



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



PROTOCOLOS SEGO

Prolapso genital (actualizado junio 2013)



Genital prolapse (updated June 2013)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Definición del problema

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. Es pues una variedad de hernia a través del hiato urogenital, que puede generar una enfermedad *multisistémica* con un enfoque *multidisciplinar*, constituyendo una parte importante de la *disfunción del suelo pélvico* y que puede asociar diversos procesos como:

- Disfunción urinaria: incontinencia urinaria, manifiesta u oculta, problemas de vaciado vesical, infecciones urinarias de repetición y vejiga hiperactiva.
- Diversos tipos de prolapsos y en diferentes grados.
- Disfunción defecatoria.
- Disfunción sexual.
- Dolor pélvico crónico.

El 11,8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. Supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.

La población diana está compuesta por mujeres que consultan por el síntoma de sensación de bulto genital, asociado o no a otros síntomas sugestivos de disfunción del suelo pélvico y que afectan a su calidad de vida.

Tipos de prolapso

- *Descenso de la pared vaginal anterior:*
 - Uretrocele.
 - Cistocele: central, lateral, combinado.
 - Ambos: cisto-uretrocele.

- *Descenso del cérvix, de la cúpula vaginal (en mujeres sin útero) o del fondo de Douglas:*
 - Prolapso uterino.
 - Prolapso de cúpula vaginal.
 - Enteroccele.
- *Descenso de la pared vaginal posterior:*
 - Rectocele.

En algunas pacientes el prolapso genital se acompaña de desgarros perineales y defectos del músculo elevador del ano.

Clasificación de los estadios del prolapso

La clasificación POP-Q simplificada propuesta por la Sociedad Internacional para la Continencia-Asociación Internacional de Uroginecología (ICS-IUGA) define los prolapsos en (<http://www.icsoffice.org>):

- *Estadio I.* El punto más declive del prolapso se encuentra situado a más de 1 cm por encima de los restos del himen.
- *Estadio II.* El punto más declive del prolapso se encuentra en el área situada entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo de los restos del himen.
- *Estadio III.* El punto más declive del prolapso se encuentra situado a más de 1 cm por debajo de los restos del himen.
- *Estadio IV.* Es el prolapso total, en que la mucosa vaginal está completamente evertida.

Factores de riesgo

- *Factores predisponentes:* constitucional, por posibles alteraciones del tejido conectivo.
- *Factores favorecedores:* embarazo y parto.

Correo electrónico: sego@sego.es.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.004>

0304-5013/© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

- **Factores agravantes:** envejecimiento, obesidad, cirugía pélvica previa y todas aquellas situaciones que condicionan un incremento crónico de la presión abdominal.

Clínica

El prolapso genital en sus estadios iniciales suele ser asintomático, siendo un hallazgo casual en la exploración ginecológica. El síntoma fundamental del prolapso es la sensación de bulto genital. Este síntoma se asocia de forma independiente a la gravedad del prolapso.

Otros síntomas que pueden asociarse al síntoma principal son: la urgencia miccional, el aumento de la frecuencia miccional, la incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia y sensación de dificultad miccional y de vaciado incompleto.

Algunas pacientes refieren también dificultades ano-rectales: dificultad defecatoria (defecación obstructiva) que precisa maniobras manuales para expulsar las heces.

El prolapso genital sintomático puede asociarse a disfunciones sexuales, siendo la más frecuente la dispareunia.

Diagnóstico

Anamnesis

Tras realizar la anamnesis general de cualquier paciente ginecológica, debe realizarse un interrogatorio dirigido a identificar los síntomas citados en el apartado anterior. Es importante averiguar el tiempo de evolución, la gravedad y la afectación que estos síntomas condicionan en la calidad de vida de la mujer (grado de recomendación A).

Exploración física: (grado de recomendación A)

- Inspección de genitales externos, para identificar la presencia de cicatrices o desgarros perineales.
- Exploración ginecológica habitual de los genitales internos.
- Exploración ginecológica sistemática de las paredes vaginales con valvas vaginales o con el espéculo desarticulado, para establecer los tipos y estadios del prolapso, así como el trofismo de los tejidos.
- Test de esfuerzo para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso.
- Test de esfuerzo con el prolapso reducido para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta.
- Evaluación del tono, de la capacidad contráctil y de los posibles defectos y asimetrías de los músculos elevadores del ano.
- Exploración ano-rectal.

Pruebas complementarias

- Ecografía ginecológica.
- Analítica de orina en mujeres con síntomas urinarios.
- Valoración del residuo posmiccional, sobre todo si presenta clínica de disfunción de vaciado o dificultad miccional. Dicha valoración puede realizarse por ecografía o por cateterismo posmiccional.

- Estudio urodinámico, que es opcional. Se recomienda en las mujeres que presentan sintomatología urinaria, fundamentalmente en las mujeres candidatas a la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso.

Tratamiento

Dependerá esencialmente de la clínica y de la afectación de la calidad de vida de la paciente.

Tratamiento médico conservador

Una vez diagnosticado un prolapso se puede optar por medidas conservadoras cuando el proceso no afecte a la calidad de vida, no produzca clínica, esté contraindicada la cirugía o cuando sea deseo de la paciente (grado de recomendación C).

El tratamiento conservador comprende los siguientes pasos:

- Eliminar o minimizar los factores de riesgo.
- Intervención sobre el estilo de vida.
- Tratamiento hormonal local, si procede.
- Ejercicios del suelo pélvico: aunque no modifican el grado de prolapso, sí previenen el deterioro posterior, mejoran la calidad de vida y mejoran las condiciones locales para la eventual cirugía (grado de recomendación B).
- Pesarios (grado de recomendación B).

Tratamiento quirúrgico

El prolapso genital es una dolencia que afecta fundamentalmente a la calidad de vida de la mujer. En el tratamiento quirúrgico del prolapso, se deben considerar las expectativas de la paciente con este tratamiento y los resultados obtenidos con las diferentes opciones quirúrgicas.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es:

- Obtener un buen resultado anatómico de forma que el síntoma principal (sensación de bulto genital) quede resuelto desde el punto de vista de la paciente.
- Procurar una mejoría de las disfunciones identificadas en el estudio preoperatorio y que por su naturaleza puedan ser corregidas quirúrgicamente.
- Aplicar medidas encaminadas a prevenir la recurrencia del síntoma de prolapso y la aparición de nuevas disfunciones.

Estos objetivos no siempre son alcanzables y dependen en gran medida de las características de la paciente y de la presencia de factores de riesgo de recidiva antes mencionados.

Elección del procedimiento quirúrgico

Los procedimientos quirúrgicos pueden ser:

- **Obliterantes:** aquellos procesos que persiguen el cierre del hiato genital para contener el prolapso.
- **Reconstructivos:** tienen la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional:

- Con o sin histerectomía concomitante.
- Con cirugía asociada de incontinencia urinaria y fecal.
- Con eventual empleo de mallas.

Vía de abordaje

Vaginal, abdominal abierta o laparoscópica.

Indicación de la cirugía

En el caso de los prolapsos sintomáticos que provoquen sensación de bulto genital en la mujer en un estadio II o superior.

Técnicas quirúrgicas reconstructivas

Compartimento anterior. Reparación de un cistocele

El tratamiento dependerá del tipo de defecto: cistocele central, lateral (defecto paravaginal) o combinado.

Cistocele central: colpoplastia anterior

- Colpotomía: extirpando la menor cantidad posible de vagina para conservar el eje y la estática vaginal.
- Diseccionar la *muscularis vaginal* de la mucosa vaginal para identificar el defecto central.
- Continuar la disección ultralateralmente para comprobar que no hay un defecto paravaginal.
- Reparación de la *muscularis vaginal* con una o 2 suturas de reabsorción ultralenta según la técnica clásica de plicatura. Una primera capa con puntos entrecortados frunciendo (plicatura) sin tensión la *muscularis vaginal* y una segunda capa en sutura continua enterrando la primera.
- Si se asocia con incontinencia urinaria de esfuerzo se aplicará el tratamiento oportuno según protocolo específico.
- Sutura de la vagina con puntos entrecortados o sutura continua con material de absorción lenta, controlando que se mantenga una adecuada inclinación del eje de la vagina.
- El empleo profiláctico de mallas para el cistocele central no se recomienda en la actualidad, por la morbilidad concomitante.

Cistocele lateral: defecto paravaginal

El defecto paravaginal indica que hay un fracaso de la inserción de la fascia en el arco tendíneo. El tratamiento deber ser diferente que en el defecto central.

- Reparación vaginal del defecto lateral con puntos de suspensión paravaginal al arco tendíneo de la fascia pélvica (al menos 3), que posteriormente se suturarán a la mayor cantidad posible de muscular rota hasta cerrar el defecto.
- Reparación vaginal con empleo de malla anterior:
 - Malla libre de tensión de polipropileno y poro ancho.
 - No extirpar la vagina sobrante.
 - Procurar incisiones vaginales poco extensas, para minimizar las erosiones.

Compartimento medio: prolapso apical

Comprenden el prolapso uterino, el prolapso cervical (elongación cervical) y el prolapso de la cúpula vaginal

Prolapso uterino. Extirpación del útero: histerectomía vaginal

- Exéresis del útero, según técnica clásica.
- Fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros y parametrios, para prevenir recidivas.
- Corrección del enterocele y del saco herniario, si lo hubiere.
- No se recomienda el empleo profiláctico de mallas por el aumento de la morbilidad.

Prolapso uterino. Conservación uterina: histeropexia

- Actualmente existen algunas indicaciones para conservar el útero, ya sea por deseo expreso de la paciente o como medida de preservación de la fertilidad.
- Las técnicas quirúrgicas para la fijación del útero precisan material protésico, tanto si son por vía vaginal como por vía abdominal (abierta o por laparoscopia).

Prolapso de cérvix: extirpación del cérvix

Indicada en casos de elongación cervical con dificultad para extirpar el útero y eventualmente para conservar la fertilidad.

Prolapso de cúpula vaginal

Existen diversas técnicas de fijación de la vagina así como diferentes vías de abordaje: abdominal (abierta o laparoscópica) o vaginal.

Abordaje abdominal: promontofijación (*sacrocolpopexia*)

- Esta técnica siempre utiliza mallas para fijación de la vagina al promontorio sacro. Puede hacerse por laparotomía o por laparoscopia. Con la evidencia científica actual, esta técnica es la que ha demostrado mejores resultados a corto y a largo plazo.

Abordaje vaginal

- Fijación uni- o bilateral de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso con puntos irreabsorbibles (técnica de Richter).
- Inserción de malla. En los casos de recurrencia del prolapso de cúpula con cirugía clásica y de forma seleccionada según la gravedad del prolapso, o con previsión de alto riesgo de recurrencia.

Compartimento posterior: reparación del rectocele

- Reparación del tabique recto-vaginal mediante fruncido central del mismo.
- No se recomienda la miorrafia de los elevadores (nivel de evidencia 1).
- Perineorrafia optativa con reparación de los desgarros clínicamente significativos.

Técnicas quirúrgicas obliterantes de la vagina

La colpocleisis se emplea en pacientes de edad avanzada, con aceptación de la consecutiva incapacidad para mantener relaciones sexuales coitales, con importantes prolapsos o recidivas en las que se prevea un riesgo quirúrgico para cirugía reconstructiva.

Estudio preoperatorio

- Valorar el riesgo quirúrgico preoperatorio.
- Valorar la sintomatología y la afectación de la calidad de vida.
- Tratamiento de la atrofia vaginal con estrógenos locales.

Cuidados postoperatorios

- Retirar la sonda vesical precozmente.
- Promover dieta rica en residuos para evitar el estreñimiento.
- Cuidados locales.
- Evitar relaciones sexuales, baños y esfuerzos físicos.
- En caso de malla sin tensión, aunque no existen evidencias, se suele mantener el taponamiento vaginal durante 48 h.

Los protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

Niveles de evidencia

- Nivel 1. Revisiones sistemáticas. Metaanálisis. Estudios aleatorizados de buena calidad
- Nivel 2. Estudios aleatorizados individuales, entre los que puede existir algún tipo de inconsistencia en el tamaño de la muestra o la posibilidad de sesgo. Estudios observacionales prospectivos de buena calidad
- Nivel 3. Estudios de casos y controles
- Nivel 4. Opinión de expertos

Grados de recomendación para los tratamientos

- Grado A de recomendación: basado en nivel de evidencia 1
- Grado B de recomendación: basado en nivel de evidencia 2 y 3
- Grado C de recomendación: basado en nivel de evidencia 4

Bibliografía recomendada

- Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol*. 1988;(Suppl 114):5–19.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167–78.
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, et al. The standardization of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:10–1.
- Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:10–7.
- Carmona M, Espejo E, Tallada M. Valoración de las disfunciones del suelo pélvico. Estandarización de la terminología. *Arch E Urol*. 2002;55:983–8.
- Carmona M, Marcos J. Cirugía del prolapso genital. *Progr Obstet Ginecol*. 2002;45 Suplemento 1:2.
- Cundiff W, Addison W. Tratamiento no quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales*. 1998;4:869.
- Haylen BT, Chetty N. International Continence Society 2002 Terminology Report. Have urogynecological diagnoses been overlooked? *Int Urogynecol J*. 2007;18:373–7.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21:5–26.
- Jackson S, Smith P. Diagnosing and managing of genitourinary prolapse. *B Med J*. 1997;314:875.
- Maher C, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic prolapsed in women. A short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn*. 2008;27:3–12.
- Maher C, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic prolapsed in women. The updated summary versión Cochrane review. *Int Urogynecol J*. 2011;22:1445–7.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic prolapsed in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;CD004014.
- Swift SE, Tate SB, Nichols J. Correlation of symptomatology with degree of pelvic organ support in a general population of women: What is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:372–9.
- Swift SE, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition and epidemiology of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:795–806.
- Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. Evaluación y tratamiento del prolapso de órganos pélvicos. Recomendaciones del Comité Científico Internacional. París, julio 2002. *Br Med J*. 2002;324:1258–62.
- Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2001;12:178–86.