vaginal se puede fijar ésta al ligamento sacrocíatico menor (técnica de Richter) o utilizar mallas de polipropileno. Si se desea conservar el útero se realizará histeropexia.
- **Vía abdominal:** fundamentalmente laparoscópica. Está indicada ante patología aneal y/o uterina o imposibilidad de acceso vaginal. Se realizará histerectomía total o subtotal dependiendo del defecto con o sin sacropexia. Ante un prolapso de cúpula vaginal se considera técnica de elección la colposacropexia, ya que obtiene una corrección más fisiológica del eje vaginal.
- **Técnicas percutáneas:** son mallas fundamentalmente sintéticas, de polipropileno, con un sistema de anclaje que proporcionan un soporte más avanzado. Son técnicas

mínimamente invasivas. Se consideran actualmente la técnica de elección ante recidivas o prolapso grado IV por sus buenos resultados y tolerancia de la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Condrea A, Netzer I, Ginath S, Eldor-Itskovitz J, Golan A, Lowenstein L. Is mesh becoming more popular? Dilemmas in urogynecology: a national survey. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 2012:672356.
- Mahrán MA, Herath RP, Sayed AT, Oligbo N. Laparoscopic management of genital prolapse. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(5):1015-20.
- Tehrani FR, Hashemi S, Simbar M, Shiva N. Screening of the pelvic organ prolapse without a physical examination. *BMC Womens Health.* 2011;11:48.

## INTRODUCCIÓN

Los defectos del compartimento posterior comprenden:

- Rectocele: protrusión anterior del recto.
- Sigmoidocele: protrusión del colon sigmoide.
- Enterocele: protrusión de intestino delgado.

## CLÍNICA

La clínica de los defectos de compartimento posterior incluye: sensación de bulto, presión pélvica, disfunción sexual, dificultad defecatoria que en ocasiones requiere presión manual y tenesmo. Cuando la presión manual para la defecación se realiza desde la cara posterior de la vagina, la disfunción de vaciado se debe al rectocele. En cambio, si ésta se hace desde el periné, la disfunción responde a un cuerpo perineal insuficiente. Aunque la incontinencia fecal no es propia de este defecto, sí que puede presentarse conjuntamente, ya que ambas patologías tienen los mismos factores de riesgo. Así mismo, un defecto de compartimento posterior también puede enmascarar una incontinencia urinaria por compresión directa sobre la uretra. La sintomatología no está directamente relacionada con el grado de prolapso, aunque ésta sí es más severa cuando éste sobrepasa el anillo himenal.

## EXPLORACIÓN

Debe realizarse una exploración sistemática por compartimentos (Fig. 73-1). Asimismo, también debe incluirse en la exploración física una evaluación del tono de los músculos del suelo pélvico, así como la competencia del esfínter anal. El prolapso debe evaluarse con la máxima presión intraabdominal y se clasificará según el sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) o el de Baden-Walker. La exploración del compartimento posterior se realiza con valvas o espéculo de Sim, elevando la pared vaginal anterior y reduciendo, en caso de que exista, defectos de compartimento medio. Entonces se pide a la paciente que realice una maniobra de Valsalva. Un tacto rectal ayuda a diferenciar si también existe un enterocele. La ecografía perineal también ayuda para confirmar y distinguir el tipo de defecto.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Cuando la clínica no sea compatible con los hallazgos clínicos, rectoceles moderados con preservación de los pliegues centrales de la mucosa vaginal y pronunciados síntomas de disfunción de vaciado, debe solicitarse una defecografía para descartar disinergias del suelo pélvico, un sigmoidocele o una invaginación intestinal.

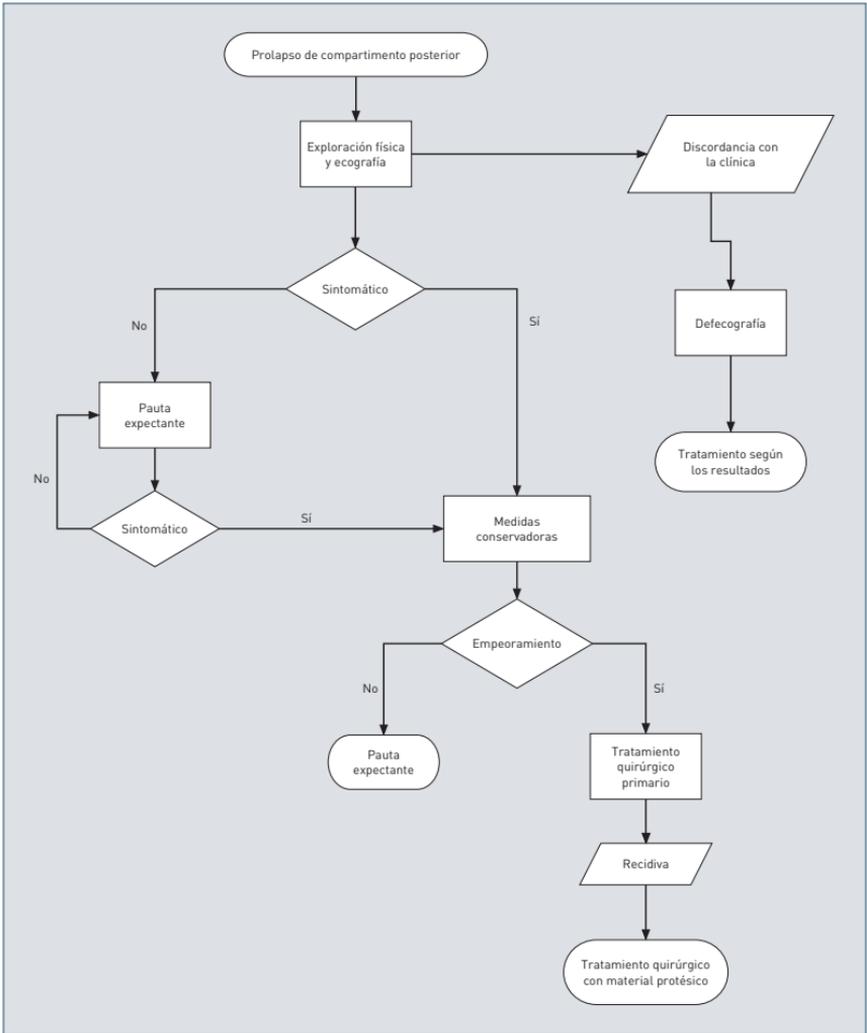


Figura 73-1. Rectocele y enterocele.

## TRATAMIENTO

Aunque el único tratamiento definitivo es quirúrgico, siempre se debe ofrecer a la paciente medidas conservadoras. Éstas incluyen cambios en el estilo de vida (evitar estreñimiento, prensa abdominal y esfuerzos defecatorios, controlar el exceso de peso corporal y coger objetos pesados), pesarios, tratamiento local con estrógenos y fisioterapia. Si la paciente rechaza estas medidas o no las tolera y el prolapso es sintomático, se realizará un tratamiento quirúrgico corrector. En este caso, deben repararse todos los

defectos existentes, ya que si no, aumenta el riesgo de recurrencia temprana postoperatoria de un prolapso en el compartimento no reparado.

Ante rectoceles primarios debe realizarse una colporrafia posterior con reconstrucción fascial de la fascia rectovaginal, si es un rectocele bajo puede acompañarse de una perineorrafia. No se recomienda la miorrafia de los elevadores, ya que cursa con altas tasas de dispareunia. En el caso de un enterocele, se corregirá por la misma vía quirúrgica (vaginal o abdominal) que se utilice para corregir el resto de defectos del suelo pélvico. Vía vaginal se realizará una reducción del saco herniario con cierre de peritoneo posterior.

La tasa de éxito es de un 86%. Ante recidivas sintomáticas, está indicada la reparación con interposición de material protésico (mallas de polipropileno). La tasa de éxito con estas mallas es de un 95 % con las siguientes tasas de complicaciones: 14-24% de dispareunia *de novo* o mayor que antes de la cirugía; 3-19% de retracción de la malla que cursa con dolor; 6-19% de erosiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dietz HP, Clarke B. Prevalence of rectocele in young nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:391.
- Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MF, Walters MD. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2105.
- Ginger VA, Kobashi KC. Posterior compartment defect repair in vaginal surgery: update on surgical techniques. *Curr Urol Rep* 2007;8(5):387-93.
- Cortesse A, Haab F, Costa P, Delmas V. Cure of rectocele by vaginal way. *Prog Urol* 2009;19(13):1080-5.