

ORIGINAL

Lesiones vaginales por pesario. Estudio de casos y revisión de la literatura

J. Lopez-Olmos

Unidad de Ginecología, Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia, España

Recibido el 22 de febrero de 2012; aceptado el 22 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 7 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Pesario vaginal;
Prolapso uterino
y de cúpula vaginal;
Cistocele;
Erosión vaginal
y sangrado;
Leucorrea

KEYWORDS

Vaginal ring pessary;
Uterine prolapsed
and vaginal vault
prolapse;
Cystocele;
Vaginal erosion and
bleeding;
Vaginal discharge and
infection

Resumen

Objetivo: Estudiamos los eventos adversos con el uso del pesario vaginal de anillo.

Material: Presentamos una serie de 9 casos de pesarios vaginales, controlados 4 años, sobre 23.719 consultas; suponen el 0,03%.

Resultados: La edad media de las pacientes fue 83 años (entre 70 y 96), la paridad media fue 3,77 (entre 2 y 6 hijos). La edad media de inicio de uso del pesario fue 80 años. Los años de uso, media 3 años (entre 1 y 5).

Las indicaciones fueron: contraindicación a la cirugía por cardiopatías; en mujeres ya intervenidas, recurrencia del prolapso de cúpula vaginal; o en espera de la cirugía.

Los problemas encontrados fueron: erosión vaginal y sangrado en 4/9 (44,44%), y leucorrea con infección vaginal en 5/9 (55,55%).

Conclusión: El uso del pesario requiere cuidados especiales y medidas de higiene para un uso a largo plazo.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Vaginal lesions by pessary. Study of cases and literatura review

Abstract

Objective: We studied the adverse events occurring with the use of vaginal ring pessaries.

Material: We report a series of nine cases of adverse events involving vaginal pessaries occurring within a 4-year period with over 23719 consultations and representing an incidence of 0.03%.

Results: The mean age of the patients was 83 years (range: 70-96), and the mean parity was 3.77 (range: 2-6 children). The mean age of onset of the use of a pessary was 80 years. The mean number of years of use was 3 (range 1-5 years).

The indications for pessary use were contraindication of surgery due to heart disease and, in women with prior surgery, the recurrence of prolapse or vaginal vault prolapse, and waiting for surgery.

The adverse events found consisted of vaginal erosion and bleeding in 4/9 (44.44%) and vaginal discharge with vaginal infection in 5/9 (55.55%).

Conclusion: The use of a pessary warrants special care and hygiene measures to ensure long-term successful use.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El suelo pélvico tiene 3 compartimentos: el superior, con la vejiga, donde puede producirse cistocele y uretrocele; el central, con la vagina y el útero, donde puede producirse prolapso uterino o prolapso de la cúpula vaginal, y enterocele, y el inferior, con el recto, donde puede producirse rectocele.

El fallo del suelo pélvico es algo complejo¹. El prolapso uterino se da en 50% en las mujeres parás, mayores de 50 años. Y la prevalencia en su vida tiene un riesgo de 30-50%.

La etiología incluye^{1,2}:

- la predisposición genética;
- los partos (lesión del elevador del ano, lesión neurológica del nervio pudendo por estiramiento): partos prolongados, partos instrumentales, episiotomía, multiparidad, peso fetal, cirugía previa del prolapso e histerectomía;
- la edad;
- la obesidad;
- el aumento de presión abdominal crónica: bronquitis crónica, estreñimiento;
- la menopausia;
- condiciones socioeconómicas bajas.

El manejo del fallo del suelo pélvico incluye²:

- la observación;
- los ejercicios del suelo pélvico, de Kegel, y los conos metálicos;
- el uso de pesarios vaginales,
- y la cirugía obliterativa o reconstructiva.

La integridad del suelo pélvico es necesaria para la función sexual y afecta también la imagen corporal y la calidad de vida.

Teniendo en cuenta que las recurrencias quirúrgicas¹ son 22% en el compartimento superior, 30% en el compartimento central y 24% en el compartimento inferior, es lógico pensar en tratamiento no quirúrgico, conservador, y este se hace con los pesarios vaginales.

Los pesarios vaginales ya se describen en el papiro de Kahun de 2000 a de C³. Hipócrates indica poner media granada en la vagina para reducir el prolapso. Hay pesarios de soporte (el de anillo, es el más usado, ya que permite el coito) y pesarios ocupantes de espacio. El tratamiento conservador es económico, de bajo riesgo y eficaz, para el prolapso de los órganos pélvicos⁴. Una contraindicación, es la demencia de la enferma y contraindicaciones relativas son: la infección vaginal activa, la erosión o ulceración vaginal persistente, y la atrofia vaginal grave, hasta que mejoren.

Las indicaciones del pesario^{1,3,4} son: el prolapso uterino; con la cirugía no deseada o no recomendada, para mujeres muy mayores con condiciones médicas adversas; en jóvenes que no han completado su familia; en espera de la cirugía; para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE); en complicaciones del embarazo (útero en retro forzado, incompetencia cervical, con prolapso previo al embarazo); con aire vaginal, y en disfunción de la evacuación intestinal.

Los pesarios son de silicona. El tamaño es subjetivo. En la mujer más joven, pesario más grande; en la mujer más mayor, pesario más pequeño. No hay adaptación al pesario si la longitud vaginal es menor de 6 cm, o si el introito es amplio, como 4 dedos⁴. Debe utilizarse el más grande que pueda emplear de forma más cómoda. Bien ajustado no se percibe⁵.

La satisfacción de uso es 70% a 1 año (77% a 6 meses, 64% a 2 años). Se añaden estrógenos locales. La razón coste-eficacia sería satisfacción del 90%⁶ en uso de 1.^a intención, antes de la cirugía o en jóvenes.

Se propone el autocuidado⁴: deberían quitarlo y limpiarlo, dejarlo fuera de noche y para las relaciones sexuales, o dejarlo puesto, o ponerlo por la mañana. Pero en ancianas no siempre es posible. Entonces se recomienda control en la consulta cada 3 meses para el seguimiento a largo plazo. Con autocuidado, sería control cada 6 meses. Lo ideal es retirarlo cada noche o cada semana, lavar y secar, y colocar a la mañana⁵.

Las complicaciones del pesario³⁻⁵ son:

- aumento de la secreción vaginal, riesgo relativo de infección por vaginosis bacteriana, RR = 3,3;
- erosión y úlceras vaginales, con sangrado, lo más frecuente, 2-24%. Conviene retirar 2-3 semanas, y poner estrógenos locales de noche, o sistémicos, y lubricantes hidrosolubles. También se puede cambiar de tamaño;
- impactación en vagina;
- fístulas: vesicovaginal, rectovaginal;
- peritonitis;
- complicaciones intestinales;
- hidronefrosis;
- infección vaginal por Actinomyces;
- atipias citológicas inflamatorias graves;
- incarceration del pesario;
- incluso cáncer vaginal (por la inflamación crónica + infección por virus) en el sitio del pesario.

En este trabajo, en una serie de 9 casos en 4 años, vamos a ver las lesiones vaginales producidas por el pesario, y su estudio y manejo.

Tabla 1 Pesarios vaginales (2008-2011). N.º casos. Datos cuantitativos

Año	N.º consultas	N.º casos	%
2008	7.328	4	0,05
2009	6.839	1	0,01
2010	4.833	0	0
2011	4.719	4	0,08
Total	23.719	9	0,03

	Rango	Media	Desvío
Edad actual	70-96	83,22	8,64
Gestaciones	2-8	4,44	1,87
Partos	2-6	3,77	1,39
Abortos	0-3	0,66	1
Edad menopausia	46-54	50,66	2,29
Edad inicio pesario	70-92	80,55	7,55
Años uso	1-5	3	1,65

Material y métodos

Hemos recogido todos los casos vistos por el autor de pesarios vaginales, en su consulta de Ginecología, durante los 4 años 2008-2011, en el centro de Especialidades de Montevivete, en Valencia. Sobre 23.719 consultas se encontraron 9 casos (0,03%).

Estudiamos:

- la edad actual (a 2011);
- la paridad como gestaciones, partos y abortos;
- la edad a la menopausia, los antecedentes médicos y quirúrgicos;
- la edad al inicio del uso del pesario;
- la indicación;
- los años de uso;
- el n.º del pesario. Si hubo cambios en éste con el uso;
- la citología, el cultivo bacteriológico, y la ecografía vaginal, los hallazgos en estas pruebas diagnósticas;
- la evolución del uso y sus problemas, así como las lesiones vaginales;
- si hubo discontinuación del uso;
- y otros factores concurrentes.

Calculamos rangos, medias y desvíos standard para los datos numéricos. Y los datos cualitativos se expresan en porcentajes.

Resultados

En la [tabla 1](#) se presentan el n.º de consultas por año y el n.º de casos. Y los datos cuantitativos, como rango, media y desvío, en edad actual (a 2011), gestaciones, partos y abortos, edad a la menopausia, edad al inicio del uso del pesario, y años de uso. Fueron 9 casos sobre 23.719 consultas (0,03%).

La media de edad es 83 años (entre 70 y 96). La paridad media es 3,77 (entre 2 y 6 hijos). La edad media a la menopausia fue 50 años (entre 46 y 54 años). La edad de inicio del uso del pesario fue 80 años (entre 70 y 92 años). Los años de uso fueron 3 (entre 1 y 5).



Figura 1 Pesario vaginal de anillo.

En las [tablas 2 y 3](#), se presenta la serie y sus características clínicas.

La edad: la mayor es el caso n.º 5 con 96 años; la más joven el caso n.º 7 con 70 años.

Los antecedentes médicos: HTA, en 4 casos; diabetes, en 3 casos, y cardiopatías en 3 casos. Artrosis en 4 casos. En un caso bronquitis crónica.

Los antecedentes quirúrgicos en 6 casos. En el caso n.º 6, una histerectomía vaginal + plastias + colposuspensión. Y en el caso n.º 8, una histerectomía abdominal total + doble anexectomía.

Como indicación del uso del pesario, el prolapso uterino III +/- cistocele III en todos los casos, excepto en el n.º 6, que era desfondamiento de la cúpula vaginal, así como también en el n.º 8, + cistocele III.

La contraindicación quirúrgica se daba en los casos n.º 1 y 5, por la cardiopatía isquémica, y en el n.º 8, por arritmias, con fibrilación auricular.

En los casos 7 y 9, se indicó pesario vaginal, mientras estaban en lista de espera quirúrgica para histerectomía vaginal + plastias.

La edad media de inicio de uso del pesario son 80 años. Y los años de uso, media 3 años; máximo 5 años en los casos 1 y 6, y mínima, un año, en los casos 8, y 7 y 9 (pendientes de intervención).

El n.º de pesario más utilizado ha sido el n.º 75 en 6 casos ([fig. 1](#)); n.º 70 en un caso, y n.º 80 en 2 casos. Pero ha habido que ajustar el pesario, con cambio de n.º en 6 casos.

La citología (se entiende, repetidas en el tiempo), fue negativa en todos los casos, mostrando atrofia vaginal. En el caso 6 hubo vaginitis severa.

El cultivo bacteriológico dio positivo en 5 casos: en el n.º 4 y en el n.º 6 a *Staphylococcus aureus*; en el n.º 5, a *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis*. En los casos n.º 7 y 8 a *Candida albicans*.

En la ecografía vaginal, en todos los casos atrofia en la línea endometrial (LE), excepto los casos n.º 8, histerectomizada; n.º 1, con LE = 12 mm, correspondiente a pólipo endometrial, resuelto con histeroscopia; n.º 2, hidrómetra; y n.º 5, hidrómetra y quiste folicular de 38 mm en OI, ovario izquierdo.

En cuanto a lesiones vaginales, se han encontrado erosiones de la pared vaginal con sangrados en 4 casos: 2, 4 ([fig. 2](#)), 5 y 6 ([fig. 3](#)); con más años de uso, respectivamente, 3, 4, 4 y 5 años. Las lesiones se encontraron localizadas en la pared lateral izquierda en 2 casos. Se trataron con un antiinfeccioso mixto, con bencidamina y promestrieno, un

Tabla 2 Serie pesarios vaginales (2008-2011). Características clínicas

N	Edad	GPA	Edad Menop	Ant.Medic	Ant.Quirurgic	Edad Inicio Pesario	Indicación	Años Uso	N.º Pesario	Cambios
1	87	6-6-0	52	Diabetes HTA Cardiopatía isquémica	Cataratas Angioplastia	82	Prolapso III Cistocele III	5	70	Sí
2	85	2-2-0	54	Diabetes HTA	No	82	Prolapso III	3	75	Sí
3	88	3-2-1	53	No	Colecistectomía Cataratas	85	Prolapso III	3	80	Sí
4	92	3-3-0	50	HTA Artrosis Cardiopatía	No	92	Prolapso III IUE	4	75	Sí
5	96	4-4-0	50	Artrosis	No	92	Prolapso III	4	75	Sí
6	76	6-5-1	50	Artrosis	H. vaginal Plastias Colposuspensión	71	Desfonda- miento vaginal III	5	75	Sí
7	70	4-3-1	50	Diabetes Cólicos nefríticos	Amigdalectomía Hernias inguinales Estética abdomen	70	Prolapso III Cistocele III IUU	1	75	No
8	74	4-4-0	46	Arritmias (FA) Osteoporosis Artrosis	HT+ 2A Cataratas	74	Prolapso III de cúpula Cistocele III	1	80	No
9	81	8-5-3	51	HTA Artrosis cadera Bronquitis crónica	Prótesis cadera	81	Prolapso III Cistocele III	1	75	No

FA: fibrilación auricular; GPA: gestaciones, partos, abortos; H. vaginal: histerectomía vaginal; HTA: hipertensión arterial; HT+2A: histerectomía total + doble anexectomía; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; IUU: incontinencia urinaria de urgencia.

Tabla 3 Serie pesarios vaginales (2008-2011). Características clínicas

N	Citología	Cultivo	Eco. Vag	Lesiones	Discontinua	Otros datos
1	Negativas	Negativos	LE = 12 mm Pólipo e	No	No	Histeroscopia pólipo e no
2	Negativas	Negativos	Atrofia Hidrómetra	Sangra Mucosa vaginal Cara later. Izq.	No	No
3	Negativas	Negativos	Atrofia	No	No	No
4	Negativas	Staphylococcus Aureus	Atrofia	Sangra Mucosa vaginal cara later izq	Parcial	Vulva macerada por IU
5	Negativas	E. coli Proteus mirabilis Enterococcus faecalis	Hidrómetra Q. follicular OI 38 mm	Sangra Erosión vaginal	Parcial	CA 125 = 48,3 B-HCG = 4,7 No intervención
6	Negativas Vaginitis severa	Staphylococcus Aureus	Atrofia	Sangra Erosión vaginal	No	Varices vulvares
7	Negativas	Candida albicans	Atrofia	No	No	Pendiente intervención
8	Negativas	Candida albicans	Pelvis libre	No	No	No
9	Negativas	Negativos	Atrofia Pólipo e	No	No	Pendiente intervención

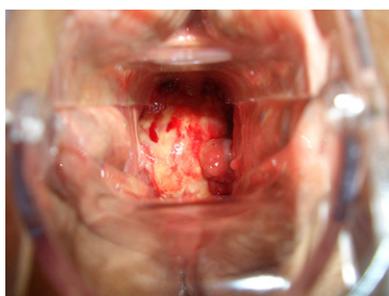


Figura 2 Caso n.º 4.
Mujer de 92 años. Lesiones vagilanes y sangrado.

estrógeno débil. El caso 4, mujer de 92 años, presentaba también la vulva macerada y con lesiones irritativas, por la incontinencia urinaria.

Debido al tratamiento de los sangrados, en los casos 4, 5 y 6, hubo discontinuación parcial de uso del pesario. Lo retiramos durante un tiempo, 1-2 meses, hasta que curaron las lesiones.



Figura 3 Caso n.º 6.
Mujer de 76 años. Lesiones vagilanes y sangrado.

El caso n.º 5, la mujer de 96 años, que tenía en la ecografía vaginal un quiste simple de 38 mm en OI, presentaba entre los marcadores tumorales un CA 125 de 48,3 U/ml, aumentado, y mantenido en el tiempo. Se le propuso laparoscopia quirúrgica, pero la familia no aceptó la intervención.

Como ya se ha dicho, los casos más recientes, 7 y 9, el pesario se indicó como paliativo corrector de las molestias que aquejaban mientras esperan ser llamadas para la intervención vaginal.

En resumen: los pesarios se utilizan en mujeres mayores o muy mayores, que tienen contraindicada la cirugía del prolapso por afecciones médicas de riesgo, o previamente a la cirugía o cuando esta ha fracasado. La media de uso del pesario ha sido 3 años. Los problemas principales han sido erosiones vaginales con sangrado en 4/9 casos (44,44%), y las infecciones vaginales con cultivo positivo en 5/9 casos (55,55%).

Discusión

Las consecuencias urológicas de los prolapso severos⁷, con repercusión en las vías urinarias superiores, con distensión pielocalicial e insuficiencia renal progresiva. Pueden desaparecer si se corrige el prolapso en tiempo breve, incluso con el pesario.

Se han descrito complicaciones mayores con el pesario vaginal.

Puede haber fístula vesicovaginal causada por el pesario⁸ durante años, en una mujer de 85 años. A mayor atrofia, mayor erosión del pesario. Otro caso de fístula vesicovaginal en una mujer de 89 años⁹, con pesario olvidado 3 años, migró dentro de la vejiga, produjo fístula de 4 cm. Se extrajo bajo anestesia y se reparó la fístula a las 6 semanas con tratamiento de estrógenos. Olvidar el pesario trae complicaciones. La prevención es con educación de la paciente en el autocuidado, los estrógenos locales, que el pesario acomode

bien, y el seguimiento: mirando las erosiones vaginales o úlceras, y tratándolas. Influye también el estado nutricional de la anciana.

Nosotros tuvimos una fístula vesicovaginal por cuerpo extraño en la vagina, un tapón de plástico, que estaba calcificado, retenido años como diafragma sexual en una mujer de 64 años¹⁰.

Puede haber fístula rectovaginal causada por el pesario¹¹ en una mujer de 70 años cuando está impactado. Requiere extracción bajo anestesia y reparación de la fístula. Lo llevaba 3 años sin revisar. Al menos una vez al año hay que ver la vagina.

Se puede producir encapsulamiento o enterramiento del pesario en mujeres posmenopáusicas¹²; en una mujer de 75 años estaba clavado en la vagina, fijo, por puentes de epitelio. No quiso extraérselo.

Con expulsión parcial del pesario puede haber impacción, y migración a vejiga o a recto¹³. En una mujer de 81 años, llevaba el pesario desde los 53 años por prolapso. Desde los 70 años no hizo seguimiento. Tuvo expulsión y trayecto de fístula cutánea a periné. Se extrajo.

En una mujer de 85 años, al examen se apreciaron apéndices epiploicos fuera del introito¹⁴, edematizados y aumentados, no reductibles, por defecto de 4 cm en la cara posterior vaginal. En la TAC, tomografía axial computarizada, había prolapso del colon sigmoide por el defecto, causado por el pesario.

Puede haber una evisceración vaginal en el momento de inserción del pesario¹⁵, en una mujer de 82 años con prolapso IV. El pesario se desplazó al abdomen. Se extrajo, y se trató con una colpocleisis de Le Fort en la misma sesión. Había un defecto de 5 cm en el ápex vaginal.

Más importante aún, el cáncer vaginal. El cáncer vaginal primitivo es poco frecuente, 2-3% de los cánceres ginecológicos (es el menos frecuente). Se da tras la menopausia, favorecido por histerectomía previa, por prolapso, por irradiación anterior, o por el uso prolongado del pesario. En una serie de 72 casos primitivos, de 1956 a 1968 en la Fundación Curie¹⁶, hubo 7 casos con pesario (10%), el pesario lo llevaban más de 5 años e influye el trauma crónico.

El hiato genital va del meato uretral externo a la horquilla vaginal posterior. Se estudió el tamaño del hiato genital en mujeres con prolapso, tras el uso del pesario¹⁷. En 90 mujeres de 62 años de media, con paridad media de 3 hijos, y el 87,7% posmenopáusicas. De ellas, 42 (47%) usaron el pesario más de 3 meses. Tras 2 semanas de uso, el hiato genital pasó de 4,8 +- 1,6 cm a 4,1 +- 1,2 cm ($p < 0,001$), y persistió a los 3 meses en 3,9 +- 1,1 cm ($p < 0,001$). Tras 3 meses de uso del pesario, el hiato genital disminuye significativamente. Un hiato pequeño es mejor, para los síntomas, y para el progreso del prolapso y la recurrencia.

El uso del pesario podría revertir el prolapso al quitarlo¹⁸, esto es lo que se dice de 6 casos en 10 años, con edades de 71, 80, 73, 64, 67 y 82 años, con media de uso de 27,5 meses (13-73), y media de observación de 42 meses (24-65). El pesario repone el útero durante la implantación, y después de quitarlo no recurrió. La inflamación produce fibrosis e impide el descenso del útero.

El pesario puede servir de test preoperatorio para el manejo del prolapso genital severo¹⁹, para ver IUU, incontinencia urinaria de urgencia. Se utilizó en 82 casos. De ellos, 43 fueron a cirugía, con TVT-O (operación de cinta vaginal

sin tensión- transobturador); y 39 a cirugía solo del prolapso. En los casos de IUU se recomienda TVT-O.

Con prolapso sintomático en 554 mujeres, se comparó el pesario (en 354) y la cirugía (en 195), con un cuestionario a un año en 2002-2007²⁰. Hubo mejoría significativa en ambos grupos, en las funciones urinaria, intestinal y sexual, y en la calidad de vida. Con la cirugía aumentó la frecuencia de coito, de 46 a 54% ($p = 0,028$). Con el pesario de anillo no hace falta quitarlo para el coito. Con pesario, 243 casos (68%), continuaron su uso a un año. Con la cirugía hay un riesgo de 13% de reoperación, la recurrencia está subestimada.

Si se compara el coste-eficacia de los tratamientos del prolapso en posthisterectomizadas²¹, a un año, en 3 grupos: expectante, pesario y cirugía reconstructiva, el pesario cuesta 10.000 dólares y la cirugía 15.000 dólares. Hay que tener en cuenta los costes para decisión sobre el tratamiento efectivo para la paciente, y por extensión, para la comunidad, máxime ahora en época de recursos disminuidos.

El pesario de anillo puede ponerse en cualquier caso de prolapso. En una serie en Tailandia, en 2007-2009, de 100 casos de prolapso, 71% en estadios III-IV se usó pesario²². Eran mujeres de edad media 71 años (44-86) y paridad media 4 (1-17 hijos). El 92% menopáusicas y el 17% con histerectomía previa. Se consideró éxito si el uso era mayor de 2 semanas. El éxito en 62 (62%) y 52% lo usaba a 13 meses de media (2-31 meses). La discontinuación más frecuente fue por expulsión, en 29,1% (23/77). El automanejo mejoraría los efectos adversos. Hubo erosión vaginal en 13 casos (21%).

Otra serie en Tailandia, en 2007-2008, con 40 mujeres que usan pesario²³. La edad media fue 70,4 años, la paridad media 4. Las razones de uso fueron los riesgos y el miedo a la cirugía en 25 casos (62,5%). Hubo erosión vaginal en un caso. En 37 casos (92,5%), estaban satisfechas con su uso.

Las experiencias de las mujeres con el uso del pesario por prolapso o incontinencia urinaria (IU). Se estudian con entrevistas en 2007, de 45-90 minutos, a 11 mujeres posmenopáusicas²⁴. El pesario es un cambio en la vida y un proceso de aprendizaje. Permite soporte a libertad de ser activa y con vida social. La elección del pesario es individual, y no solo física sino psicológica y emocional. Con IU hay distress e implicaciones sociales, vergüenza y disminución de la autoestima.

En 8/11, el cuidado en la clínica. No tienen confort psicológico tocándose ellas mismas. «No es lo mío», dicen. Tienen miedo a no ponérselo bien. En 3/11, autocuidado. Con ayuda de las enfermeras en la clínica. Tienen confianza y flexibilidad, en el aprendizaje y adaptación, nuevo aspecto en su vida. Con el pesario es una vida diferente. Ahora «puedo hacer lo que quiera e ir donde quiera sin preocuparme». Activa, social, libre, sin preocupaciones en público. Antes, con la IU, sacrificio de actividades sociales y sexuales, aislamiento y disminución de la calidad de vida.

En XII- 2005 a I-2006, 2 meses, estudio de calidad de vida y función sexual, antes y después del uso del pesario, con prolapso sintomático²⁵. Se aplicó el índice de la función sexual femenina con 19 preguntas, el cuestionario Sheffield del prolapso de 25 preguntas, y el cuestionario King's Health para calidad de vida. Antes y a los 3 meses de uso, a 73 mujeres, de ellas 31 sexualmente activas. Se hacía una

llamada telefónica a 6 y 12 meses. Hubo mejoría en el deseo, lubricación y satisfacción sexual, pero el orgasmo igual. El pesario mejora los síntomas de vejiga hiperactiva. El pesario aumenta la función sexual y el bienestar general. A un año siguen usando el pesario 32 casos.

La edad media era 70,3 años (45-89), paridad media 2 (0-4), y eran 63 posmenopáusicas (12 de ellas con THS, tratamiento hormonal sustitutivo). Dejaron el pesario 41 casos: 10, no lo usaban en las actividades del día (13,7%); 9, por deseo de la operación; 7 (11,3%), por IUU de nuevo; 6 (9,6%), por inhabilidad para ponérselo o quitárselo; 4, por dolor o disconfort, y 5 por razones inespecíficas.

En 2008-2009, otro estudio de uso del pesario y el impacto en los síntomas del prolapso, calidad de vida e imagen corporal²⁶, con 3 cuestionarios, y uso del pesario 3 meses, comparación antes y después, en 75 casos que se quedaron en 54. El uso del pesario reduce los síntomas, mejora la calidad de vida y la percepción de la imagen corporal en la mujer, de forma significativa.

Un estudio²⁷, con un cuestionario por correo en el Reino Unido, a 1.173 mujeres; 640 (54,6%) lo devolvieron cumplimentado, 555 (86,7%) usaban pesario. Lo cambiaban cada 3-6 meses, 129/555 (23,3%), tuvieron complicaciones 40,3%; 372 (67%) lo cambiaban cada 6 meses, complicaciones en 35,2%, y 54 (9,7%) lo cambiaban cada 6-12 meses, complicaciones en 18,5%. La discontinuación fue: por expulsión involuntaria, 54% (268/496); por disconfort, 27,4% (136/496); por sangrado + infección, 7,8% (39/496); por aversión al cambio en el procedimiento y deseo de cirugía, 10,7% (53/496). El régimen coste-efectivo es cambio cada 6 meses. Pero para el seguimiento de pacientes cada 12 meses. Hubo infección y sangrado en 40,3% a 3 meses (52/129) y en 35,2% a 6 meses (131/372).

En otro estudio, de 1992-2002, con uso mínimo de pesario 6 años, y seguimiento de 10 años²⁸, se vio la tasa de discontinuación y eventos adversos. En 273 mujeres con pesario de anillo, o con pesario Introl, con 2 cuernos, para la IU. En 167 casos lo usaron 4 semanas, éxito (45 de anillo y 122 Introl). Hubo complicaciones en 93 (56%), y en 38 (23%) más de una complicación. La edad media era 68,3 años (34-93), la paridad media 2,5 (0-9), y 91% posmenopáusicas. La media de uso 7 años (rango 2,25-13,9 años). La sorpresa del estudio fue: 56,28% la tasa de complicaciones, 94/167. La mayoría dejan el pesario: 29,9% (50/167), pasan a cirugía, y 16,1% (27/167) no quieren seguir. Complicaciones: sangrado, 44-46,8%; leucorrea, 24-25,5%; dolor-estreñimiento, 24-25,5%; extrusión, 26-27,6%; incontinencia, 3-3,19%.

Finalmente, de nuestra serie, de 9 casos durante 4 años, sobre 23.719 consultas, el 0,03% de incidencia. Mujeres de 70-96 años (media, 83 años), paridad 2-6 (media, 3,77); y edad media a la menopausia, 50,66. Años de uso 1-5, media 3 años. Mujeres que tienen contraindicada la cirugía por sus problemas médicos (cardiopatías) o ya intervenida y que ha recurrido el prolapso de cúpula vaginal, o en espera de intervención. Los problemas principales han sido: el sangrado por la erosión vaginal en 4/9 (44,44%). Y la infección vaginal con leucorrea en 5/9 (55,55%), que se han resuelto con tratamiento antibiótico, estrógenos locales y medidas de higiene, junto a la discontinuación del pesario unas semanas. Las medidas de higiene y el cuidado habituales son necesarias para un uso a largo plazo el pesario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23:555-73.
2. Kuncharapu I, Majeroni BA, Johnson DW. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician*. 2010;81:1111-7.
3. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;156:125-30.
4. Atnip ShD. Uso de pesarios y tratamiento del prolapso de los órganos pélvicos, en *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*. En: Schaffer JI, editor. *Medicina pélvica y Cirugía reconstructiva en la mujer*, 36. Saunders, 2010: Elsevier-Masson; 2009. p. 541-63.
5. Hughes D, Schaffer JI. Prolapso de órganos pélvicos. Tratamiento no quirúrgico. En: WILLIAMS *Ginecología*, de Schorge, Schaffer, Halverson, Hoffman, Bradchaw y Cunningham. 1ª ed. 2009, cap 24, p. 545-9.
6. Conquy S, Costa P, Haab F, Delmas V. Traitement non chirurgical des prolapsus. *Prog Urol*. 2009;19:984-7.
7. Gironnet I, Martin-Dupont Ph, Cosnefroy MC, Brun G. Conséquences urologiques des prolapsus génitaux sévères. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1986;81(6-7):351-5.
8. Popli K, Ranka P, Mustafa FA. Massive vesico-vaginal fistula caused by a shelf pessary. *J Obstet Gynecol*. 2007;27:635-6.
9. Arias BE, Ridgeway B, Barber MD. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J*. 2008;19:1173-8.
10. Picurelli L, Lopez-Olmos J, Sendra A, Tramoyeres A. Fistula vesicovaginal por cuerpo extraño en vagina. *Actas Urol Esp*. 1997;21:511-2.
11. Powers K, Grigorescu B, Lazarou G, Greston WM, Weber Th. Neglected pessary causing a rectovaginal fistula. A case report. *J.Reprod Med*. 2008;53:235-7.
12. Stephan WB, Zaaizhan J, du T. Retention of a vaginal ring pessary in a postmenopausal patient. *SAMJ*. 2007;97:552.
13. Berger J, Van der Bosch T, Deprest J. Impaction after partial expulsion of a neglected pessary. *Obstet Gynecol*. 2009;114:468-70, part 2.
14. Mohammed M, Sidra L, Haldipur N, Unutgbe A. Incarcerated appendices epiploicae through the posterior vaginal defect secondary to a ring pessary. *J Obstet Gynecol*. 2008;28:252-4.
15. Rubin R, Jones KA, Harmanli OH. Vaginal evisceration during pessary fitting and treatment with immediate colpocleisis. *Obstet Gynecol*. 2010;116:496-8.
16. Rousseau J, Fenton J, Mathieu G, Taleb M. Les cancers vaginaux primitifs de l'adulte. A propos de 72 cas traités à la Fondation Curie de 1956 à 1968. *Bull Cancer*. 1977;64:429-42.
17. Jones K, Yang L, Lowder JL, Meyn L, Ellison R, Zyczynski HM, et al. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2008;112:630-6.
18. Matsubara S, Ohki Y. Can a ring pessary have a lasting effect to reverse uterine prolapse even alter its renewal? *J Obstet Gynecol Res*. 2010;36:459-61.
19. Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C, Creatsas G. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;155:110-3.
20. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2011;23:273-8.

21. Hullfish KL, Trowbridge ER, Stukenburg GJ. Treatment strategies for pelvic organ prolapse: a cost-effectiveness analysis. *Int Urogynecol J*. 2011;22:507–15.
22. Manchana T. Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284:391–5.
23. Sitavarin S, Wattanayingcharoenchai R, Manonai J, Sarit-Apirak S, Chittacharoen A. The characteristics and satisfaction of the patients using vaginal pessaries. *J Med Assoc Thai*. 2009;92:744–7.
24. Storey S, Aston M, Price S, Irving L, Hemmens E. Women's experiences with vaginal pessary use. *J Adv Nurs*. 2009;65:2350–7.
25. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril*. 2009;91:1914–8.
26. Patel M, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala Ch A. Impact of pessary use on prolapse symptoms quality of life, and body image. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:e1–4.
27. Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: A UK-based survey. *J Obstet Gynecol*. 2009;29:129–31.
28. Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG*. 2009;116:1715–21.