

PROLAPSO GENITAL EN LA MATERNIDAD “CONCEPCIÓN PALACIOS”

Luisa Obregón Y, Arturo Saunero O, Susan Díaz R

RESUMEN: Objetivos: Evaluar la prevalencia del prolapso genital, factores relacionados, tratamiento y complicaciones en pacientes hospitalizadas durante el año 2003.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico. Se revisaron los libros de admisiones desde el 01/01/2003 hasta 31/12/2003, seleccionando las pacientes con alteraciones del piso pélvico. Se evaluaron los factores asociados: edad, embarazos, partos, incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), fibromatosis uterina, intervenciones ginecológicas previas. Se clasificaron los tipos y grados de prolapsos, tratamientos y complicaciones.

Resultados: De 21 144 ingresos para 2003, se seleccionaron 2 616 con edad ≥ 35 años, de las cuales 423 fueron casos ginecológicos con patología quirúrgica y sólo 47 (11 %) presentaron prolapso. El promedio de edad fue $56,65 \pm 11,5$ años, el 93 % refirió síntomas de peso, tumor vaginal o incontinencia urinaria. El promedio de embarazos $5,7 \pm 3,2$ y de partos $4,9 \pm 2,6$. Los factores asociados más frecuentes fueron la fibromatosis uterina en 11 % y la histerectomía abdominal previa en 8,5 %. El tipo de prolapso más frecuente fue el histerocele (51 %), cistocele II y III ° + rectocele (36 %) y de cúpula vaginal (11 %). La intervención quirúrgica más realizada fue histerectomía vaginal, en menor número la histerectomía abdominal, colposuspensión de Burch, sacropexia y colpoperineoplastia. Hubo 14 % de complicaciones intraoperatorias.

Conclusiones: La frecuencia de hospitalizaciones para corrección de prolapso genital es muy baja, el histerocele avanzado sintomático es el más frecuente, son pacientes de edad avanzada, múltiparas, los factores relacionados la fibromatosis uterina y la histerectomía abdominal previa. La intervención más realizada la histerectomía vaginal y el porcentaje de complicaciones intraoperatorias fue importante.

Palabras clave: Prolapso genital, Disfunción del piso pélvico.

ABSTRACT: Objectives: To assess the prevalence of genital prolapse, related factors, treatment and complications in patients hospitalized during 2003.

Method: Descriptive, retrospective, epidemiologic. We reviewed the books of admissions from 01/01/2003 until 31/12/2003, by selecting patients with pelvic floor disorders. We evaluated the factors associated with age, pregnancy, childbirth, urinary incontinence, uterine fibromatosis, prior gynecological interventions. Ranked the types and degrees of prolapse, treatments and complications.

Results: Of 21 144 income for 2003 was 2 616 identified with age ≥ 35 years, of which 423 were cases with gynecologic surgical pathology, and only 47 (11 %) had prolapse. The average age was 56.65 ± 11.5 years, 93% said weight symptoms, urinary incontinence or vaginal tumor. The average pregnancy 5.7 ± 3.2 and 4.9 ± 2.6 births. The associated factors were the most frequent uterine fibromatosis in 11 % after abdominal hysterectomy and 8.5 %. The most common type of prolapse was histerocele (51 %), II and III cystocele rectocele II ° (36 %) and vaginal vault (11 %). The surgery was performed more vaginal hysterectomy, fewer abdominal hysterectomy, Burch colposuspension, sacropexia and colpoperineoplastia. There were 14 % of intraoperative complications.

Conclusions: The frequency of hospitalization for correction of genital prolapse is very low, the advanced histerocele is the most common symptoms are the elderly, multiparous, related factors and the uterine fibromatosis after abdominal hysterectomy. The most accomplished vaginal hysterectomy and the rate of intraoperative complications was significant.

Key words: Genital prolapse, Pelvic floor, Dysfunction.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es un defecto del soporte anatómico o el daño a la inervación de los músculos, tejidos conectivos de la fascia endopélvica y de su contenido: útero, vagina, vejiga e intestinos. Se clasifican según sus síntomas en alteraciones del compartimiento anterior, donde están implicadas las funciones sexuales y urinarias: incontinencia y protrusión de vejiga, vagina y útero y del compartimiento posterior relacionado con la función colorrectal incontinencia fecal y desordenes evacuatorios⁽¹⁾.

Representa un problema importante en ginecología ya que su prevalencia en mujeres de 50 a 70 años llega a un 40 % y de cada dos mujeres mayores de 50 años que acuden a la consulta una de ellas tendrá algún tipo de prolapso genital, altera la calidad de vida y cada día aparecen nuevas tecnologías para su tratamiento⁽²⁾. La frecuencia del prolapso reportada es muy variable dependiendo de la población estudiada, así como de los criterios utilizados para su diagnóstico, en estudios de grandes poblaciones como el de WHI el 40 % reportó algún grado de prolapso y se evidenció un 14 % de histerocele⁽³⁾. Estudios norteamericanos y australianos, señalan prevalencia entre 30 % a 40 % con un riesgo quirúrgico por prolapso o incontinencia urinaria de 11,1 % a los 80 años y un 29,2 % requirió una segunda cirugía más frecuente en nulíparas que en hombres, por ello es una patología de género⁽⁴⁻⁶⁾.

En Latinoamérica utilizando el método de las encuestas, en Buenos Aires en 483 mujeres de 24 a 85 años, el 49 % reportó pérdida de orina, de ellas el 90 % no consultó ni realizó algún tratamiento y sólo el 52 % reportó alteración de su calidad de vida⁽⁷⁾. En otra encuesta aplicada en una población rural de El Salvador se encontró una alta incidencia de incontinencia urinaria (71 %) y fecal (41 %)⁽⁸⁾.

En Colombia en un estudio de 240 pacientes 72 % reportó sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo en los prolapsos de segundo grado y estaban asociados a multiparidad, edad mayor de 60 años y menopausia⁽⁹⁾. En otro estudio de 102 casos, el 74,5 % tenían prolapso de tercer grado de III ° y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas de ese centro asistencial son por cura de prolapso⁽¹⁰⁾. En Venezuela D'Elia Obregón y col.⁽¹¹⁾ estudiaron 106 pacientes jóvenes de 2 hospitales públicos, con IUE y con prolapsos avanzados para corrección quirúrgica.

La patogénesis del prolapso genital no está totalmente

aclarada, aunque se ha comprobado que es de etiología multifactorial. Los factores implicados confirmados son: edad avanzada, parto vaginal, trauma obstétrico, embarazo, historia familiar, etnicidad sobrepeso y obesidad, y constipación; los factores probables son: variables intraparto (macrosomía, período expulsivo prolongado, episiotomía, analgesia epidural), incrementos de la presión intraabdominal, menopausia, cirugía pélvica previa, condiciones médicas asociadas como diabetes y alteraciones tiroideas, trastornos del tejido conjuntivo relacionados a la deficiencia de colágeno, enfermedades congénitas⁽¹⁻⁴⁾.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico. Se revisaron los libros de admisiones de la Maternidad "Concepción Palacios" desde el 02/01/2003 hasta el 31/12/2003, hubo 21 144 pacientes ingresadas, se seleccionó las que tenían prolapso, se revisaron las historias clínicas obteniendo los datos de edad, número de embarazos, paridad, motivo de consulta, factores asociados, grado de prolapso, intervenciones realizadas y sus complicaciones intraoperatorias.

Para clasificar el grado de prolapso se utilizó el método clínico de Baden-Walker test⁽⁷⁾ en el cual el descenso anterior es cistocele, de útero histerocele o de cúpula, posterior superior enterocele y posterior inferior rectocele; grado 0 es ausencia, I a nivel de pared superior de vagina, II a nivel del himen, III mitad vaginal inferior al himen y IV eversión vaginal completa.

Se realizó análisis estadístico de los datos mediante promedio, desviación estándar, porcentajes y frecuencia.

RESULTADOS

De los 21 114 ingresos, se seleccionó 2 616 con edad \geq 35 años: partos 55,2 %, hemorragias del primer trimestre 23,5 %, tratamiento médico por complicaciones durante el embarazo 2,6 % y 519 (19,8 %) no obstétricos, de este grupo excluimos 57 hospitalizadas por complicaciones del parto, aborto e intervenciones quirúrgicas y 39 con patologías médicas, de las 423 con patología quirúrgica 47 presentaron prolapso, con un 11,1 %. Correspondió al 1,8 % de todas las pacientes \geq 35 años y 0,2 % de todas las hospitalizaciones.

La edad varió entre 36 y 82 con un promedio de $56,65 \pm 11,8$ años. La mayoría (40 %) estaban entre 45 a 54 años, el 10,5 % eran menores de 45 y el 23 %

tenían más de 65 años.

El 93 % consultó por síntomas de disfunción del piso pélvico: peso vaginal (38 %), tumor vaginal (32 %), IUE (23 %) y 7 % por hemorragia e infección urinaria.

El número de embarazos se encontró entre 1 y 18, con un promedio de $5,7 \pm 3,2$; 30 % con ≥ 7 gestaciones.

El número de partos estuvo entre 1 y 15, con un promedio de $4,9 \pm 2,6$, la mayoría 41 % entre 1 y 3, 39 % de 4 a 6 y el 20 % tenían más de 7 partos.

Tabla 1
Tipos y grados de prolapsos

<Tipo y grado de prolapso	Nº	%
Histerocele grado III	8	17
Histerocele grado IV	9	19
Histerocele III + cistocele II	7	15
Cistocele grado II	5	11
Cistocele grado III	2	4
Cistocele II + rectocele II	10	21
Prolapso de cúpula	5	11
Rectocele III	1	2

Fuente: Propia

En la Tabla 1 se resumen los tipos y grados de prolapso encontrados:

De las 47 pacientes, 24 presentaron histerocele de grado avanzado de tercer y cuarto grado, 7 de ellas también tenían cistocele; 17 tenían cistocele de segundo y tercer grado más rectocele de 2º, y 5 tenían prolapso de cúpula y 1 rectocele de tercer grado.

Entre los factores asociados encontramos la fibromatosis uterina en 11 % de los casos, histerectomía previa en 8,5 % y no asociados hipertensión arterial crónica en 23 %.

Se intervinieron 43 pacientes, 23 por vía vaginal (53 %), se realizó histerectomía vaginal a 20 pacientes, a 5 de ellas se asoció colpoperineoplastia. Se realizaron 3 colpoperineoplastia, 7 histerectomías abdominales y 13 procedimientos combinando las dos vías colposuspensión de Burch y sacro espínosa + colpoperineoplastia.

Seis pacientes (14 %) presentaron complicaciones intraoperatorias, hubo 3 casos con hemorragia que ameritó transfusiones, 2 casos con lesión de recto y 1 con lesión de vejiga.

En la Tabla 2 se observan las intervenciones realizadas en los diferentes tipos de prolapsos.

Tabla 2
Tipo de intervención

	Histerocele III- IV °		Histerocele III+ Cistocele II		Cistocele II + Rectocele II		Prolapso de cúpula		Rectocele III	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Histerectomía vaginal	15	35								
Hist. vaginal + colperineoplastia			5	12						
Histerectomía abdominal					2	7				
HAT + colposuspensión	2	7			3	7				
Colposuspensión	2	7			3	7	1	2		
Pexia sacro espínosa							4	9		
Colpoperineoplastia					2	7			1	2
HAT + Colpos+colperin.					3	7				

x*HAT: histerectomía abdominal total

Fuente: Propia

DISCUSIÓN

En este estudio la incidencia de prolapso fue de 11,1 %, bastante baja si la comparamos con reportes australianos, europeos y estadounidenses incluyendo los latinos⁽²⁻¹¹⁾, que reportan cifras entre 30 % y 70 %, pero la mayoría de ellos fueron hechos con base en encuestas sobre incontinencia urinaria y fecal en poblaciones seleccionadas.

Es importante que la mayoría presentó prolapsos de grado avanzado sintomáticos, al igual que los estudios colombianos^(9,10). No fueron reportados en la historia estudios complementarios para verificar el descenso de la vejiga y la alteración del ángulo sub púbico como recomiendan autores venezolanos⁽¹²⁾, o estudios urodinámicos para diagnosticar IUE oculta en prolapsos avanzados.

La edad promedio de 56,65 años fue igual que en la mayoría de las publicaciones (≥ 55) y representa el mayor factor de riesgo de descenso del piso pélvico^(1,2,4,7,11); el 23 % ≥ 65 años resultó bastante mayor que en los dos estudios venezolanos en los cuales la edad varió entre 33 y 42 años con un promedio de 40^(11,12).

El promedio de embarazos $5,7 \pm 3,2$; la mayoría entre 4 y 6 gestaciones y el 30 % igual o mayor de 7; fue menor que los 9 embarazos reportados por el D'Elia y col.⁽¹²⁾.

El promedio de partos $4,9 \pm 2,6$ mayor que 3 reportado en el estudio de WHI (3) y mucho menor que 9 en el estudio venezolano⁽¹²⁾, y 7 del colombiano⁽⁹⁾, con 20 % de grandes multíparas. El elevado número de gestaciones y partos para la mayoría de los autores representa el segundo factor de riesgo en la producción de prolapsos^(2,7,9-15).

Más de la mitad de las pacientes presentaron histerocele avanzado y un tercio cistocele grado II sólo y con rectocele, cifras muy diferentes a las reportadas por otros estudios en los cuales predominaron los cistoceles^(3,6-12).

Otros factores implicados en la presencia de descenso de la vejiga es la fibromatosis uterina por la compresión directa y es capaz de ocasionar IUE^(14,15) Al igual que en otras publicaciones el 11 % de nuestras pacientes tenían fibromatosis.

Considerando la edad de las pacientes, un elevado número de ellas probablemente estaban menopáusicas, dato que no pudimos verificar porque no aparecía en la historia. La menopausia es otro factor de riesgo importante por la pérdida de tejido colágeno tipo I

debido a disminución de los estrógenos^(1-6,14,15), según los estudios de la WHI⁽³⁾ el uso de estrógeno mejora y previene los síntomas de disfunción del piso pélvico.

El antecedente de histerectomía abdominal se observó en 8,5 % de las pacientes, cifras bajas comparadas con otros estudios que señalan que es debido a la ausencia de la adecuada pexia de los ligamentos útero sacros; la colposuspensión y las operaciones vaginales también han sido señaladas como factor de riesgo para IUE de un 43 % a 62 % en estudios posoperatorios^(16,17). En nuestra población no había antecedentes de corrección de prolapsos anteriores contrario a una recidiva de 30 % reportada por otros autores⁽⁵⁾.

Se indicó corrección quirúrgica al 92 % de los casos, porque 3 pacientes presentaron complicaciones médicas que motivaron posponer la operación. Seis pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias importantes (14 %), hemorragia que ameritó transfusiones, lesión de recto y lesión de vejiga, semejantes a las reportadas por los estudios realizados en Colombia^(9,10); en pocas publicaciones aparecen las complicaciones intraoperatorias, la mayoría hacen énfasis en el elevado porcentaje de recidivas del prolapso relacionadas con una técnica inadecuada y la persistencia de factores que aumentan la presión intraabdominal como tos, estreñimiento^(16,17).

CONCLUSIONES

La frecuencia de hospitalizaciones para corrección de prolapso genital es muy baja pues este centro es fundamentalmente de atención obstétrica, el histerocele avanzado sintomático es el más frecuente, son pacientes de edad avanzada, multíparas y grandes multíparas, los factores relacionados fueron la fibromatosis uterina y la histerectomía previa. La intervención más realizada fue la histerectomía vaginal y el porcentaje de complicaciones intraoperatorias fue elevado.

REFERENCIAS

1. Doshani A, Teo RE, Mayne C, Tincello DG. Uterine prolapse. Clinical Review. *BMJ*. 2007;335:819-822.
2. Palacios S. Prólogo. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología 2008.
3. Nieves Lugo L, Alvarez Nieto J, editores. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología. Caracas: Editorial Ateproca; 2008:11-12.
4. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: Gravity

- and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1160-1166.
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):501-506.
 6. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.* 2000;107(12):1460-1470.
 7. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction a conceptual framework for collaborative patient center. *J Advanced Nursing.* 2003;43:555- 568.
 8. Palma P, Dambros M, Kobelinsky M. Incontinencia urinaria femenina. *Epidemiología en Suramérica.* En: Palma P, Dávila H, editores. *Uroginecología.* Caracas. 2006.p.13-19.
 9. Ozel B, Borchelt AM, Cimino FM, Cremer M. Prevalence and risk factors for pelvic floor symptoms in women in rural El Salvador. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(9):1065-1069.
 10. Luna J. Epidemiología del prolapso genital. *Rev Col Obstet Ginec.* 1985;36:307-322.
 11. Monteros CA, Llinás QN, Marrugo GD. Prolapso genital en el Hospital Universitario de Cartagena. *Rev Col Obstet Ginec.* 1996;47(4):231-235.
 12. D'Elia OP, D'Elia GP, Manzanilla A, Moreno J, Requena J, Jiménez N, et al. Cistopexia suprapúbica en el tratamiento de la incontinencia de orina organogénica al esfuerzo. *Rev Obst Ginecol Venez.* 1977;37(4):497-524.
 13. D'Elia Obregón PJ, Uzcátegui O, Moreno J, Bermudez D. La uretrocistografía con cadena en la evaluación de la incontinencia urinaria al esfuerzo asociada al prolapso urogenital. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1974;34:99-116.
 14. Kahn MA, Bretkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: Straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1516-1522.
 15. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: Variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2 Pt 1):324-331.
 16. Reena C, Kekre AN, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;97(1):31-34.
 17. Dällenbach P, Kaelin-Gambirasio I, Dubuisson JB, Boulvain M. Risk factors for pelvic organ prolapse repair after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2007;110(3):625-632.
 18. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007;369(9575):1789-1790.