

Recurrencia en prolapso de órganos pélvicos*

Drs. Luis Albenis Mendoza Guerra,¹ Keilyn Nazareth Sierra Bolívar,¹ Aracelis Verenzuela.²

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la recurrencia de prolapso de órganos pélvicos en pacientes del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyó una muestra probabilística de 88 pacientes seleccionadas aleatoriamente entre las 116 intervenidas. Se practicó evaluación diagnóstica y cuantificación del prolapso.

Resultados: Hubo 22 pacientes (25 %) que presentaron recurrencia del prolapso de órganos pélvicos, 59 % eran obesas, 68 % menopáusicas, 32 % con antecedente de prolapso estadio III. En 72 % de los casos el prolapso era anterior y en 50 % era estadio II. En las que no presentaron recurrencia, 76 % eran obesas, 61 % menopáusicas, 20 % con antecedentes de prolapso de órganos pélvicos estadio III, 46 % con prolapsos anteriores, 62 % estadio II y en 53 % de las pacientes se hizo colporrafia anterior. El prolapso anterior se relacionó con la recurrencia en forma significativa ($p=0,049$). En 11 pacientes (50 %) con prolapso recurrente el estadio fue II y en 9 (41 %) fue I; en 14 pacientes (64 %) el prolapso recurrente afectaba al compartimiento anterior; en 2 (9 %), al posterior; hubo 3 casos de prolapsos recurrentes apicales (14 %) y, finalmente, 3 casos (14 %) de prolapsos recurrentes anteriores y posteriores.

Conclusión: Hubo una recurrencia de prolapso de órganos pélvicos de 25 %; el único factor de riesgo detectado fue haber presentado prolapso del compartimiento anterior.

Palabras clave: Prolapso de Órganos Pélvicos, Recurrencia, Cirugía Vaginal.

SUMMARY

Objective: To evaluate the recurrence of pelvic organ prolapse in patients of Gynecology in Maternidad Concepción Palacios.

Methods: A prospective, descriptive, cross-sectional study was conducted. A probabilistic sample of 88 randomly selected patients was included among the 116 intervened. Diagnostic evaluation and quantification of prolapse were carried out.

Results: 22 patients (25%) had recurrence of pelvic organ prolapse, 59% were obese, 68% menopausal, 32% with a history of stage III prolapse. In 72% of cases was anterior prolapse and in 50% it were stage II. In those with no recurrence, 76% were obese, 61% menopausal, 20% with a history of stage III pelvic organ prolapse, 46% with anterior prolapses, 62% stage II and 53% of the patients became colporrafia above. The anterior prolapse recurrence was related significantly ($p=0.049$). Eleven patients (50%) with recurrent prolapse, the stage was II and in 9 (41%) was I; in 14 patients (64%) recurrent prolapse affected the anterior compartment, in 2 (9%), the posterior compartment, there were 3 cases of recurrent apical prolapses (14%) and finally 3 cases (14%) anterior and posterior recurrent prolapses.

Conclusion: The recurrence of pelvic organ prolapse was 25%. The only risk factor detected was having and anterior compartment prolapse.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse, Recurrence, Vaginal Surgery.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes del piso pélvico incluyen la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia fecal (IF) y el prolapso de órganos pélvicos (POP), todos prevalentes en la población femenina y frecuentemente presentes de manera concomitante (1, 2). El POP

¹Médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, Universidad Central de Venezuela/Maternidad Concepción Palacios. ²Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, ampliación en Piso Pélvico. Adjunto del Servicio de Ginecología, Maternidad Concepción Palacios.

*Trabajo Especial de Grado presentado por Luis Albenis Mendoza Guerra y Keilyn Nazareth Sierra Bolívar, para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela.

es una patología frecuente y se observa en torno al 50 % de las mujeres que han tenido algún hijo. La tasa acumulada anual de cirugía se encuentra en el rango de 10 a 30 por cada 10 000 mujeres (3). El POP, como fenómeno global, comprende defectos a diferentes niveles, componente anterior (cistocele), componente apical (histerocele y/o prolapso de cúpula vaginal) y componente posterior (rectocele y/o enterocele), los cuales pueden evidenciarse aisladamente o de manera simultánea (1, 2).

Pese a los diversos esquemas de clasificación propuestos, la norma para medir el prolapso de órganos pélvicos es la escala *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POPQ), que describe el prolapso de los tres compartimientos vaginales en relación con el himen (3).

Diversas publicaciones discuten los posibles factores de riesgo en la génesis de esta entidad. No solo se mencionan los antecedentes obstétricos de las pacientes (embarazos y número de partos, peso al nacer mayor de 4000 gramos, parto instrumental), sino los relacionados con las propias pacientes (menopausia, cirugía pélvica previa, tos crónica, grado de ejercitación del piso pélvico y obesidad) (1).

En general, los factores de riesgo se clasifican como: 1.- Predisponentes: las anomalías anatómicas y neurológicas(1,2); 2.-Precipitantes: el factor principal, determinante de la disfunción del piso pelviano a largo plazo, es el parto vaginal, considerado como el factor de riesgo más sólido y aunque aumenta su influencia con la paridad, parece ser que su aumento disminuye después del segundo parto. La influencia del parto se produce a través de las lesiones en los músculos y nervios, o por rotura directa de los tejidos. De igual manera, determinadas técnicas quirúrgicas como la histerectomía abdominal, la cirugía radical, o la resección de los ligamentos uterosacros, favorecen la disfunción del suelo pelviano (1, 2); 3.- Promotores: el estreñimiento, los esfuerzos laborales continuados e intensos, la práctica de ejercicios físicos violentos, la obesidad, el tabaquismo y la tos crónica (4, 5). 4.- De descompensación: la edad avanzada, la privación hormonal (menopausia), la diabetes, la insuficiencia vascular o cardiaca congestiva que pueden descompensar situaciones hasta entonces estables (incremento súbito del gasto urinario). (4, 5).

La cirugía es la base del tratamiento utilizado en las pacientes con POP sintomático, pero existe una diversidad de técnicas dado que ninguna ha conseguido un resultado plenamente satisfactorio, con cifras variables de recurrencia y complicaciones (1, 3).

Decidir el tipo de cirugía para la corrección del POP/incontinencia urinaria (IU)/incontinencia fecal (IF), constituye un desafío para cualquier cirujano. Obviamente no se trata de un procedimiento quirúrgico único, sino de una compleja interrelación entre diferentes procedimientos que logren un impacto en la atención de las mujeres que cursan con dichas patologías (3). Los objetivos fundamentales de la cirugía reconstructiva de piso pélvico son restaurar y mantener la continencia urinaria y fecal, repositionar las estructuras pélvicas, mantener la función sexual, corregir cualquier patología pélvica coexistente y obtener un resultado duradero (1, 3).

La colporrafia anterior y posterior constituye la técnica quirúrgica estándar para regresar el prolapso vaginal anterior y posterior causado por un defecto central y comprende la plicatura central de la capa fibromuscular de la pared anterior y posterior. La tasa de éxito en estudios aleatorizados oscila entre 40 % y 60 %, con altas tasas de recaídas entre 15 % y 40 %, constituyendo el tendón de Aquiles de la cirugía pélvica (1, 3). Se han descrito tasas de reintervención a los 10 años, de 17 % (6) o a los 11 años, de 10,8 % (7).

En la cirugía del cistocele, los resultados clásicos no solo incluyen el alto porcentaje de recidiva, también se describe dispareunia, disfunción miccional *de novo* o no corrección de la preexistente. La introducción de mallas en la vagina ha intentado solventar tal situación, puesto que no se necesita plegar o recortar vagina, como tampoco el uso de tejidos sanos para el anclaje de las mismas. Pese a ello han aparecido nuevos problemas como: extrusión, dolor, inflamación y retracción, por lo que algunos autores no consideran el uso de mallas como una mejora respecto a lo clásico. Los resultados a largo plazo en las pacientes corregidas con malla presentan bajas tasas de fracaso, que, sin embargo, varían de 3 % a 59 % (1).

Las principales tasas de recurrencias de los prolapsos del piso pélvico están relacionadas a factores de las propias pacientes, entre los cuales están la mala calidad de los

tejidos, la inadecuada cicatrización y las condiciones clínicas que aumentan la presión intraabdominal. Otras causas de fracaso probablemente se relacionan con la técnica quirúrgica, el uso de sutura o materiales inadecuados o la inexperiencia del cirujano. El riesgo de intervención quirúrgica por POP a lo largo de la vida es de 11 %, con recaída en 30 % de los mismos (1).

Un concepto importante a tener en cuenta es el de corrección anatómica y funcional, que durante muchos años ha sido discrepante. En la actualidad, se ha consensado que el objetivo de la corrección de un prolapso debe ser: que este no llegue al himen y que no produzca molestias, permitiendo una adecuada función de los órganos relacionados (1). En función de esto, fracaso se ha definido como la no corrección anatómica o recidiva, así como la hipercorrección del mismo, incluyendo la persistencia o aparición de síntomas molestos relacionados con la alteración funcional de los órganos implicados. Es por ello que para valorar el éxito de la intervención hay que incluir variables que midan la sintomatología de las pacientes, al ser esta una cirugía funcional, por lo que no se puede considerar como éxito solo la reparación anatómica (8).

La identificación de los factores de riesgo de recurrencia permitirá conocer el origen de la falla de cada técnica quirúrgica, planteándose en cada caso la más adecuada opción terapéutica con el fin de brindarle a las pacientes una mejor calidad de vida disminuyendo la tasa de recurrencia posoperatoria (8).

Sin embargo, no hay uniformidad en los hallazgos en relación a dichos factores de riesgo de recurrencia. El índice de masa corporal (IMC), número de partos, la menopausia, la presencia de frecuencia-urgencia y el número de mallas se han asociado al fracaso del tratamiento (1). Otros autores no encontraron asociación con la edad, el índice de masa corporal, la paridad, el antecedente de histerectomía, la severidad del prolapso, la etnia, la enfermedad pulmonar crónica, el tabaquismo, el uso de corticosteroides o el estado estrogénico (6, 9), la indicación quirúrgica o el compartimento anatómico (9). Tampoco con la corrección vía vaginal frente abdominal (9). Sin embargo, también se ha observado que la cirugía anterior por POP e IU en el momento de la cirugía, confiere un índice de riesgo relativo del 1,9 y que el

abordaje abdominal es protector contra reintervención en comparación con la vía vaginal (6).

Como se ve, son diversos los factores que pueden favorecer el fracaso anatómico y funcional de estas reparaciones. La obesidad, el número de partos previos a la cirugía y la presencia de síntomas de incontinencia-urgencia son los principales factores de riesgo para dicho fracaso, de los cuales el único de ellos modificable lo constituye la obesidad. Los síntomas de incontinencia-urgencia, si bien no están relacionados con el fracaso anatómico, su no detección y/o corrección previa, incrementarán la tasa de no satisfacción posterior a la cirugía, empeorando en algunos casos la sintomatología preexistente. Otro factor implicado en la recidiva es la menopausia y los años de evolución de la misma. La atrofia progresiva del epitelio vaginal y la laxitud de los tejidos generado por el cese estrogénico son factores importantes en la génesis de este defecto, así como en el fallo de su reparación. La existencia de un prolapso grado III ha sido señalada como el único factor predictivo preoperatorio para recidiva (10).

La presente investigación se realizó con la finalidad de evaluar la recurrencia de POP en pacientes del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyó una muestra probabilística de 88 pacientes seleccionadas al azar, quienes fueron intervenidas por POP en el Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios entre enero 2011 y enero 2013. Se excluyeron las pacientes en quienes se desconocía la técnica quirúrgica utilizada en la corrección del prolapso. Todas las pacientes incluidas firmaron un formulario de consentimiento informado. Seguidamente se procedió a evaluar a la paciente, en posición ginecológica, se realizó la medición de puntos estáticos y dinámicos; se llenó la gradilla individual, y finalmente se efectuó el tabulado de la información para su análisis estadístico adecuado. Los casos de pacientes que presentaron recurrencia posoperatoria fueron discutidos y planificados para decidir la

conducta a seguir. Los contrastes de las variables nominales se basaron en la prueba chi-cuadrado de Pearson para el que se considerará un valor significativo de contraste si $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el periodo de estudio fueron intervenidas 116 pacientes por POP. Se evaluaron, aleatoriamente, 88 pacientes que representan el 75,9 % de las intervenidas. Entre ellas, 22 (25 %), presentaron recurrencia de POP.

Los factores reportados en la literatura como de riesgo para recurrencia de POP, se presentan en la tabla 1. Entre las pacientes con recurrencia 59 % eran obesas, 68 % menopáusicas. En 72 % de los casos el prolapso era anterior y en 50 % era estadio II. En 72 % de los

casos se había practicado una colpografía anterior. Entre las que no presentaron recurrencia, hubo 76 % de obesas ($p=0,219$), 61 % menopáusicas ($p=0,703$), 46 % con prolapso anteriores (0,049), 62 % eran estadio II ($p=0,453$) y en 53 % de las pacientes se hizo colpografía anterior ($p=0,170$).

La tabla 2 presenta la distribución de pacientes con prolapso recurrente, según el estadio actual. Once pacientes (50 %) con prolapso recurrente tenían un estadio II y 9 (41 %) tenían prolapso estadio I. La tabla 3 muestra que en 14 pacientes (64 %) el prolapso recurrente afectaba al compartimiento anterior, en 2 pacientes (9 %) al posterior, hubo 3 casos de prolapso recurrentes apicales (14 %) y, finalmente, 3 casos (14 %) de prolapso recurrentes anteriores y posteriores.

Tabla 1
Factores de riesgo para POP recurrente

Factor evaluado	Prolapso recurrente		Sin prolapso recurrente		P
	n	%	n	%	
Obesidad	13	59	50	76	0,219
Menopausia	15	68	40	61	0,703
Compartimiento afectado					
Anterior	16	72	30	46	0,049
Posterior	1	5	14	21	0,141
Apicales	3	14	16	24	0,455
Anterior/Posterior	2	9	6	9	0,669
Estadio del prolapso previo					
Estadio I	1	5	1	2	1,000
Estadio II	11	50	41	62	0,453
Estadio III	7	32	13	20	0,378
Estadio IV	3	14	11	17	1,000
Intervención previa					
Colpografía anterior	16	72	35	53	0,170
Colpografía posterior	3	14	15	23	0,542
Mallas	3	14	16	24	0,455

Tabla 2
Distribución de pacientes con prolapso de órganos pélvicos recurrente según el estadio actual

Estadios	n	%
I	9	41
II	11	50
III	0	0
IV	2	9

Tabla 3
Distribución de pacientes con prolapso de órganos pélvicos recurrente según el compartimiento afectado

Compartimientos	n	%
Anterior	14	64
Posterior	2	9
Apicales	3	14
Anterior/Posterior	3	14

DISCUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos es una de las principales quejas por las cuales acuden las pacientes a consulta ginecológica, la recurrencia de los prolapso pélvicos representa una de las patologías a las que frecuentemente se enfrenta el médico.

En la presente investigación se logró identificar que en un total de 88 pacientes intervenidas por POP, se presentó recurrencia del prolapso en 22 pacientes, lo cual representa el 25 %; en otras palabras 1 de cada 4 pacientes se vieron afectadas, similar a lo reportado por Díez y col. (1), quienes publican en un estudio prospectivo a 5 años con 134 pacientes intervenidas de POP, que la recidiva anatómica fue observada en 31,3 % y el 7,4 % tenían sintomatología asociada al prolapso, evidenciando una pobre correlación entre recidiva anatómica y sintomática. Por su parte Suárez y col. (3) reportaron una tasa entre 3 % a 15 %, lo cual es más bajo que lo encontrado en la presente serie.

Entre los factores de riesgo evaluados en el estudio, solo el haber sido intervenidas por un prolapso del compartimiento anterior mostró relación significativa con la recurrencia ($p=0,049$). A pesar de haber encontrado entre las mujeres con recurrencia, 13 pacientes obesas, y 15 menopáusicas, el porcentaje fue similar al del grupo de pacientes sin recurrencia del prolapso. Otro de los factores de riesgo señalados con frecuencia en las pacientes con recurrencia es el antecedente de POP III, que se observó en 7 pacientes de las 22 con recurrencias (32 %) y en 13 de las 66 sin recurrencia (20 %); la relación en estas pacientes no fue significativa; la mayoría de las pacientes con y sin prolapso recurrente, habían sido intervenida por prolapsos estadio I o II. Ello lleva a la conclusión de que ninguno de los factores de riesgo reportados en la literatura fue observado en el estudio como de riesgo.

Para Díez y col. (1), el índice de masa corporal (IMC), número de partos, la menopausia, la presencia de frecuencia-urgencia y el número de mallas se asociaron al fracaso del tratamiento.

Al comparar las técnicas quirúrgicas propuestas para la corrección del POP, ya sea con técnicas convencionales como con mallas, se pudo evidenciar que la colpografía anterior se realizó en 72 % de las pacientes con recurrencia, la colpografía posterior en 14 % y se emplearon mallas en 14 %. Entre aquellas sin recurrencia, se habían colocado mallas en 24 % de los casos. A pesar de verse un aumento en la frecuencia del uso de material protésico asociado a la no recurrencia, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Vale la pena destacar que en la Maternidad Concepción

Palacios, a pesar de haber personal entrenado para realizar el tratamiento de los prolapsos aplicando las técnicas con utilización de mallas, en muchas ocasiones debe recurrirse a las técnicas convencionales por carecer del material protésico adecuado.

Withagen y col. (11), en 2011, observaron que a los 12 meses de la intervención, 10 de 59 mujeres (17 %) en el grupo intervenidas convencionalmente, frente a 29 de 62 mujeres (47 %) en las intervenidas con malla, fueron diagnosticados con un POP *de novo*, estadio II o superior, en el compartimiento sin tratar. Esta es una información a tomar en cuenta, toda vez que con el uso de las técnicas con malla, la recidiva no ocurre en el compartimiento tratado y refleja, quizá, errores de diagnóstico o fallas en la elección de la intervención seleccionada.

El estadio del prolapso recurrente fue catalogado como I o II en el 91 % de los casos. Es decir, estas lesiones recurrentes son predominantemente pequeñas, y fueron detectadas porque intencionalmente fueron evaluadas las pacientes, en la búsqueda del prolapso, a efectos de la investigación. Es decir, las pacientes no consultaron por molestias o síntomas relacionados con el prolapso. En 64 % de las pacientes estudiadas con POP recurrentes, el prolapso actual correspondió al compartimiento anterior; es decir, en 14 pacientes de 22, resultando ser el de mayor frecuencia entre los POP evaluados.

Se concluye que la tasa de recurrencia en pacientes posoperadas por POP en la institución es de 25 %. El único factor de riesgo detectado fue el haber presentado prolapso del compartimiento anterior previo.

Los autores expresan su agradecimiento al Lic. Douglas Angulo por la colaboración en la realización de datos estadísticos del trabajo de grado, al Dr. Freddy Bello por su atención desinteresada y ayuda incondicional en cálculos estadísticos y logísticos del trabajo.

REFERENCIAS

1. Díez-Calzadilla NA, March-Villalba JA, Ferrandis C, Hernández JA, Martínez-Jabaloyas JM, Chuan P, et

- al.* Factores de riesgo en el fracaso de la reparación quirúrgica del prolapso de suelo pelviano. *Actas Urol Esp.* 2011; 35 (8): 448 - 453.
2. Palma P, Dávila H. *Uroginecología.* Caracas: Ediplus; 2006.
 3. Suárez Paba G, Arias Vélez BE, Schlesinger R, Cajigas JA. Cirugía reconstructiva de piso pélvico y procedimientos quirúrgicos anti incontinencia urinaria. *Rev Urol Colomb.* 2008; 17 (1): 101-107.
 4. Altman D, Väyrynen T, Engh ME, Axelsen S, Falconer C; Nordic Transvaginal Mesh Group. Anterior Colporrhaphy versus Transvaginal Mesh for Pelvic-Organ Prolapse. *N Engl J Med.* 2011; 364 (19): 1826-1836.
 5. Raz S, Rodríguez L. *Female urology.* 3rd edition. China: Saunders Elsevier; 2008.
 6. Denman MA, Gregory WT, Boyles SH, Smith V, Edwards SR, Clark AL. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198 (5): 555.e1-555.e5.
 7. Price N, Slack A, Jwarah E, Jackson S. The incidence of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse: an 11-year experience. *Menopause Int.* 2008; 14 (4): 145–148.
 8. Nieves L, Álvarez J. *Primer consenso venezolano de uroginecología.* Caracas: Ateproca; 2008.
 9. Clark AL, Gregory T, Smith VJ, Edwards R. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 (5):1261-1267.
 10. Hendrix S, 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.
 11. Withagen M, Milani A, de Leeuw JW, Vierhout ME. Development of de novo prolapse in untreated vaginal compartments after prolapse repair with and without mesh: a secondary analysis of randomised controlled trial. *BJOG.* 2012; 119 (3): 354–360.

Recibido 3 de agosto de 2019
Aprobado 18 de septiembre de 2019