



Capítulo 10

Prevención y tratamiento no quirúrgico de prolapsos de órganos pélvicos

Heleodora Pandrales Pérez

Ginecóloga, Universidad de Antioquia
Entrenada en piso pélvico y cirugía vaginal
Coordinadora de la unidad de piso pélvico, Clínica del Prado
Profesora de ginecología de piso pélvico, Facultad de Medicina,
Universidad de Antioquia y CES.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP) se refiere a la herniación, descenso, procidencia o caída de los órganos pélvicos tales como vejiga, recto, útero, o cúpula (en mujeres hysterectomizadas) o intestino hacia o más allá de las paredes vaginales. Es una condición común. Muchas mujeres con prolapso experimentan síntomas que afectan la función sexual, miccional o defecatoria y el ejercicio, lo cual afecta su calidad de vida (1). El tratamiento del POP requiere importantes recursos económicos; el costo anual de la atención ambulatoria de los trastornos del suelo pélvico en los Estados Unidos entre 2005 y 2006 fue de casi 300 millones de dólares (2), y la reparación quirúrgica del prolapso fue el procedimiento hospitalario más común realizado en mujeres mayores de 70 años entre 1979 y 2006 (3). Es probable que el impacto del prolapso en la atención de la salud crezca según las estimaciones de una prevalencia cada vez en aumento de la población de mujeres adultas mayores (4).

La distinción entre POP sintomático y asintomático es clínicamente relevante, ya que el tratamiento generalmente está indicado solo para mujeres con síntomas. Sin embargo, hay pocos datos de alta calidad sobre la prevalencia del POP sintomático (5).

Los factores de riesgo establecidos para POP incluyen paridad, edad avanzada, obesidad, raza blanca, alteración del colágeno, aumento de la presión intraabdominal (tos o estreñimiento crónico), entre otros (5). Los factores de riesgo para la recurrencia del prolapso después de la corrección quirúrgica incluyen la avulsión del elevador del ano, el estadio avanzado del prolapso y los antecedentes familiares (6).

Prevención

Las estrategias de prevención del prolapso no se han estudiado ampliamente. Aunque el parto vaginal se asocia con un mayor riesgo de prolapso, no está claro que el parto por cesárea prevenga la aparición de prolapso.

La prevención de la progresión del prolapso no ha sido bien estudiada. Algunos datos sugieren que las mujeres con prolapso que usan un pesario vaginal presentan una etapa más baja de prolapso en los exámenes posteriores (7). Las intervenciones como la pérdida de peso, el tratamiento del estreñimiento crónico y evitar trabajos que requieran

levantar objetos pesados son intervenciones potenciales para manejar el desarrollo o la progresión del POP, y merecen más investigación. Sin embargo, se debe tener precaución al recomendar estas intervenciones que alteran funciones en la vida, sin datos sólidos que respalden su eficacia.

Una revisión sistemática de seis ensayos aleatorizados evaluó los efectos de los estrógenos o medicamentos con efectos estrogénicos (p. ej. moduladores selectivos de los receptores de estrógeno), ya sea solos o junto con otros tratamientos, para la prevención del POP, y se concluyó que se necesitan más estudios sobre el papel de los agentes estrogénicos en su prevención (8).

El tratamiento está indicado para mujeres con síntomas de prolapso o afecciones asociadas independientemente del grado de prolapso (disfunción urinaria, intestinal o sexual). La micción o defecación obstruidas o la hidronefrosis por desviaciones ureterales crónicas (7).

El tratamiento se individualiza de acuerdo con los síntomas de cada paciente y su impacto en la calidad de vida. Los estudios han demostrado que la satisfacción después de la cirugía reconstructiva pélvica se correlaciona en gran medida con el logro de los objetivos quirúrgicos preoperatorios autodescritos, pero no con las medidas de resultado objetivas.

Las mujeres con prolapso sintomático pueden manejarse de manera expectante o tratarse con terapia conservadora o quirúrgica de acuerdo con el deseo de la paciente. No existen datos de alta calidad que comparen estos dos enfoques.

La elección de la terapia depende de las preferencias del paciente, así como de la capacidad para cumplir con la terapia conservadora o tolerar la cirugía. Algunos datos sugieren que la edad, el grado de POP, las puntuaciones de dolor pélvico preoperatorio y la cirugía de prolapso anterior se asocian de forma independiente con las opciones de tratamiento.

El manejo expectante es una opción viable para las mujeres que pueden tolerar sus síntomas y prefieren evitar el tratamiento. En este caso particularmente, en etapa III o IV, deben ser evaluadas regularmente para evaluar el desarrollo de los síntomas urinarios o defecatorios.

El tratamiento conservador es la opción de primera línea para todas las mujeres con POP, ya que el tratamiento quirúrgico conlleva el riesgo de complicaciones y recurrencia (9). Sin

Prevención y tratamiento no quirúrgico de prolapsos de órganos pélvicos

embargo, el prolapso suele ser un problema crónico y, en última instancia, muchas mujeres prefieren la cirugía a la terapia conservadora, ya que una cirugía exitosa no requiere un mantenimiento continuo.

El pilar del tratamiento no quirúrgico para el POP es el pesario vaginal. Los pesarios son dispositivos de silicona en una variedad de formas y tamaños, que sostienen los órganos pélvicos. Aproximadamente la mitad de las mujeres que utilizan un pesario continúan haciéndolo en el plazo intermedio de uno a dos años. Los pesarios deben retirarse y limpiarse periódicamente. Se utilizan de forma temporal o definitiva en mujeres con prolapso.

El tamaño del introito vaginal, la longitud vaginal y la etapa del prolapso se utilizan para guiar la selección del tipo y tamaño del pesario. Sin embargo, la colocación del pesario es principalmente un proceso de prueba y error. En el proceso de medición se debe realizar un examen físico inicialmente con la vejiga vacía en la posición de litotomía dorsal para evaluar la atrofia vulvovaginal, el tamaño del introito vaginal, el estadio del prolapso según el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q), la longitud vaginal y la fuerza muscular del piso pélvico. A la mayoría de las pacientes se les puede instalar con éxito un anillo o un pesario de Gellhorn. Para pacientes con un introito de 3 a 4 dedos de ancho o prolapso en etapa IV, es más probable que un pesario Gellhorn sea el adecuado. Como parte de la visita inicial de ajuste del pesario, se realiza el volumen residual de orina posmiccional y un análisis de orina para descartar retención urinaria e infección, respectivamente.

Para insertar un pesario se usa la mano no dominante para separar los labios, abrir suavemente el introito y deprimir el cuerpo perineal. La mano dominante luego inserta el pesario en la vagina. Se confirma la ubicación del pesario y se pide a la paciente que realice maniobras de Valsalva para evaluar la posible expulsión del pesario. En caso de éxito se programa una visita de seguimiento una o dos semanas después de la colocación del pesario para confirmar el ajuste, evaluar los posibles efectos secundarios e instruir a la paciente sobre la inserción/retirada del pesario, según sea necesario. Muchos médicos enseñan la inserción y extracción en una visita separada de la colocación inicial porque la elección del primer pesario puede no resolver adecuadamente los síntomas y el dispositivo o el tamaño pueden cambiar.

Los efectos secundarios comunes del uso del pesario incluyen flujo vaginal, olor, sangrado y erosiones. Las opciones de tratamiento pueden incluir estrógeno vaginal en dosis bajas, gel vaginal cicatrizante, hidratante y/o extracción del pesario a corto plazo. Las pacientes con atrofia vaginal generalmente se benefician del tratamiento con dosis bajas de estrógeno vaginal. Las pacientes con sangrado vaginal deben ser evaluadas por otras posibles causas, incluida la patología endometrial.

Los factores de riesgo para el abandono del pesario son el prolapso vaginal posterior severo, el desarrollo de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) oculta y el deseo de cirugía. La gravedad del prolapso y el deseo de actividad sexual no son factores de riesgo para suspender el uso del pesario. En ausencia de efectos secundarios molestos, el uso del pesario puede continuarse indefinidamente. Es posible que se necesite un cambio en el tipo o tamaño del pesario a medida que la paciente envejece. Las complicaciones mayores son raras, aunque pueden ocurrir fístulas vesicovaginales y rectovaginales con un pesario descuidado.

Por otro lado, el entrenamiento de los músculos del piso pélvico (PFMT, por sus siglas en inglés) parece dar como resultado mejoras en la etapa del POP y los síntomas asociados con el POP. Los ensayos aleatorizados han demostrado el beneficio del PFMT, en particular con capacitación y/o supervisiones individualizadas (10,11). Para las mujeres con POP sintomático en etapa 2, recomendamos una prueba de PFMT, ya que parece mejorar los síntomas y no se asocia con daños. Dado que el PFMT reduce el prolapso en un promedio de 1 a 2 cm, es menos probable que el prolapso más allá del himen y sus síntomas asociados mejoren con el PFMT. Este es un programa detallado de ejercicios diseñado para mejorar la fuerza y la función del suelo pélvico (12). Mujeres con prolapso (etapas 1 a 3) asignadas al azar a entrenamiento muscular del suelo pélvico supervisado (PFMT) en un estudio que compara PFMT supervisado versus estilo de vida y asesoramiento; a los dos años, tenían menos probabilidades de desarrollar síntomas y menos probabilidades de haber buscado tratamiento para POP. Múltiples estudios utilizados en revisiones sistemáticas han subrayado los beneficios de PFMT en el tratamiento de los síntomas de POP, por lo cual debería ser la primera línea (14). La evidencia para apoyar el PFMT como complemento de la cirugía POP, a pesar de ser una práctica rutinaria para muchos cirujanos, se están realizando en fase clínica, como programa detallado de

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ejercicios diseñado para mejorar la fuerza y la función del suelo pélvico (15).

Actualmente, no existen datos que respalden el estrógeno sistémico o tópico como terapia de tratamiento primario del POP. Una revisión sistemática que evaluó el uso de estrógenos locales para el tratamiento de los trastornos del piso pélvico identificó solo tres ensayos que evaluaron el impacto de los estrógenos locales en el prolapso, pero los resultados evaluados se centraron en los síntomas de la atrofia vaginal en lugar del prolapso en sí (11).

Las candidatas quirúrgicas incluyen mujeres con prolapso sintomático que han fracasado o han rechazado el tratamiento conservador de su prolapso. Existen numerosas cirugías para el prolapso que incluyen abordajes vaginales y abdominales con y sin materiales de injerto descrita en la literatura.

Conclusiones

El prolapso de órganos pélvicos es una enfermedad benigna que ha venido en aumento y altera la calidad de vida de las mujeres, su enfoque de manejo inicial incluye cambio de hábitos y factores de riesgo modificables, uso de pesarios y el entrenamiento de músculos de piso pélvico.

Bibliografía

1. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician* 2017; 96:179.
2. Sung VW, Washington B, Raker CA. Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:483.e1.
3. Oliphant SS, Jones KA, Wang L, et al. Trends over time with commonly performed obstetric and gynecologic inpatient procedures. *Obstet Gynecol* 2010; 116:926.
4. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1496.
5. Vergeldt TF, Weemhoff M, Int'Hout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2015; 26:1559.
6. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018; 29:13.
7. Handa VL, Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13:349.
8. Ismail SI, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD007063.
9. Culligan PJ. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2012; 119:852.
10. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD003882.
11. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:170.e1.
12. Weber MA, Kleijn MH, Langendam M, et al. Local Oestrogen for Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *PLoS One* 2015; 10:e0136265.
13. Hagen S, Glazener C, McClurg D, et al. Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2017; 389: 393–402.
14. Hagen S and Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane database Syst Rev* 2011; CD003882.
15. Ritu Basnet Impact of pelvic floor muscle training in pelvic organ prolapse. 2021 Jun;32(6):1351-1360. doi: 10.1007/s00192-020-04613-w. Epub 2021.