

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**RECIDIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN PACIENTES POST
OPERADAS DE COLPOPLASTIA ANTERIOR EN EL HOSPITAL MATERNO
PERINATAL “MONICA PRETELINI SAENZ”**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
HOSPITAL MATERNO PERINATAL MÓNICA PRETELINI SÁENZ**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
M.C. DIANA CORTÉS RONQUILLO**

**DIRECTOR DE TESIS:
M. E. EN U.G. ENRIQUE MONTAÑEZ NUCAMENDI**

**REVISORES:
DR. RUBÉN CHAVEZ DELGADO EN G.O
DR. MAURICIO MANCILLA CASTELÁN EN G.O
DR. ALEJANDRO LABASTIDA AVILES E. EN G.O
DR. JOSÉ GUADALUPE SORIANO CRUZ E. EN B.R.H.
TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021**

**RECIDIVA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN
PACIENTES POST OPERADAS DE COLPOPLASTIA
ANTERIOR EN EL HOSPITAL MATERNO PERINATAL
“MONICA PRETELINI SAENZ”**

INDICE

MARCO TEÓRICO	5
INTRODUCCIÓN	5
EL PISO PÉLVICO	6
EQUILIBRIO PELVIPERINEAL NORMAL	10
TEORÍA INTEGRAL DEL PROLAPSO VAGINAL	12
EPIDEMIOLOGÍA	16
FACTORES DE RIESGO	17
EVALUACIÓN	21
TRATAMIENTO	26
COMPLICACIONES	30
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
ARGUMENTACIÓN	35
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	37
JUSTIFICACIÓN	38
OBJETIVOS	39
OBJETIVO GENERAL	39
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
METODOLOGÍA	40
TIPO DE ESTUDIO	40
DISEÑO DEL ESTUDIO	40
MÉTODO DE CAPTURA DE DATOS	41
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	41
UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA	44
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	44
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	44
LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	45
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	45
IMPLICACIONES ÉTICAS	46
FINANCIAMIENTO	48
ORGANIZACIÓN	48
CRONOGRAMA	48

RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIÓN	64
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67

MARCO TEÓRICO

Introducción

Los trastornos del suelo pélvico son diversos, los cuales incluyen la incontinencia urinaria, el prolapso de órganos pélvicos, la discontinuidad fecal y otras anomalías sensoriales y de vaciado del tracto urinario inferior y del tracto gastrointestinal, con el paso del tiempo se estima que para 2030, más de una quinta parte de las mujeres tendrán 65 años o más, a medida que aumente la población de mujeres de edad, la carga nacional relacionada con los trastornos del suelo pélvico en términos de costos de atención de la salud, pérdida de productividad y disminución de la calidad de vida, será considerable.(1)

Por lo anteriormente mencionado, es importante crear estrategias para dar el tratamiento mas adecuados a este tipo de padecimientos, por lo que es de vital importancia conocer las estructuras involucradas en este tipo de trastornos para así comprender este tipo de padecimientos.

El piso pélvico consta de varios componentes, su soporte proviene de la conexión entre sus estructuras, al presentarse alguna alteración entre ellas, es lo que nos ocasionará prolapsos del piso pélvico. A lo largo del tiempo se han presentado diversos tratamientos para estos padecimientos, los tratamientos quirúrgicos se han empleado para aliviar la sintomatología sin desmeritar los tratamientos conservadores. Por lo que cual es importante el conocimiento de estas técnicas quirúrgicas, así como sus resultados para poder proponer el tratamiento mas conveniente a las pacientes con este tipo de padecimientos. (2)

El piso pélvico

El suelo pélvico consiste en varios componentes que se encuentran entre el peritoneo pélvico y la piel de la vulva. Estos son (de arriba hacia abajo):

1. El peritoneo
2. Las vísceras y la fascia endopélvica
3. Los músculos elevadores del ano
4. La membrana perineal
5. Los músculos genitales externos.

El soporte eventual de todas estas estructuras proviene de su conexión con la pelvis ósea y sus músculos adjuntos, las vísceras a través de estructuras tales como los ligamentos cardinales, uterosacros y la fascia pubocervical tienen un papel importante en la formación del suelo pélvico como lo iremos describiendo más adelante. (3,4)

La capa superior del suelo pélvico está constituida por la fascia endopélvica que une los órganos pélvicos a las paredes pélvicas, suspendiendo así los órganos pélvicos, denominándose capa viscerofascial. Es común hablar de las fascias y los ligamentos solos, separados de los órganos pélvicos como si tuvieran una identidad discreta; sin embargo, a menos que estas estructuras fibrosas tengan algo a que adherirse (los órganos pélvicos), no pueden tener ningún efecto mecánico. A cada lado de la pelvis, la fascia endopélvica une el útero y la vagina a la pared pélvica. Esta fascia forma un mesenterio continuo en forma de lámina, que se extiende desde la arteria uterina en su margen cefálico hasta el punto en el que la vagina se fusiona con los músculos elevadores del ano por abajo, de ésta la parte que se adhiere al útero se llama parametrio y la que se adhiere a la vagina, paracolpium.

Los parametrios están compuestos por lo que clínicamente se llaman los ligamentos cardinales y uterosacros. Aunque es tradicional centrar la atención en los ligamentos que suspenden el útero, las uniones de la vagina a las paredes pélvicas son igualmente importantes y son responsables del soporte normal de la vagina, la vejiga y el recto, incluso después de la histerectomía. La ubicación del daño a estos soportes determina si una mujer tiene un prolapso de vejiga, de recto o de la cúpula vaginal; comprender las diferentes características de este soporte ayuda a entender los diferentes tipos de prolapso que pueden ocurrir, los cuales describiremos mas adelante.

- **Diafragma pélvico**

Debajo de la capa viscerofascial, se encuentra el grupo de músculos elevadores del ano, los cuales tienen una capa de tejido conectivo, cubriéndolos superior e inferiormente conocidas como las fascias superiores e inferiores del elevador del ano, éstos músculos y sus fascias se consideran conjuntamente como una estructura llamada, diafragma pélvico el cuál será de vital importancia en la compresión de estas patologías, a continuación se describen las estructuras musculares que lo conforman. (4)

Músculos elevadores del ano

Este grupo muscular es el más importante del piso pélvico, representa un componente crítico del soporte de los órganos pélvicos. Desde el punto de vista fisiológico, los músculos elevadores del ano mantienen un estado de contracción constante. Proporcionan un piso firme que sostiene el peso del contenido abdominal y pélvico contra las fuerzas intraabdominales. Consiste en varios componentes musculares con orígenes e inserciones distintos y por tanto, diferentes funciones. El control de este músculo está dado por

inervación proveniente del nervio para el músculo del elevador del ano proveniente del plexo sacro, ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior. (5)

Se estima que tras los partos vaginales existe la posibilidad de trauma sobre este músculo, determinando una prevalencia de entre un 15 a 35% de alteraciones anatómicas en esta población. Durante el parto además, pueden producirse lesiones a nivel de la inervación, especialmente de los nervios pudendos, lo cual provocaría una denervación y atrofia de este músculo facilitando así el prolapso de órgano pélvicos. (5)

Los músculos que lo componen son los siguientes:

Músculo pubococcígeo

Se subdivide en los músculos pubovaginal, puboperineal y puboanal de acuerdo con las inserciones de sus fibras. Por las inserciones significativas del pubococcígeo a las paredes de las vísceras pélvicas, a menudo se usa el término músculo pubovisceral para describir esta parte del elevador del ano. Los extremos anteriores del pubococcígeo (músculo pubovisceral) se originan a ambos lados de la superficie interna del pubis. El pubovaginal se refiere a las fibras mediales que se insertan en las paredes laterales de la vagina. Aunque no existen inserciones directas de los músculos elevadores del ano con la uretra en las mujeres, las fibras medias del músculo que llegan a la vagina son las encargadas de elevar la uretra durante la contracción de la musculatura pélvica contribuyendo a la continencia urinaria. El puboperineal se refiere a las fibras que se insertan en el cuerpo perineal y jalan esta estructura hacia la sínfisis del pubis. El puboanal se refiere a las fibras que se insertan en el ano en la hendidura interesfintérica, entre los esfínteres anales interno y externo.

Músculo puborrectal

Representa las fibras mediales e inferiores del complejo muscular elevador del ano que se originan a ambos lados del pubis y forman un cabestrillo con forma de U detrás de la unión anorrectal. Este músculo se considera parte del complejo esfintérico anal y contribuye a mantener la continencia fecal.

Músculo iliococcígeo

Es la parte más posterior y delgada de los músculos elevadores del ano, tiene una importante función de sostén. Se origina a los lados, en el arco tendinoso del elevador del ano y las espinas isquiáticas. Las fibras musculares de un lado se unen con las del lado contrario en el cóccix y el rafe iliococcígeo, también denominado rafe anococcígeo. Esta porción de los músculos elevadores forma un anaquel de soporte en el cual descansan el recto, la parte superior de la vagina y el útero. (3)

Los músculos elevadores del ano tienen actividad constante, como la de otros músculos posturales, esta contracción continua es similar a la actividad continua del músculo del esfínter anal externo y cierra la luz de la vagina de una manera similar a la que el esfínter anal cierra el ano. Esta acción constante elimina cualquier abertura dentro del piso pélvico a través de la cual podría ocurrir el prolapso y forma una plataforma relativamente horizontal sobre la cual se apoyan los órganos pélvicos.

Investigaciones recientes han demostrado la importancia de los defectos del músculo elevador del ano en la aparición de prolapsos de los órganos pélvicos encontrando que el 55 % de las mujeres con prolapso tienen lesiones importantes en los músculos elevadores del ano ya que se asocia con la pérdida de la fuerza de contracción del músculo elevador

originando así un mayor hiato urogenital, de ahí la importancia de mantener un correcto funcionamiento de estas estructuras. (4)

Equilibrio pelviperineal normal

La estática pelviperineal depende de tres sistemas cuya integridad es indispensable para el mantenimiento del equilibrio pelviperineal normal:

- Un sistema de suspensión (ligamentario)
- Un sistema cohesivo (fascial)
- Un sistema de sostén (muscular)

Estos sistemas deben ser lo bastante flexibles y resistentes para adaptarse a la gestación y al parto y conservar una estática pelviperineal en cualquier situación de hiperpresión abdominal, así como conservar una memoria para permitir la restitución lo más óptima posible. Los trabajos anatómicos modernos sitúan la piedra angular del equilibrio pelviperineal en la vagina y sus conexiones. Delancey ha propuesto un concepto escalonado de la vagina dividiéndolo en tres niveles:

Nivel I – Corresponde al tercio superior de la vagina, a este nivel el cuello uterino y el fondo vaginal están unidos a la pared pélvica mediante fibras de paracolpos y del paracervix, entremezclándose con los ligamentos uterosacros y las fibras del extremo superior de la fascia rectovaginal. Estas fibras son casi verticales y se dirigen en sentido posterior hacia el sacro, lo que permite mantener en su posición el cuello uterino y el fondo vaginal por encima del plano elevador, por lo tanto una lesión a este nivel provoca una ptosis uterina o incluso del fondo vaginal, sobre todo posterior a una histerectomía.

Nivel II – Corresponde al tercio medio de la vagina. Está unido al arco tendinoso de la fascia pélvica y a la porción superior del arco tendinoso del músculo elevador del ano. Este nivel corresponde a la porción vaginal situada entre la vejiga y el recto. La vejiga está sostenida por la fascia vesicovaginal (o pubocervical), mientras que la fascia rectovaginal impide la protrusión del recto. Las fascias vesicovaginal y rectovaginal tienen inserciones laterales comunes. La insuficiencia a este nivel de los sistemas de inserción o de sostén provoca la formación de un prolapso de vejiga o de recto. Por lo que se distinguen dos tipos de defectos dependiendo de la zona de debilidad implicada: medial o lateral. El defecto medial se debe a una debilidad del tejido conjuntivo de sostén, con creación de una hernia en la línea media, mientras que en los fondos de saco vaginales laterales, permanecen en su posición, produciendo así un defecto central. El defecto paravaginal o lateral se relaciona con una desinserción de la fascia al nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica o línea blanca.

Nivel III – engloba la porción distal de la vagina, a este nivel la vagina está en conexión estrecha con las estructuras vecinas que son la uretra y la porción paramedial de los elevadores del ano. La uretra se mantiene por un soporte conjuntivo reforzado por las conexiones miofasciales: el conjunto de este dispositivo da origen a la teoría de hamaca suburetral de Delancey, que insiste en el papel activo de los ligamentos pubouretrales (engrosamiento de la fascia pélvica por detrás del pubis) en el mecanismo de continencia de esfuerzo. La insuficiencia de este sistema provoca un defecto de sostén uretral y la aparición de una incontinencia urinaria de esfuerzo. Por detrás, la vagina está íntimamente unida al centro tendinoso del periné, cuya lesión sobre todo obstétrica expone, entre otros defectos, una dilatación vulvar excesiva y a un prolapso de recto bajo.(6)

Teoría integral del prolapso vaginal

La teoría integral establece que el prolapso y la mayoría de los síntomas del piso pélvico, como el estrés urinario, la urgencia, el vaciado anormal del intestino y la vejiga, y algunas formas de dolor pélvico, surgen principalmente por diferentes razones de la laxitud en la vagina o sus ligamentos de soporte, resultado de la alteración del tejido conectivo. La laxitud relacionada con el nacimiento, agravada por el envejecimiento, son las principales causas de la laxitud de los ligamentos, teniendo así los siguientes tres parámetros para poder identificar los prolapsos:

- **Función:** el papel de los ligamentos suspensorios competentes en el soporte y la función de los órganos. Estos ligamentos caen naturalmente en una clasificación de tres zonas: anterior, media y posterior.
- **Disfunción:** Los ligamentos dañados debilitan la fuerza de la contracción muscular, provocando prolapso y síntomas anormales de la vejiga y el intestino
- **Diagnóstico:** Un algoritmo de diagnóstico pictórico relaciona los síntomas específicos con los ligamentos dañados en cada zona.

Los problemas de vejiga, intestino, prolapso y algunos tipos de dolor pélvico; se originan principalmente en los ligamentos vaginales, no en los propios órganos. Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos y que su forma de “U” o “V” abierta hacia anterior permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. Además existen otras estructuras de tejido conectivo fibroso que sirven de soporte y suspensión para estas estructuras, como ligamentos, arcos tendinosos, etc. (7)

Un ligamento es como un cordón grueso en un puente colgante. Las fuerzas musculares se contraen contra los ligamentos suspensivos para dar forma al puente. Todos los ligamentos están unidos a la vagina o al útero. La vagina soporta la vejiga situada encima de ella, y el recto situado debajo de ella, por lo que cualquier cosa que dañe la estructura vaginal, también puede afectar la vejiga y el recto. Separando el extremo inferior de la vagina del recto hay una masa sólida de tejido, el complejo del cuerpo perineal, que mide aproximadamente 4 cm de largo. Si esto está dañado, el recto puede abultarse hacia la vagina. (7,8)

El útero es un punto de anclaje para los ligamentos, por lo que debe preservarse siempre que sea posible. El papel del útero en el mantenimiento de la estructura y función del piso pélvico se subestima enormemente, por lo que es preferible retener el útero siempre que sea posible, ya que muchos ligamentos importantes están unidos a él; aunado a esto, durante la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógenos, y dado que el estrógeno es esencial para mantener la fuerza de los ligamentos, los efectos perjudiciales de la histerectomía sobre el prolapso y la incontinencia se vuelven especialmente evidentes después de la menopausia. (8,1)

El daño a las fibras suspensivas superiores del paracolpium causa un tipo de prolapso que difiere del daño a los soportes de nivel medio de la vagina: los defectos en el soporte proporcionado por los soportes vaginales de nivel medio (fascia pubocervical y rectovaginal) provocan prolapso de vejiga y recto, mientras que la pérdida de las fibras suspensivas superiores del paracolpium y el parametrio es responsable del desarrollo del prolapso vaginal y uterino. Estos defectos ocurren en combinaciones variables y esta variación es responsable de la diversidad de problemas clínicos encontrados dentro del

espectro general del prolapso de órganos pélvicos. La pérdida del soporte de nivel II ocurre debido al desprendimiento del arco tendinoso de la columna isquiática en lugar del hueso púbico. Esto permite que la pared vaginal anterior en forma trapezoidal se balancee hacia abajo, lo que resulta en el prolapso de vejiga característico que se observa clínicamente. También hay alguna falla en la pared vaginal de la línea media en estas pacientes sin embargo la relación entre estos dos defectos aún no se ha aclarado.(4)

Los músculos pélvicos tienen una doble función, soporte de órganos, y apertura y cierre de uretra y ano. Se extienden desde el cóccix hasta el hueso púbico, y se contraen para sostener la vagina, la vejiga y el intestino desde abajo. Los ligamentos dañados pueden causar incontinencia o trastornos de vaciado, con referencia a la analogía del puente colgante, si los ligamentos suspensorios están flojos, la fuerza muscular se debilita y es posible que no pueda mantener cerrados los tubos de vaciado de la vejiga o el intestino. (7,1)

La estructura de los ligamentos se basa en su contenido de colágeno para la fuerza funcionando como varillas de cemento y elastina para la flexibilidad. El cambio en el colágeno es una de las causas del prolapso y la incontinencia. (7,1)

Durante el embarazo, los músculos tiran de los ligamentos que sostienen el puente, se estiran y aflojan durante el parto. Comenzando 6 meses antes del parto, el "pegamento" entre las barras de colágeno comienza a suavizarse en respuesta a las hormonas de la placenta, esto explica el inicio de los síntomas de vejiga, intestino y dolor en este momento. Sin embargo, unas 24-48 horas antes del parto, este ablandamiento se acelera y las barras de colágeno pierden el 95% de su resistencia, durante el parto, la cabeza del bebé estira mucho estas barras de colágeno, poco después del parto se "regulan" en una posición suelta

y extendida, por lo que los ligamentos ni los músculos ahora pueden funcionar correctamente, y esto puede conducir al prolapso del útero, vejiga, recto y una amplia gama de síntomas de dolor en la vejiga, el intestino y la pelvis. (3,9)

Tanto el colágeno como la elastina se deterioran notablemente después de la menopausia, lo cual explica el gran aumento del prolapso y la incontinencia que ocurre después de este evento. Un ligamento parcialmente dañado que solo funciona antes de la menopausia, puede perder suficiente colágeno como para "ceder". La terapia de reemplazo hormonal de estrógenos ayuda a disminuir la degeneración del colágeno, aunque no puede revertir el daño una vez que ha ocurrido, ya que los ligamentos suspensorios ya se han estirado hasta el punto donde la contractilidad muscular disminuye debido al punto de inserción laxo. (7)

Los síntomas son muy importantes, sin embargo puede ocurrir un prolapso sin síntomas acompañantes, y pueden ocurrir síntomas mayores con un prolapso mínimo. Si los síntomas como dolor pélvico, nicturia, urgencia y frecuencia ocurren o no depende de la sensibilidad de los receptores de estiramiento y las terminaciones nerviosas. Se ha visto que el máximo descenso vaginal de 0.5 cm o más distal al remanente del himen es el umbral para los síntomas de protuberancia (7,10)

El Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) es una enfermedad que esencialmente no tiene mortalidad y solo una mínima morbilidad; sin embargo, es una condición que impacta mucho en la calidad de vida. Por lo tanto, los síntomas juegan un papel central en la definición de en qué punto un paciente pasa del soporte de órganos pélvicos "normal" a uno "anormal". Actualmente hay varios estudios que investigan la correlación entre los síntomas y el soporte de los órganos pélvicos. La mayoría demuestra que existe una correlación muy débil (si la hay) entre los síntomas y los grados avanzados de prolapso de

órganos pélvicos, con la excepción del síntoma de un abultamiento vaginal. En los pocos estudios que correlacionaron la etapa prolapso con los síntomas, parece que los síntomas comienzan a aumentar significativamente una vez que el borde de ataque de la pared vaginal se extiende hasta o más allá del himen. Por lo tanto, una definición razonable de POP puede ser la protuberancia de cualquier segmento vaginal hacia o más allá del himen en pacientes sintomáticas. Si uno lee cuidadosamente el estado de la cuestión, esta definición, aunque no se reconoce, se está convirtiendo lentamente en el estándar.

El prolapso de órganos y los síntomas están relacionados, ambos se deben principalmente a la laxitud de los cuatro ligamentos suspensorios principales y del cuerpo perineal. Se requiere la restauración de la longitud y tensión del ligamento para restaurar la anatomía y la función.(4)

Epidemiología

Faltan estudios epidemiológicos sobre la historia natural, la incidencia y la prevalencia del prolapso de órganos pélvicos. Es ampliamente aceptado que el 50% de las mujeres desarrollarán prolapso, pero solo del 10 al 20% de ellas buscan evaluación para su condición.(11,12,1)

Cada vez más mujeres buscarán ayuda para el prolapso de los órganos pélvicos. Los cambios demográficos, incluido el envejecimiento de la población, tienen implicaciones significativas para la planificación futura de los servicios de salud de las mujeres. (11,13)

El prolapso de órganos pélvicos influye en las actividades diarias, la función sexual y la capacidad de realizar ejercicio en muchas mujeres, por lo que puede tener gran impacto en

la calidad de vida, y los costos económicos de los servicios de salud relacionados, tanto la incidencia como la prevalencia de la cirugía de prolapso aumentan con la edad, las mujeres mayores de 80 años son actualmente el segmento de más rápido crecimiento de la población, se ha observado que a la edad de 85 años, 13–21% de las mujeres en los países occidentales han sido sometidas a cirugía por prolapso de órganos pélvicos grado 1-3. (14,15,16)

El prolapso del compartimento anterior es el sitio de prolapso más frecuentemente informado y se detecta el doble de veces que los defectos del compartimento posterior y tres veces más frecuentemente que el prolapso apical. Después de la histerectomía, del 6 al 12% de las mujeres desarrollarán prolapso de la cámara vaginal y en dos tercios de estos casos hay prolapso multicompartimental. (8)

Hay una larga historia de datos de observación que sugieren que las mujeres de ciertos grupos étnicos tienen un riesgo mayor o menor de prolapso. Se han encontrado diferencias entre las mujeres blancas y afroamericanas, encontrando menor tasa en las mujeres afroamericanas; se ha observado en las mujeres hispanas una tasa más alta de prolapso uterino y un mayor riesgo de cistocele, pero no de rectocele. Las mujeres asiáticas tenían el mayor riesgo de cistocele y rectocele, pero no de prolapso uterino. (4-17)

Factores de riesgo

El único factor de riesgo universalmente aceptado para prolapso de órganos pélvicos es el aumento de la edad, independientemente de la definición utilizada, este factor siempre se identifica como una etiología y la mayoría de las estimaciones sugieren que hay aproximadamente una duplicación en el riesgo de prolapso con cada década de vida completa. Se reconoce que el aumento de la edad y la paridad son factores importantes en

el desarrollo del prolapso, aunque el prolapso uterovaginal puede ocurrir en mujeres nulíparas, hasta en el 1% de los prolapsos vaginales. Las otras etiologías propuestas para el prolapso de órganos pélvicos son muchas, pero en su mayor parte involucran dos tipos de insulto: ya sea el daño agudo que ocurre con el embarazo o los insultos crónicos por afecciones que conducen a aumentos intermitentes continuos en la presión intraabdominal, otras áreas que han sido investigadas incluyen Índice de Masa Corporal (IMC), el origen étnico, estrato socioeconómico bajo, la histerectomía además de paridad, modo de parto y factores genéticos ya que se han observado estudios de gemelos con predisposición genética para prolapso de órganos pélvicos. (4,8)

Se ha encontrado menor prevalencia del prolapso de órganos pélvicos después del parto por cesárea que después del parto vaginal, la paridad tiene la asociación más fuerte en cuanto al riesgo de requerir cirugía por prolapso de órganos pélvicos. Se subestima la función de los factores ambientales en el desarrollo de los defectos de apoyo pélvico, ya que las personas pasan un porcentaje tan grande de su vida trabajando, las ocupaciones que implican un levantamiento de objetos pesados o períodos prolongados de pie pueden causar daños repetitivos o progresivos en el suelo pélvico, sin embargo hay pocos datos publicados a pesar de que el conocimiento en esta área permitiría aconsejar a los pacientes y desarrollar estrategias de prevención.(18, 19, 20)

La obesidad, definida como el 20% por el encima del peso promedio para la altura y la edad, se ha visto asociada con la progresión del prolapso de órganos pélvicos en los 3 compartimentos. Se cree que el aumento de peso del tejido adiposo abdominal aumenta la presión sobre los órganos intraabdominales, lo que provoca debilidad y prolapso del piso

pélvico, por lo que, en teoría, la pérdida de peso debería ser preventiva en este tipo de alteraciones.

Otras áreas que son comúnmente discutidas e implicadas como etiologías de POP, son las enfermedades médicas crónicas o congénitas que resultan en un aumento de la presión intraabdominal como en el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o en enfermedades microvasculares y colágeno de baja calidad. La relación entre las enfermedades crónicas y el prolapso se ha investigado en gran medida. Las enfermedades médicas que provocan daños a largo plazo en la microvasculatura y las neuropatías periféricas, como la hipertensión y la diabetes mellitus, se han sugerido como una posible causa de POP. Sin embargo, como con muchos estudios etiológicos, los resultados son mixtos. También hay algunos estudios en mujeres con enfermedades vasculares del colágeno, como el síndrome de Marfan y Ehlers-Danlos, que sugieren que estos pacientes tienen un mayor riesgo de prolapso. (4)

La mayoría de los estudios sugieren que las mujeres posmenopáusicas tienen mayor riesgo, sin embargo, cuando un análisis de regresión logística múltiple tiene en cuenta la edad, el estado de la menopausia deja de ser significativo, lo que sugiere que puede ser el factor de edad más que la disminución de los niveles de estrógeno lo que pone a la mujer en riesgo de prolapso. Cabe señalar que, si bien la terapia de reemplazo hormonal puede no proteger a las mujeres menopáusicas del desarrollo de prolapso, nunca ha demostrado un efecto negativo. (4)

Sabemos que la vía vaginal de nacimiento es uno de los factores que más predisponen el POP por las secuelas presentadas como lo son trauma neuromuscular y defectos anatómicos a nivel de las estructuras del piso pélvico. El efecto del embarazo ha mostrado que, en

comparación con las mujeres nulíparas, las mujeres con un hijo tenían 4 veces más probabilidades y las que tenían dos hijos tenían 8,4 veces más probabilidades de desarrollar prolapso de órganos pélvicos que requieren ingreso hospitalario. Los estudios han sugerido que el primer parto vaginal es fundamental con respecto al riesgo de desarrollar trastornos del suelo pélvico y que los partos subsiguientes son de menor importancia. (8, 19, 21)

Durante el parto, el piso pélvico sufre cambios notables para permitir que un bebé de 3.5 kg pase de adentro hacia afuera del cuerpo, las contracciones aumentan la presión uterina cerca de la cabeza fetal de 2.6 a 8.5 kPa, enganchando la cabeza en la pelvis y ayudando a empujarla a través del canal de parto a lo largo de la curva de Carus, aumentando la presión intrauterina a aproximadamente 19 kPa cuando la mujer recibe instrucciones de empujar durante las contracciones uterinas presionando a través de una contracción máxima de su diafragma. Estudios de seguimiento a corto plazo con imágenes de resonancia magnética han demostrado que la lesión del músculo elevador del ano se encuentra en el 10% de las mujeres después de un parto vaginal espontáneo, en el 25% después de una extracción al vacío y en el 66% de las mujeres después de un parto con fórceps, por lo que los partos instrumentados, aumentan el riesgo de la presencia de POP. (8,23)

El análisis del peso al nacer mostró una tendencia hacia tasas más altas de prolapso, significativamente mayor para el grupo de peso al nacer ≥ 4500 g en comparación con el grupo de peso al nacer < 3000 g. Este efecto del peso al nacer no se observó después de la cesárea. (23)

Observando todo lo anterior, un parto por cesárea profiláctica reduciría el riesgo de un trastorno del suelo pélvico hasta en un 85%, esto no significa que se deba abusar de este

procedimiento solo para prevenir el POP, cada paciente debe ser individualizada y realizarse el procedimiento mas apropiado para cada caso. (1, 9,21)

Como se había descrito anteriormente las estructuras de soporte del piso pélvico se pueden dividir en tres niveles que corresponden a diferentes áreas de apoyo, se han observado estudios en los que el papel de la histerectomía es fundamental para desarrollar el POP, encontrando que un cambio anatómico crítico en mujeres con eversión vaginal después de una histerectomía es la falla de estas fibras en suspensión para mantener la parte superior de la vagina en su posición normal, desarrollandose cistocele o rectocele como resultado de problemas en el nivel II, pero mientras las fibras suspensoras del nivel I estén intactas, no se produce la eversión vaginal. (24)

Evaluación

La historia de los sistemas de clasificación para el soporte de órganos pélvicos se remonta al siglo XIX, con un nuevo sistema que aparece cada generación más o menos, pero ningún sistema ha alcanzado una aceptación generalizada como el "estándar de oro". Durante la última década, el Sistema de Cuantificación del Prolapso de Organos Pélvicos (POPQ), ha ganado reconocimiento internacional como el "estándar de oro" para clasificar el soporte de órganos pélvicos y es el primer y único sistema en obtener el reconocimiento de la mayoría de las principales sociedades que estudian defectos de soporte de órganos pélvicos: la International Continence Society (ICS), la American Urogynecologic Society (AUGS) y la Society of Gynecologic Surgeons (SGS). (4)

El POPQ, introducido en 1996, es el estándar internacional para describir el soporte de órganos pélvicos femeninos, el cual permite una descripción reproducible y confiable del soporte de los segmentos vaginales anterior, posterior y apical utilizando mediciones precisas de un punto de referencia fijo, el himen, y criterios establecidos para "estadificar" los diversos niveles de soporte de órganos pélvicos desde un buen soporte (POPQ etapa 0 o I) para completar casi la falta de apoyo (POPQ etapa IV). (20,25)

El examen POPQ toma nueve medidas de la posición de las estructuras vaginales de la línea media, todas las medidas están en centímetros en relación con el anillo himeneal. El remanente del anillo himeneal se utiliza como punto de referencia porque es un punto de referencia fijo y fácil de identificar, a diferencia del introito, que es una estructura anatómica no estandarizada (se define como "entrada en la vagina"). Todos los puntos registrados durante el examen, con la excepción de la longitud vaginal total, se miden con el sujeto realizando una maniobra de valsalva o una tos profunda. Las estructuras que se encuentran por encima del anillo himeneal se registran como negativas, mientras que las estructuras que prolapsan más allá del anillo himeneal se registran como positivas. Cualquier estructura que desciende al nivel del anillo himeneal se registra como cero. Se toman nueve mediciones durante el examen: dos de la pared vaginal anterior, dos del vértice de la vagina, dos de la pared vaginal posterior y una que registra el hiato genital, el cuerpo perineal y la longitud vaginal total en reposo.(4)

Los primeros puntos están en la pared vaginal anterior. Debido a que la única estructura directamente visible para el examinador es la superficie de la vagina, el prolapso anterior debe analizarse en términos de un segmento de la pared vaginal en lugar de los órganos que se encuentran detrás de él. Por lo tanto, el término "prolapso de la pared vaginal anterior" es

preferible a "cistocele" o "enterocele anterior" a menos que los órganos involucrados se identifiquen mediante pruebas auxiliares. Hay dos sitios anteriores:

Punto Aa: un punto ubicado en la línea media de la pared vaginal anterior, 3 cm proximal al meato uretral externo, correspondiente a la ubicación aproximada del "pliegue uretrovesical", un hito visible de prominencia variable que se borra en muchos pacientes. Por definición, el rango de posición del punto Aa con respecto al himen, es de -3 a +3 cm.

Punto Ba: un punto que representa la posición más distal (es decir, la más dependiente) de cualquier parte de la pared vaginal anterior superior desde el manguito vaginal o el fórnix vaginal anterior hasta el punto Aa. Por definición, el punto Ba está a -3 cm en ausencia de prolapso y tendría un valor positivo igual a la posición del manguito en mujeres con eversión vaginal post histerectomía total.

Dos puntos están en la vagina superior. Estos puntos representan las ubicaciones más proximales del tracto reproductivo inferior normalmente posicionado.

Punto C: un punto que representa el borde más distal (es decir, el más dependiente) del cuello uterino o el borde delantero del manguito vaginal (cicatriz de histerectomía), después de la histerectomía total.

Punto D: un punto que representa la ubicación del fórnix posterior (o bolsa de Douglas) en una mujer que todavía tiene un cuello uterino. Representa el nivel de unión del ligamento sacro externo al cuello uterino posterior proximal. Se incluye como un punto de medición para diferenciar el fallo suspensorio del complejo ligamento uterosacro-cardinal del alargamiento cervical. Cuando la ubicación del punto C es significativamente más positivo

que la ubicación del punto D, es indicativo de alargamiento cervical, que puede ser simétrico o excéntrico. El punto D se omite en ausencia del cuello uterino.

Dos puntos están en la pared vaginal posterior, debe discutirse en términos de segmentos de la pared vaginal en lugar de los órganos que se encuentran detrás de ella. Por lo tanto, el término "prolapso de la pared vaginal posterior" es preferible a "rectocele" o "enterocele".

Punto Bp: un punto que representa la posición más distal (es decir, la más dependiente) de cualquier parte de la pared vaginal posterior superior desde el manguito vaginal o posterior vaginal. Por definición, está a -3 cm en ausencia de prolapso y tener un valor positivo igual a la posición del manguito en una mujer con eversión vaginal post histerectomía total.

Punto Ap: un punto ubicado en la línea media de la pared vaginal posterior 3 cm proximal al himen. Por definición, el rango de posición del punto Ap en relación con el himen es de -3 a +3 cm.

El cuerpo perineal se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la abertura anal. Las medidas del hiato genital y el cuerpo perineal se expresan en centímetros. La longitud vaginal total es la mayor profundidad de la vagina en centímetros cuando el punto C o D se reduce a su posición normal completa. (Nota: El alargamiento excéntrico de una pared vaginal anterior o posterior prolapsada no debe incluirse en la medición de la longitud vaginal total).

Cómo hacer y registrar mediciones. La posición de los puntos Aa, Ba, Ap, Bp, C y (si corresponde) D con referencia al himen debe medirse y registrarse. Las posiciones se expresan como centímetros por encima o proximales al himen (número negativo) o centímetros por debajo o distal al himen (número positivo) con el plano del himen definido

como cero. Aunque un examinador puede hacer mediciones al 0.5 cm más cercano, es dudoso que sea posible una mayor precisión. Todos los informes deben especificar claramente cómo se derivaron las mediciones. Las mediciones pueden registrarse como una línea simple de números (por ejemplo, -3, -3, -7, -9, -3, -3, 9, 2, 2 para los puntos Aa, Ba, C, D, Bp, Ap, longitud vaginal total, hiato genital y cuerpo perineal, respectivamente). Se debe tener en cuenta que los últimos tres números no tienen un signo + o - asociado a ellos porque denotan longitudes, no posiciones relativas al himen. Alternativamente, se puede utilizar una cuadrícula de tres por tres para organizar de forma concisa las mediciones.

Se asignan etapas según la porción más grave del prolapso cuando se ha demostrado el alcance total de la protrusión 0 y IV.(21-25)

Estadificación del prolapso pélvico

0 Sin descenso de las estructuras pélvicas durante el esfuerzo

I La superficie principal del prolapso no desciende por debajo de 1 cm por encima del anillo himeneal

II El borde del prolapso se extiende desde 1 cm por encima del himen a 1 cm a través del anillo himeneal

III El prolapso se extiende más de 1 cm del anillo del himen, pero no hay una eversión vaginal completa.

IV La vagina está completamente evertida (4)

Tratamiento

Tratamiento conservador. El prolapso se puede manejar de manera conservadora con intervenciones de estilo de vida, fisioterapia y entrenamiento muscular del piso pélvico, así como con anillos vaginales y pesarios, sin embargo, la cirugía se considera un tratamiento definitivo para el prolapso de los órganos pélvicos si la paciente es candidata a éste. (13)

Los pesarios, o dispositivos colocados en la vagina para sostener el útero o las paredes vaginales, se han utilizado durante miles de años para tratar el prolapso de órganos pélvicos. Hipócrates documentó el uso de granadas empapadas en vinagre como pesarios vaginales, y los pesarios de anillo hechos de madera, corcho, plata y oro se describieron a principios del siglo XVIII, en el siglo XIX, el desarrollo de pesarios hechos de caucho vulcanizado permitió un uso más seguro a largo plazo. Los pesarios siguieron siendo el tratamiento de elección para el prolapso de órganos pélvicos hasta principios de 1900, cuando había más de 100 tipos de pesarios disponibles, pero su uso disminuyó en las décadas siguientes a medida que los avances en técnicas asépticas y anestésicas hicieron que la corrección quirúrgica fuera más factible.(4)

Recientemente, el interés en los pesarios como una opción de tratamiento no invasivo en una encuesta de 2000 de miembros de la AUS, la mayoría (77%) informó haber usado pesarios como terapia de primera línea para el prolapso, pero algunos (12%) ofrecieron pesarios solo a mujeres que no eran candidatas a una corrección quirúrgica. (4)

Muchos expertos ahora recomiendan los pesarios como una opción de tratamiento a largo plazo para cualquier mujer que busque terapia no quirúrgica, no sólo para mujeres para quienes la cirugía no es una opción. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de los pesarios sigue siendo limitada. (4)

Las tasas de adaptación exitosa de pesarios en la literatura varían de 41% a 92%, con definiciones variables utilizadas para el éxito. A menudo, se requieren más de una visita y el uso de dos o más pesarios para el ajuste. La edad, el estadio del prolapso y el tipo de defecto de soporte (p. Ej., Anterior, posterior o apical) no están asociados con la falla del ajuste. En varios estudios, la histerectomía previa y la cirugía reconstructiva previa fueron más comunes en las personas con insuficiencia de ajuste pesario. Los posibles predictores anatómicos incluyen un introito ancho (> 4 dedos) y una longitud vaginal corta (<7 cm). Entre las mujeres posmenopáusicas, el uso de terapia de estrógenos vaginal puede aumentar las tasas de éxito de adaptación de pesarios. (4)

Tratamiento quirúrgico. La indicación principal para la reparación quirúrgica de la prolapso vaginal anterior es aliviar los síntomas cuando existen, o como parte de un procedimiento reconstructivo pélvico integral para múltiples sitios de prolapso de órganos pélvicos con o sin incontinencia urinaria. La cirugía de prolapso se realiza con mayor frecuencia en mujeres de 70 a 79 años, seguida de mujeres de 60 a 69 años y de 50 a 59 años. Hasta 1991, el procedimiento más popular para la cirugía de prolapso era la amputación del colículo cervical con colporrañas, es decir, la operación de Manchester. Desde 1992, las colporrañas anteriores y posteriores con o sin histerectomía vaginal, han sido el tipo más común de cirugía de prolapso. (13,26)

Existen varios enfoques quirúrgicos de diversa complejidad para la cirugía de prolapso de órganos pélvicos. Estos enfoques abarcan desde procedimientos obliterativos, como la colpocleisis, hasta procedimientos reconstructivos que incluyen colpopexia abdominal, vaginal y laparoscópica o robótica. Las ventajas del enfoque obliterativo incluyen la opción de anestesia local, tiempos quirúrgicos más cortos, pérdida de sangre más baja y

recuperación más rápida. Estos beneficios, en combinación con tasas de éxito extremadamente altas de más del 90%, hacen que este procedimiento sea ideal, sin embargo, el uso en el mundo real y los resultados de este procedimiento obliterativo en comparación con otros procedimientos reconstructivos aún no se han explorado.(20,26)

Al evaluar a mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria o fecal, se debe prestar atención a todos los aspectos del soporte de órganos pélvicos. El cirujano reconstructivo debe determinar los sitios específicos de daño para cada paciente, con el objetivo final de restaurar tanto la anatomía como la función. (4)

Colpoplastia anterior. El objetivo de la colpografía anterior es doblar las capas de la muscularis vaginal y la adventicia que recubren la vejiga (“fascia pubocervical”) o doblar y volver a unir el tejido paravaginal de tal manera que se reduzca la protrusión de la vejiga y la vagina.

El procedimiento quirúrgico comienza con el paciente en decúbito supino, se administra el anestésico elegido y se puede administrar una dosis intravenosa perioperatoria de un antibiótico apropiado como profilaxis contra la infección. El abdomen, la vagina y el perineo se preparan y cubren de forma estéril, y se inserta una sonda Foley de 16 Fr con un globo de 5 ml para identificar fácilmente el cuello de la vejiga.

Se coloca un espéculo ponderado en la vagina. Se pueden inyectar soluciones hemostáticas (como lidocaína al 0.5% con epinefrina 1: 200.000) o solución salina debajo del epitelio a lo largo de la línea media de la pared vaginal anterior para disminuir el sangrado y ayudar en la disección. Si se ha realizado una histerectomía vaginal, el vértice inciso de la pared

vaginal anterior se sujeta transversalmente con dos pinzas de Allis y se eleva. De lo contrario, se hace una incisión transversal o en forma de diamante en el epitelio vaginal cerca del ápice. Se coloca una tercera pinza de Allis a unos 2 cm por debajo del margen posterior del meato uretral y se tira hacia arriba. Si se va a hacer un cabestrillo de la uretra media, la incisión solo se hace en el cuello de la vejiga. Se pueden colocar pinzas de Allis adicionales en la línea media entre la uretra y el ápice. Se usa un bisturí para abrir la pared anterior en la línea media. Alternativamente, las puntas de un par de tijeras mayo curvas se insertan entre el epitelio vaginal y la musculatura vaginal, o entre las capas de la musculatura vaginal, y se empujan suavemente hacia arriba mientras se mantienen entreabiertas / semicerradas. Se hace una incisión en la vagina en la línea media y se continúa hasta el nivel de la uretra media (o el cuello de la vejiga si se hace un cabestrillo). A medida que se hace la incisión en la vagina, se sujetan los bordes con pinzas de Allis o en T y se dibujan lateralmente para una mayor movilización. La disección de los colgajos vaginales se realiza girando las pinzas hacia atrás a través del dedo índice e incidiendo la muscular vaginal con un bisturí o tijeras metzenbaum. Un asistente mantiene una tracción constante medialmente sobre la muscular vaginal restante y la adventicia vesicovaginal subyacente. Este procedimiento se realiza bilateralmente hasta que toda la extensión de la vagina anterior.

En una colpografía anterior estándar, se colocan puntos con suturas de absorción retardada No. 2-0 o 0 en el tejido vaginal (muscular y adventicia) medial a los colgajos vaginales y se pliegan en la línea media sin tensión excesiva. Dependiendo de la gravedad del prolapso, se colocan una o dos filas de suturas de plicatura o una sutura en bolsa de tabaco seguida de

suturas de plicatura, posteriormente se recorta el exceso de epitelio vaginal de los colgajos bilateralmente y se cierra la pared vaginal anterior restante con una sutura continua N ° 2-0.

Las operaciones contra la incontinencia se realizan a menudo al mismo tiempo que la reparación del prolapso vaginal anterior para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo coexistente; La colocación de cabestrillos en el cuello de la vejiga suburetral también puede mejorar la tasa de curación del prolapso.

El aumento protésico de la reparación del prolapso vaginal anterior es una innovación popular, aunque en evolución. Hay muchas variaciones en las técnicas y materiales utilizados, pero relativamente pocos estudios de calidad hasta la fecha.(4)

Complicaciones

Las complicaciones intraoperatorias son poco frecuentes con la reparación del prolapso vaginal anterior. Puede producirse una pérdida de sangre excesiva, lo que requiere una transfusión de sangre, o puede desarrollarse un hematoma en la vagina anterior, esto es probablemente más común después de la reparación paravaginal vaginal que la anterior. (4)

La cistotomía accidental debe repararse en capas al momento de la lesión. Después de la reparación de la cistotomía, la vejiga generalmente se drena durante 7 a 14 días para permitir una curación adecuada. El daño u obstrucción ureteral ocurre raramente (0% –2%), generalmente con prolapsos de vejiga muy grandes o con prolapso apical. Otras complicaciones raras incluyen sutura intravesical o uretral y fistulas, ya sean uretrovaginales o vesicovaginales. Si se utilizan suturas permanentes o material de malla en la reparación, pueden producirse erosión, áreas crónicas de tejido de granulación vaginal o

granulomas. La incidencia de estas complicaciones varía del 3% al 39%. Las infecciones del tracto urinario son comunes (especialmente con el uso simultáneo de catéteres), pero otras infecciones como los abscesos pélvicos o vaginales son menos comunes.(4)

La dificultad para orinar puede ocurrir después de la reparación del prolapso vaginal anterior. Este problema puede ocurrir con mayor frecuencia en mujeres con disfunción miccional preoperatoria subclínica. El tratamiento consiste en el drenaje de la vejiga o el autocateterismo intermitente hasta que se reanude la micción espontánea, generalmente dentro de las seis semanas posteriores.(4)

La función sexual puede verse afectada positiva o negativamente por las operaciones vaginales para el prolapso vaginal anterior. Después de la operación, el 24% de los pacientes experimentó una mejora en su satisfacción sexual, el 67% no experimentó cambios y el 9% experimentó deterioro.(4)

Reoperación. Tradicionalmente, los investigadores han definido el éxito quirúrgico utilizando el resultado anatómico satisfactorio POPQ etapa 0-1 y la falla quirúrgica definida como POPQ etapa 2 o superior. (11)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la sensación de bienestar total de una persona y considera múltiples dimensiones que incluyen (pero no se limitan a) su salud social, física y emocional, posterior a la cirugía de órganos pélvicos se ha demostrado mejoría en la calidad de vida de estas pacientes.(11,27)

Existe un 11% de riesgo de someterse a una cirugía para el prolapso o la incontinencia a la edad de 80 años, con un 30% de riesgo de reoperación. Aproximadamente el 5% de las

pacientes desarrollaron prolapso vaginal anterior recurrente, y el 8% desarrolló un enterocele recurrente después de un promedio de dos años de seguimiento.(4)

Los factores de riesgo para el fracaso de la reparación del prolapso vaginal anterior no se han estudiado específicamente por separado de los estudios de prolapso total. El prolapso vaginal, en general, recurre con el aumento de la edad y la duración del seguimiento, pero la frecuencia real es desconocida y tiende a variar con diferentes definiciones de prolapso. La recurrencia puede representar una falla en la identificación y reparación de todos los defectos de soporte, o debilitamiento, estiramiento o rotura de los tejidos de los pacientes, como ocurre con la edad avanzada y después de la menopausia. Otras características que pueden aumentar las posibilidades de recurrencia son la predisposición genética, el embarazo posterior, el trabajo pesado, la enfermedad pulmonar crónica, el tabaquismo y la obesidad.(4)

Es importante darse cuenta de que es probable que las tasas de reoperación representen la "punta del iceberg" en términos de resultados quirúrgicos fallidos, ya que muchas mujeres con recurrencia de prolapso sintomático pueden no elegir otra operación; no obstante, la cirugía repetida para prolapso recurrente es un resultado no deseado que, en la mayoría de los casos, debería considerarse un fracaso quirúrgico. Las tasas de reoperación después de la cirugía prolapso de órganos pélvicos varían ampliamente en el estado de la cuestión. En los estudios realizados no se distingue entre reoperación por incontinencia o prolapso en su informe, o no se distingue entre la reoperación de prolapso en los mismos compartimientos operados originalmente y el desarrollo de un nuevo prolapso en un nuevo segmento de la vagina ("POP de novo").(11, 15, 16)

Con el fin de proporcionar algo de claridad para futuros estudios se debería especificar lo siguiente:

a) Cirugía de prolapso en un nuevo sitio o compartimiento después de una cirugía previa en un compartimento diferente (por ejemplo, reparación anterior después de reparación posterior previa).

b) Repetir cirugía: una operación de repetición para prolapso que surge del mismo sitio.

c) Cirugía por complicaciones: dolor, o compromiso del paciente (hemorragia/infección).

d) Cirugía para afecciones no relacionadas con el prolapso como cirugía posterior por incontinencia urinaria de esfuerzo o incontinencia fecal.(11, 15)

Un análisis secundario reciente describió las tasas de éxito quirúrgico de la siguiente manera:

- El 94,3% logró éxito quirúrgico cuando se definió como la ausencia de prolapso más allá del himen.
- La curación subjetiva (ausencia de síntomas de bulto) ocurrió en el 92.1%
- La ausencia de retratamiento ocurrió en el 97.2% de los sujetos.

Se concluyó que la ausencia de síntomas de abultamiento vaginal después de la operación tiene una relación significativa con la evaluación de una paciente de su mejoría general, mientras que el éxito anatómico por sí solo no. Por lo que para considerar un procedimiento exitoso se recomienda:

1. Cualquier definición de éxito después de la cirugía POP debe incluir la ausencia de síntomas de abultamiento además de los criterios anatómicos y la ausencia de un nuevo tratamiento.
2. Usar el himen como umbral para el éxito anatómico parece un enfoque razonable y defendible. (11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Argumentación

Está ampliamente aceptado que el 50% de las mujeres desarrollarán prolapso DE ÓRGANOS PÉLVICOS, pero solo del 10 al 20% de ellas buscan una evaluación para su condición DE QUE a lo largo de su vida.

El prolapso de órganos pélvicos influye en las actividades diarias de las pacientes, CON impacto en la calidad de vida y factores económicos en cuanto a costos de servicios de salud.

Los cambios demográficos, incluido el envejecimiento de la población, tienen implicaciones importantes para la planificación futura de los servicios de salud de la mujer. Wu y col. en su estudio del 2009 pronosticaron que para el 2050 el número de mujeres que padecen prolapso de órganos pélvicos aumentará en un mínimo del 46%; Luber y col. en su estudio han demostrado en un gran estudio demográfico que la incidencia máxima de síntomas atribuidos al prolapso se da entre los 70 y los 79 años DE EDAD, por lo que con el aumento de la **incidencia como la prevalencia** CUAL DE LAS DOS? de la cirugía de prolapso aumentan con la edad, **encontrando que las mujeres mayores de 80 años son actualmente el segmento de población de más rápido crecimiento,** EXPLICAR QUE ES UNA POBLACION EN AUMENTO POR LA EXPECTATIVA DE VIDA México no es la excepción por lo que es importante continuar con tratamientos de calidad que ayuden a pacientes con este tipo de padecimientos.

El Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” es un hospital con la subespecialidad de urología ginecológica, al cual se realiza referencia de pacientes con

problemas del piso pélvico, brindando atención a este tipo de padecimientos. Para un paciente, el resultado más importante de un procedimiento quirúrgico, es el alivio de sus síntomas y la mejora de su calidad de vida, por lo que es importante el conocimiento de las complicaciones a corto y largo PLAZO para COMPRENDER (SOPESAR) adecuadamente el riesgo-beneficio que proporciona cada uno de los tratamientos implicados.

Diversos estudios (ESPECIFICAR QUE ESTUDIOS) han utilizado una combinación de criterios anatómicos y la presencia o ausencia de síntomas para definir el éxito del tratamiento QUIRURGICO, por lo que cualquier definición de éxito después de la cirugía CORRECTIVA O PARA EL TRATAMIENTO DE prolapso de órganos pélvicos debe incluir la ausencia de síntomas de **abultamiento** DEFINIR BIEN QUE SIGNIFICA además de los criterios anatómicos y la **ausencia de un nuevo tratamiento** QUE NO REQUIERE NUEVA CIRUGIA.

El prolapso vaginal anterior (ESPECIFICAR QUE TIPO DE PRLAPSO)es de los más citados en el **estado de la cuestión** QUITARLO NO CANTINFLEAR, encontrando que posterior al tratamiento quirúrgico se observa una recidiva de prolapso hasta del 30% ESPECIFICAR EL ARTICULO DE ESTA AFIRMACION. En el área de urología ginecológica del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados para el tratamiento de este tipo de afección es la colpoplastia anterior, de aquí la importancia del estudio de la tasa de recidiva, así como factores de riesgo implicados en la recidiva de los prolapsos de órganos pélvicos posterior a la realización de esta técnica quirúrgica DEFINIR LA TECNICA QUIRURGICA USADA, así como diferenciar la recidiva clínica o sintomática de los prolapsos en nuestras pacientes estudiadas para valorar nuestra tasa de éxito en este tipo de procedimiento quirúrgico; la

consideración de estos factores, permitirá brindar una mejor atención a toda la población femenina de este hospital.

EXPON NECESIDAD MODALIDAD Y FIN DEL ESTUDIO

PONER SI HAY ARTIVULOS DE ESTE TIPO E OTRO HOSPITAL EN ALGUN LUGAR DEL MUNDO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuántas pacientes presentaron **RECIDIVA** de prolapso de órganos pélvicos posterior a la realización de colpoplastia anterior en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” de 01 DE enero de 2017 a 31 DE diciembre de 2019? **PONER MAS COSAS ESPECIFICAS**

ANALIZAR MOTIVO POR EL CUAL TUVO LA RECIDIVA

COMPLICACIONES COMO INFECCION O PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES

JUSTIFICACIÓN

El prolapso de órganos pélvicos constituye una de las indicaciones más frecuentes en cirugía ginecológica, la historia clínica, el examen ginecológico y los diversos métodos diagnósticos se constituyen en la base primaria que dará los estándares para identificar el problema, seleccionar el tratamiento adecuado para cada paciente y lograr el éxito deseado por el médico y esperado por el paciente.

La indicación principal para la reparación quirúrgica del prolapso vaginal es aliviar los síntomas cuando existen, existen varios enfoques quirúrgicos de diversa complejidad para la cirugía de prolapso de órganos pélvicos. Sin embargo a pesar de esto se ha visto que la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos hasta **en el 30% de las pacientes** posterior a un tratamiento quirúrgico, afectando una vez más la calidad de vida de las pacientes.

ESPECIFICAR LA BIBLIOGRAFIA

En el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” uno de los procedimientos más realizados en la unidad de urología ginecológica es la colpoplastia anterior ESPECIFICA CUAL ES LA USADA, por lo que este trabajo nos permitirá conocer la recidiva 8NO SIRVE DE NADA SI NO PONGO PARA QUE QUIERO CONOCER LA RECIDIVA Y CUAL ES LA AUSA DE LA RECIDIVA del prolapso de órganos pélvicos en las pacientes con prolapso de órganos pélvicos tratadas mediante esta técnica quirúrgica en el servicio de urología ginecológica de éste hospital, para fines de enseñanza y e investigación.

Asimismo, esto nos permitirá mejorar las estrategias en el tratamiento de esta patología en beneficio de las pacientes de este hospital en cuanto a la atención recibida.

POR QUE DEBO REALIZAR ESTA INVESTIGACION

MOTIVOS DE LA INVESTIGACION

QUE BUSCO CON ESTA INVESTIGACION

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la recidiva de prolapso de órganos pélvicos, posterior al tratamiento mediante la técnica de colpoplastia anterior en población atendida en Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” en el periodo de enero de 2017 a diciembre de 2019.

Objetivos específicos

Conocer la recidiva de prolapso de órganos pélvicos de manera clínica.

Conocer la recidiva de prolapso de órganos pélvicos de manera sintomática.

Conocer factores de riesgo presentes en la recidiva de los prolapsos de órganos pélvicos posterior a la reparación mediante colpoplastia anterior.

Determinar el grado de prolapso que presentan las pacientes con recidiva de prolapso de órganos pélvicos posterior a la reparación mediante colpoplastia anterior.

Determinar el tiempo en que se presentan los síntomas en la recidiva del prolapso de órganos pélvicos tanto clínica o sintomática.

Determinar cuantas pacientes fueron re intervenidas quirúrgicamente posterior a la realización de colpoplastia anterior como tratamiento de prolapso de órganos pélvicos.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Previa aceptación del protocolo de investigación por el comité de ética e investigación del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini, se procedió a realizar un estudio observacional.

Diseño del estudio

Descriptivo

Transversal

Ambispectivo

Método de captura de datos

Se solicitó a través de formato por escrito (expediente), información acerca de las pacientes post operadas de colpoplastia anterior, tanto el procedimiento quirúrgico, así como las consultas de revisión posteriores al procedimiento quirúrgico en el “Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini”.

Una vez obtenida la información, se clasificó por grupos de acuerdo a los datos requeridos para cada objetivo específico.

El análisis estadístico se realizó por medio del cálculo de porcentaje de las variables. Para la tabulación de datos se requirió de programas de cómputo tales como Microsoft Office y Microsoft Excel para la reunión de datos obtenidos.

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento en un ser humano.	Tiempo de vida de la paciente desde el nacimiento corroborado por documento oficial (ine)	Cuantitativa Discreta	Años
Consultas de control	Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los	Citas otorgadas y realizadas posterior al procedimiento quirúrgico	Cuantitativa Discreta	Número

	factores de riesgo.			
Comorbilidades	Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.	La presencia de comorbilidades asociadas: Diabetes Mellitus II, Hipertensión arterial crónica y Obesidad	Cualitativa Nominal Politómica	A) presencia de Diabetes Mellitus II B) Presencia de Hipertensión Arterial Crónica C)Presencia de Obesidad D) Presencia de 2 o mas al mismo tiempo
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Número de cesáreas, partos, abortos, embarazos ectópicos	Cuantitativa Discreta tómica	Número de partos, cesáreas, abortos, embarazos ectópicos.
Histerectomía	Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.	Antecedente de histerectomía previo a padecimiento terapéutico de prolapso de órganos pélvicos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presencia Ausencia
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.	Antecedente de consumo previo o actual de tabaco en la paciente en estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presencia Ausencia
Actividad laboral	Se entiende por laboral a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo,	Actividades en las que se realice levantamiento de objetos pesados	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente

	entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social			
Estrato socioeconómico	El estrato socioeconómico es la forma a la que se denomina a los distintos grupos sociales, es decir, a los grupos en los que se agrupa una sociedad por determinadas razones como la economía o el nacimiento.	Categorías: alto, medio y bajo, en las cuales una familia puede ser ubicada dependiendo de su ingreso, educación y ocupación.	Cualitativa Nominal Politómica	A/B: Clase Alta C+: Clase Media Alta C: Clase Media D+: Clase Media Baja D: Clase Baja
Recurrencia de prolapso de órganos pélvicos	Manifestación o aparición repetida de algo	Presencia de prolapso de órgano pélvicos posterior a tratamiento mediante colpoplastia anterior	Cualitativa Ordinal Politómica	POP Q Grado I, II, III, IV
Tiempo de presentación de síntomas de recurrencia de prolapso de órganos pélvicos	Período de tiempo en que inicia la manifestación de alteraciones del piso pélvico	Presencia de síntomas de prolapso de órganos pélvicos posterior a tratamiento mediante colpoplastia	Cualitativa nominalCua	1 semana posterior a colpoplastia anterior 1 mes posterior a colpoplastia

		anterior		anterior 3 meses o mas posterior a colpoplastia anterior
--	--	----------	--	--

Universo de trabajo y muestra

Se incluyeron todas las pacientes post operadas con colpoplastia anterior por previo padecimiento de prolapso de órganos pélvicos, en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” en el periodo de enero de 2017 diciembre de 2019.

Criterios de inclusión

Pacientes con antecedente de padecimiento de prolapso de órganos pélvicos post operadas de colpoplastia anterior en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

Criterios de exclusión

Pacientes con antecedente de padecimiento de prolapso de órganos pélvicos post operadas de colpoplastia anterior en otro hospital.

Pacientes con antecedente de padecimiento de prolapso de órganos pélvicos post operadas con alguna otra técnica quirúrgica.

Pacientes con padecimiento de prolapso de órganos pélvicos en tratamiento conservador.

Criterios de eliminación

Pacientes en los que se desconoce el seguimiento post quirúrgico.

Límite de tiempo y espacio

Se incluyeron todas las pacientes intervenidas por prolapso de órganos pélvicos mediante técnica de colpoplastia anterior en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” en el periodo de enero de 2017 a diciembre de 2019.

Instrumento de investigación

Se compone de una hoja de registro dentro del cual se recabarán los datos obtenidos a través de los diferentes expedientes previamente solicitados al servicio de Archivo del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

Las medidas a utilizar fueron de frecuencia y porcentaje. Con base a los datos que se obtuvieron de la bitácora de registro, en primer lugar, se realizó una gráfica donde se proyecta la frecuencia de prolapso de órganos pélvicos en pacientes post operadas previamente de colpoplastia anterior. Posteriormente, se realizó una gráfica comparativa entre las pacientes para corroborar si la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos es con tendencia cínica o solo sintomatológica. Por último, se realizó una gráfica donde se observa si los factores de riesgo son predisponentes de la recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos, de acuerdo con el título segundo, capítulo I, artículo 17 en el que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, clasificando las investigaciones en 3 categorías: sin riesgo, riesgo mínimo e investigación con riesgo mayor que el mínimo, considerándose el presente estudio como “Investigación sin riesgo” ya que es un estudio en el que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las

pacientes que participarán en el estudio, ya que se utilizará una bitácora de registro de información y revisión de expedientes clínicos.

Así mismo de acuerdo al artículo 23, del capítulo y título antes citados, el cual estipula que en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado, por lo que en éste caso no se solicitó consentimiento informado a las pacientes del estudio por tratarse únicamente de un estudio observacional y sin riesgo para las mismas.

El protocolo de estudio se someterá a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” certificando que se apegue a los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos de México, y a la declaración de Helsinki.

Adicionalmente, se mantendrá la confidencialidad de las pacientes de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación fue autofinanciable por la tesista.

ORGANIZACIÓN

M.C. Diana Cortés Ronquillo, Tesista: Se encargó de la redacción de la Tesis, examinó junto con su director, la calidad de los datos, el análisis estadístico, así como resultados y su consecuente discusión.

CRONOGRAMA

	Junio 2020	JULIO 2020	AGOSTO- SEPTIEMBRE 2020	NOVIEMBRE 2020	DICIEMBRE 2020
--	-------------------	-------------------	--	---------------------------	---------------------------

Presentación de protocolo	X				
Aprobación de protocolo		X			
Registro de protocolo		X			
Termino de protocolo			X		
Recabar resultados			X		
Integración de proyecto				X	
Termino				X	
Presentación de tesis					X

RESULTADOS

De las pacientes atendidas en la clínica de Uroginecología del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, se obtuvo una muestra de 21 pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos clínico y sintomático, de las cuales se eliminó una paciente que decidió abandonar el seguimiento posterior al tratamiento quirúrgico, para finalizar con 20 pacientes en estudio.

Del total de pacientes el promedio de edad fue de 60 años con una edad mínima de 43 y una edad máxima de 73 años.

Tabla 1. Edad de pacientes con Prolapso de Órganos Pélvicos
Fuente: Archivo clínico HMPMPS

En la muestra las pacientes presentaron prolapsos grados II – IV, los grados de prolapso que más se presentaron en un 25% (5 pacientes) cada uno fueron el pop II y el POP III. El mayor prolapso de órganos pélvicos fue de grado IV en un 10 % (2 pacientes). Todas ellas presentaban prolapsos sintomáticos, por lo que se les ofreció tratamiento quirúrgico el cual aceptaron.

TOTAL DE PACIENTES	20
PROMEDIO	60
MAXIMA	73
MINIMA	43

Tabla 2. Porcentaje del tipo de Prolapso de órganos pélvicos presentado en las pacientes, previo a colpoplastia anterior.

POP PREVIO A CIRUGÍA	NO. DE CASO	PORCENTAJE
POP II Aa	5	25.00%
POP II AaBa	3	15.00%
POP II AaBb	1	5.00%
POP III AaBa	7	35.00%
POP III AaBaC	2	10.00%
POP IV AaBa	2	10.00%
TOTALES	20	100.00%

Fuente: Archivo clínico HMPMPS

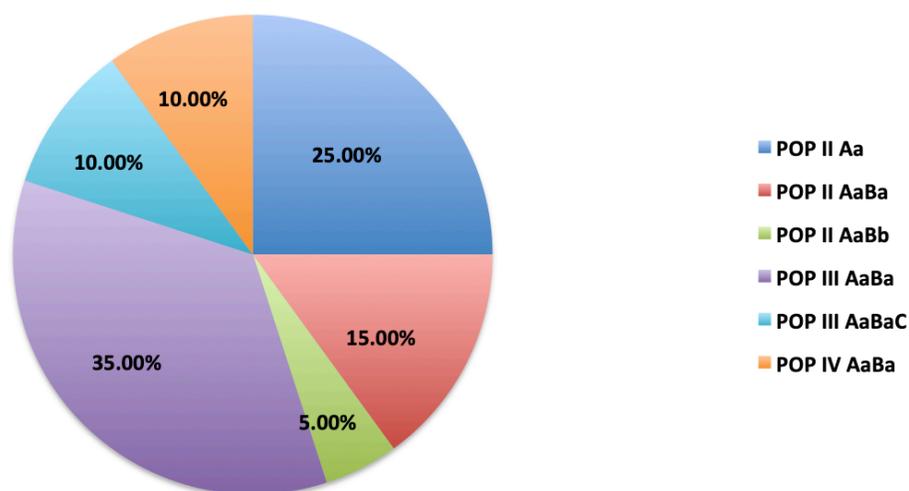


Gráfico 1. Grado de Prolapso de órganos pélvicos previo a colpoplastia anterior.
Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Del total de pacientes estudiadas, el promedio de embarazos vía vaginal fue de 4, obteniendo una máxima de 11 y una mínima de 1 parto vía vaginal.

Tabla 3. Resolución de partos vía vaginal de las pacientes

TOTAL DE PACIENTES	20
PROMEDIO	4
MINIMA	1
MAXIMA	11

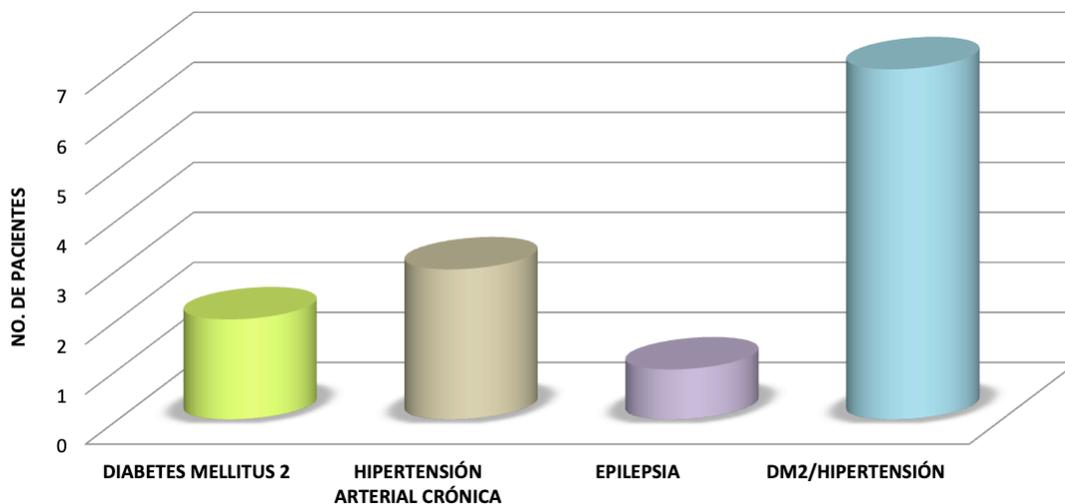
Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Las comorbilidades presentadas fueron Diabetes Mellitus II, 2 pacientes; hipertensión arterial crónica, 3 pacientes; epilepsia, 1 paciente; así como 7 pacientes que presentaban Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial crónica al mismo tiempo.

Tabla 4. Comorbilidades presentadas

ENFERMEDAD	NO. PACIENTE
DIABETES MELLITUS 2	2
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	3
EPILEPSIA	1
DM2/HIPERTENSIÓN	7
NINGUNA	7
PACIENTES	20

Fuente: Archivo clínico HMPMPS



Gráfica 2. Comorbilidades presentadas al momento del estudio

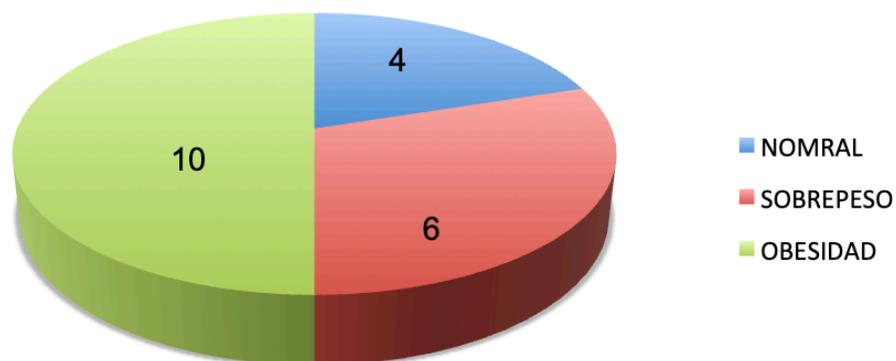
Fuente: Archivo clínico HMPMP

Tabla 5. IMC al momento del estudio

IMC	NO. DE CASO	PORCENTAJE
NORMAL	4	20.00%
SOBREPESO	6	30.00%
OBESIDAD	10	50.00%

Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Se presentó en el 80 % de la población de estudio un índice de masa corporal en rangos de sobrepeso y obesidad con un promedio de 28Kg/m².



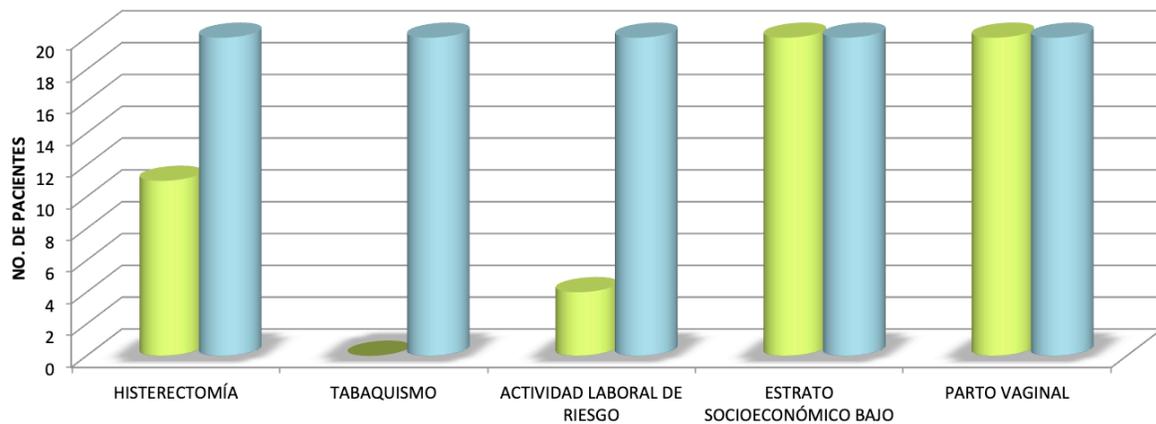
Gráfica 3. Índice de masa corporal que presentaron las pacientes al momento del estudio
Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Los factores de riesgo que se tomaron en cuenta para el estudio fueron: antecedente de histerectomía, presente en 11 pacientes; tabaquismo, el cual no se presentó en ninguna paciente; actividad laboral en que se realizara levantamiento de objetos pesados, presente en 4 pacientes; estrato socioeconómico bajo, presente en todas las pacientes del estudio; y resolución de embarazo vía vaginal, el cual se presentó al igual en todas las pacientes del estudio.

Tabla 6. Factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO	NO. DE CASO	NO TOTAL
HISTERECTOMÍA	11	20
TABAQUISMO	0	20
ACTIVIDAD LABORAL DE RIESGO	4	20
ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO	20	20
PARTO VAGINAL	20	20

Fuente: Archivo clínico HMPMPS



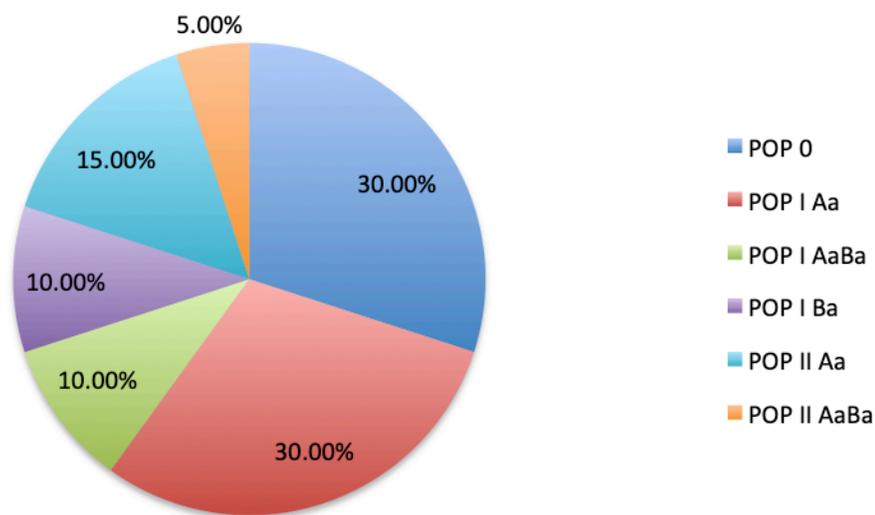
Gráfica 4. Factores de riesgo que presentaron las pacientes en estudio
Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Posterior a la realización de la colpoplastia anterior, todas las pacientes presentan disminución del grado del prolapso de órganos pélvicos, sin embargo, ninguna presentó una estadificación grado 0 posterior a la cirugía.

Tabla 7. Grado de prolapso de órganos pélvicos presentado posterior a la colpoplastia anterior

POP POST A CIRUGÍA	NO. DE CASO	PORCENTAJE
POP 0	6	30.00%
POP I Aa	6	30.00%
POP I AaBa	2	10.00%
POP I Ba	2	10.00%
POP II Aa	3	15.00%
POP II AaBa	1	5.00%
TOTALES	20	100.00%

Fuente: Archivo clínico HMPMPS



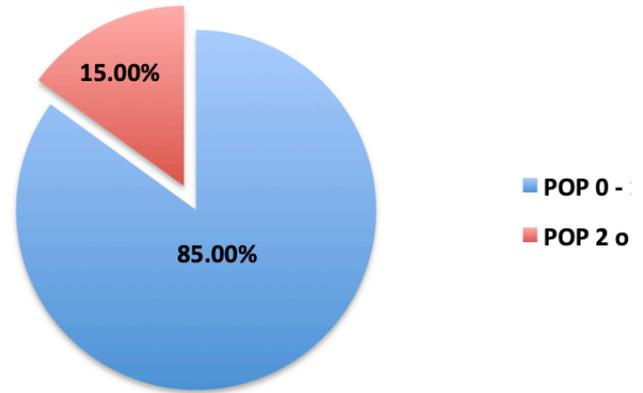
Gráfica 5. Grado de prolapso de órganos pélvicos presentado posterior a la colpoplastia anterior. Fuente: Archivo clínico HMPMPS

El 85% (17 pacientes) de las pacientes presentó un prolapso menor del grado II y el 15% presentaron un prolapso de órganos pélvicos grado II (3 pacientes) posterior a la realización de la colpoplastia anterior.

Tabla 8. Porcentaje de pacientes con prolapso de órganos menor a grado II y porcentaje de pacientes con prolapso de órganos pélvicos igual o mayor a grado I

POP POST A CIRUGÍA	NO. DE CASO	PORCENTAJE
POP 0 - 1	17	85.00%
POP 2 o +	4	20.00%

Fuente: Archivo clínico HMPMPS



Gráfica 6. Porcentaje de pacientes con prolapso de órganos menor a grado II y porcentaje de pacientes con prolapso de órganos pélvicos igual o mayor a grado II. Fuente: Archivo clínico HMPMPS

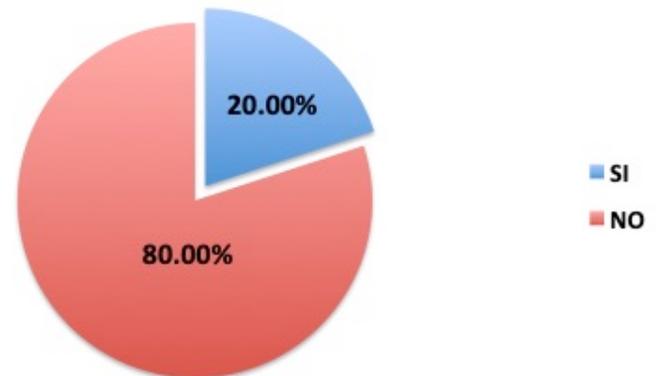
Del total de pacientes estudiadas, solamente el 20% (4 pacientes) presentaron recurrencia de prolapso de órganos pélvicos posterior a la colpoplastia anterior.

Tabla 9. Porcentaje de pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos posterior a la colpoplastia anterior

RECURRENCIA DE POP	NO. DE CASO	PORCENTAJE
SÍ	4	20.00%
NO	16	80.00%
TOTALES	20	100.00%

Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Gráfica 7. Porcentaje de pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos posterior a la colpoplastia anterior. Fuente: Archivo clínico HMPMPS

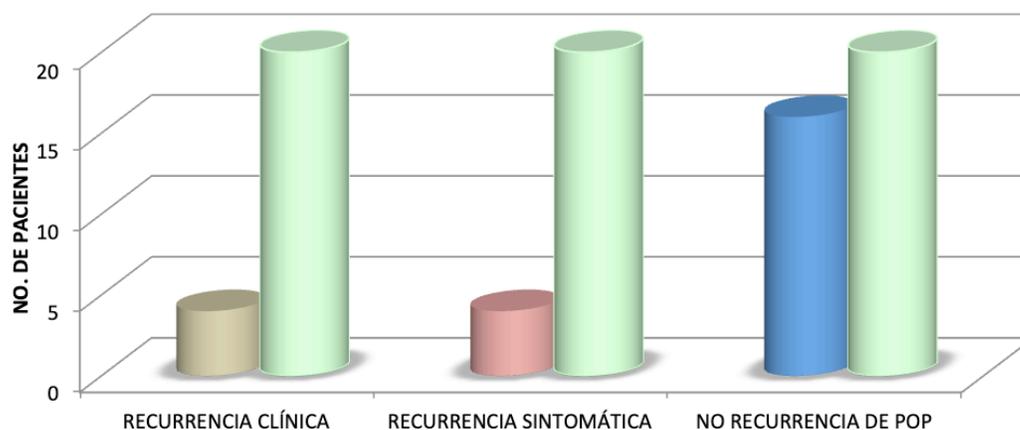


Las pacientes que presentaron recurrencia tanto clínica como sintomática de prolapso de órganos pélvicos.

Tabla 10. Porcentaje de pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos clínica y sintomática

RECURRENCIA POP	NO. PACIENTE
RECURRENCIA CLÍNICA	4
RECURRENCIA SINTOMÁTICA	4
NO RECURRENCIA DE POP	16

Fuente: Archivo clínico HMPMP



Gráfica 8. Porcentaje de pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos clínica y sintomática. Fuente: Archivo clínico HMPMPS

De las pacientes que presentaron prolapso de órganos pélvicos, todas contaban con al menos 3 factores de riesgo, incluyendo parto vaginal y estrato socioeconómico bajo en todas, en un 90% se presentaron comorbilidades, obesidad y antecedente de histerectomía, ninguna de ellas presentó actividad laboral de riesgo ni tabaquismo.

Tabla 11. Factores de riesgo en común que presentaron las pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

PACIENTE	FACTORES DE RIESGO EN POP
PACIENTE 1	A,D,E,F,G
PACIENTE 2	A,D,E,F,G
PACIENTE 3	A,D,E,F
PACIENTE 4	D,E,G

FACTORES DE RIESGO EN POP	NO. DE CASO
HISTERECTOMÍA	A
TABAQUISMO	B
ACTIVIDAD LABORAL DE RIESGO	C
ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO	D
PARTO VAGINAL	E
OBESIDAD	F
COMORBILIDADES	G

Fuente: Archivo clínico HMPMPS

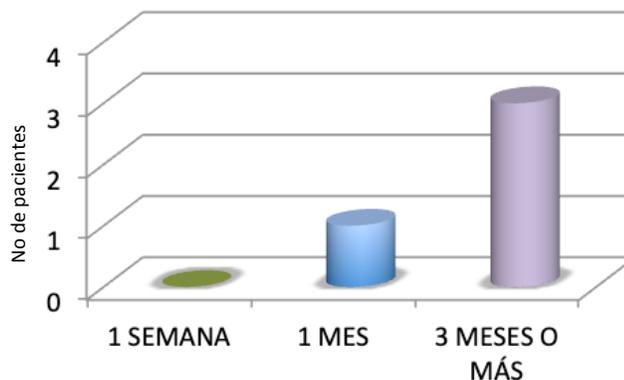
El inicio de los síntomas, tanto físicos como clínicos, comenzaron al mes en 1 paciente y a los 3 meses en las 3 pacientes restantes que presentaron recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

Tabla 12. Tiempo de inicio de síntomas en las pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

INICIO DE RECURRENCIA DE POP	NO. DE CASO	NO TOTAL
1 SEMANA	0	4
1 MES	1	4
3 MESES O MÁS	3	4

Fuente: Archivo clínico HMPMPS

Grafica 10. Tiempo de inicio de síntomas en las pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos. Fuente: Archivo clínico HMPMPS

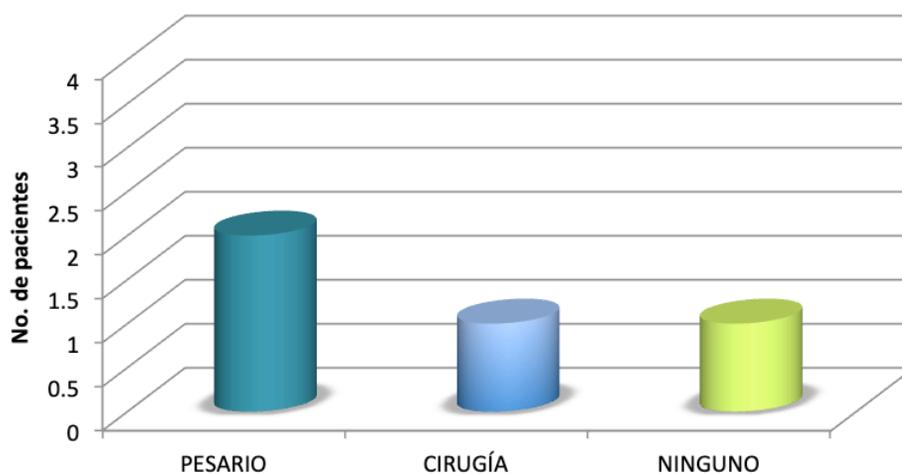


El tratamiento que se brindó a las pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos fue tratamiento conservador en 2 de las pacientes, tratamiento quirúrgico en una de las pacientes, y ningún tratamiento en una de las pacientes.

Tabla 13. Tratamiento en pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RECURRENCIA EN POP	NO. DE CASO	NO TOTAL
PESARIO	2	4
CIRUGÍA	1	4
NINGUNO	1	4

Fuente: Archivo clínico HMPMPS



Gráfica 11. Tratamiento en pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos.

Fuente: Archivo clínico HMPMPS

DISCUSIÓN

En un estudio de revisión Barber Matthew y cols.(11), se afirma que la incidencia anual de la cirugía POP está entre 1.5 y 1.8 casos por 1,000 mujeres por año, con un pico de incidencia en mujeres de entre 60 y 69 años, con una tasa de reintervención del 29,2% posterior a tratamientos quirúrgicos en pacientes con padecimiento de prolapso de órganos pélvicos. La reoperación por recidiva, es una medida importante de la eficacia del procedimiento quirúrgico realizado. Tradicionalmente, se ha definido el éxito quirúrgico utilizando el resultado anatómico de estadio POPQ 0-1 y se ha definido el fracaso quirúrgico como estadio POPQ 2 o superior, de igual modo, es de importancia la ausencia de síntomas de protuberancia vaginal después de la operación pues tiene una relación significativa con la evaluación de la paciente de la mejora general, por lo que deben evaluarse ambos factores para determinar la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos. En la población de este estudio, se encontró una recurrencia del prolapso de órganos pélvicos clínica y sintomática en el 20% de las pacientes. Lo síntomas que refirieron las 4 pacientes eran atribuidos a sensación de bulto pequeño a nivel vaginal, refirieron no ser incapacitante para poder realizar sus actividades cotidianas. Se realizó un examen físico a todas las pacientes en cada una de las consultas de control (una semana, al mes y a los tres meses posteriores a la colpoplastia anterior).

En este estudio, las pacientes que presentaban prolapso de órganos pélvicos desde un grado II hasta grado IV, la mayoría con referencia de sintomatología de sensación de bulto que interfería con sus actividades diarias, por lo que se les propuso un tratamiento quirúrgico. Se realizó a 21 pacientes el procedimiento de colpoplastia anterior observando que en las

pacientes con recidiva de prolapso de órganos pélvicos presentaban un POPQ grado II en las 4 pacientes estudiadas.

El inicio de los síntomas en las pacientes con recidiva de prolapso de órganos pélvicos fue a los 3 meses en 3 de las pacientes y solamente 1 paciente reportó inicio de síntomas al mes posterior a la colpoplastia anterior.

De estas pacientes, sólo una se sometió nuevamente a cirugía, dos continuaron manejo con pesario, y una de ellas se negó a recibir algún otro tratamiento, por lo que en nuestro estudio se encontró una tasa de reoperación del prolapso de órganos pélvicos de 5% en comparación con lo citado en la bibliografía de 29.2%.

Lukacz Emily y cols.(9), realizaron un estudio epidemiológico transversal para evaluar los factores de riesgo, un total de 3050 mujeres fueron seleccionadas al azar de cada uno de los 4 grupos de edad (25-39, 40-54, 55-69 y 70-84 años). Se utilizó un instrumento de encuesta desarrollado para determinar la prevalencia de los trastornos del suelo pélvico en una población, la cual incluyó preguntas sobre vía de parto, menopausia, el uso de hormonas, la histerectomía, la altura y el peso, el tabaquismo, el levantamiento de objetos pesados, estrato socioeconómico bajo, y el historial médico relevante. En este estudio los factores de riesgo que se tomaron en cuenta fueron los siguientes: edad de la paciente, paridad y vía de parto, antecedente de histerectomía, comorbilidades, estrato socioeconómico, tabaquismo, sobrepeso y obesidad y actividad laboral en la que se levantaran objetos pesados, se observó que ninguna de las pacientes del estudio presentó antecedente de tabaquismo, solo 4 de las 20 pacientes reportó levantamiento de objetos pesados por las actividades laborales que realizan y todas las pacientes del estudio pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

Barber Matthew y cols.(11), realizaron un estudio del índice, la incidencia y prevalencia de la cirugía como tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, en el cual la edad en la que las pacientes presentan mayor número de cirugías es de 60 a 69 años con un pico de incidencia en mujeres de 70 años. En la población de el estudio realizado en nuestro hospital encontramos la edad promedio de 60 años, con un rango de 43 a 73 años.

En el estado de la cuestión se indica que el parto vaginal aumentó las probabilidades de cualquier trastorno del suelo pélvico en comparación con el parto por cesárea, en este estudio el 100% de las pacientes que presentaron diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos tenían al antecedente de partos vía vaginal con un promedio de 4 partos vaginales, una mínima de 1 parto vía vaginal y una máxima de 11 partos vía vaginal.

Las Mujeres con obesidad o sobrepeso (IMC >25), tienen el doble de riesgo de desarrollar un prolapso, presentando rangos de IMC > a 25 en el 80% de la población de este estudio, con un promedio de IMC de 28 kg/m².

El estado de la cuestión refiere como factor de riesgo el padecimiento de enfermedades médicas que provocan daños a largo plazo en la microvasculatura y las neuropatías periféricas, como la hipertensión y la diabetes mellitus, sugiriéndose como una posible causa de POP. En nuestra población estudiada encontramos 2 pacientes con padecimiento de DM2 e hipertensión arterial crónica y 7 pacientes con padecimiento de ambas enfermedades; además, se encontró una paciente con padecimiento de epilepsia, sin embargo, aún no contamos con estudios que cataloguen a esta enfermedad como un factor de riesgo para estos padecimientos.

En su estudio DeLancey Jhon (27), se estudió el soporte vaginal en cadáveres que habían sido previamente sometidos a histerectomía, en el cual se concluyó que cualquier afección en el nivel II predisponía un factor crítico en este tipo de patologías, encontrando en estas pacientes prolapsos a nivel de pared vaginal anterior o posterior. En este estudio encontramos que 11 pacientes (55%) presentaban antecedente de histerectomía, lo cual es un factor de riesgo importante para el desarrollo de prolapso de órganos pélvicos.

Cabe destacar que en las pacientes con presencia de recurrencia de prolapso de órganos pélvicos presentaron el 100% antecedente de parto vaginal y estrato socioeconómico bajo, en un 90% se presentaron comorbilidades (DM2, Hipertensión arterial crónica y obesidad) e histerectomía previa, lo cual podría tener relevancia para la recurrencia del prolapso, sin embargo este estudio no cuenta con un análisis suficiente para sustentar este argumento.

CONCLUSIÓN

La indicación principal para la reparación quirúrgica del prolapso vaginal anterior es aliviar los síntomas cuando se presentan, existen varios enfoques quirúrgicos de diversa complejidad para la cirugía de prolapso de órganos pélvicos, por lo que en este estudio se realizó un análisis de la recurrencia del prolapso de órganos pélvicos posterior al tratamiento quirúrgico mediante colpoplastia anterior, siendo ésta una de las cirugías más realizadas en la Unidad de Uroginecología en el Hospital “Mónica Pretelini Sáenz”, encontrando tasas de recurrencia similares a las citadas en la bibliografía, en nuestro caso un 20% del total de las pacientes estudiadas, con un prolapso presentado no mayor a un grado II, lo cual se evaluó mediante una exploración física detallada en cada valoración de control, clasificando las recurrencias con el sistema POP Q. Además de esto se evaluó la sintomatología reportada encontrando una sensación de bulto pequeño, en las 4 pacientes con recurrencia de órganos pélvicos. El inicio de síntomas en la mayoría de las pacientes ocurrió a los tres meses posteriores a la realización de la colpoplastia anterior, con mejoría sintomática en las pacientes con respecto al prolapso que presentaban al inicio de su padecimiento, por lo anterior esta técnica quirúrgica continuará siendo una alternativa terapéutica para las pacientes con padecimiento de prolapso de órganos pélvicos.

Es importante aclarar que el prolapso de órganos pélvicos se puede tratar de forma conservadora con intervenciones en el estilo de vida, fisioterapia y entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, así como con anillos vaginales y pesarios, por lo que nunca se antepondrá a estas medidas terapéuticas una técnica quirúrgica, sin demeritar estas técnicas quirúrgicas como una opción terapéutica para las pacientes que así lo requieran.

Igualmente se analizó si las pacientes con recurrencia de prolapso de órganos pélvicos presentaban factores de riesgo similares que pudieran ser tomados en cuenta para futuras decisiones terapéuticas, se encontró en la mayoría de ellas comorbilidades (DM2 e hipertensión arterial crónica), IMC mayor a 25, y partos vía vaginal, aunque este estudio no tuvo las pruebas suficientes para evaluar completamente la asociación entre la recurrencia del prolapso y los factores de riesgo presentados en común en estas pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar una evaluación periódica a las pacientes posterior a la realización de colpoplastia anterior, teniendo en cuenta una valoración física mediante la clasificación POPQ y la sintomatología reportada por la paciente para poder evaluar el éxito de este procedimiento quirúrgico.

Esta técnica quirúrgica continúa siendo una opción terapéutica para las pacientes candidatas a este tipo de manejo.

Se sabe que un manejo conservador nunca se antepondrá ante una técnica quirúrgica, en la patología de prolapso de órganos pélvicos, sin embargo no se deben de dejar de lado estas técnicas quirúrgicas como tratamiento para prolapso de órganos pélvicos, ya que éstas continúan siendo una opción terapéutica para las pacientes que lo ameriten, por lo que es importante el conocimiento de estas técnicas para las futuras generaciones.

Se necesitan realizar otros estudios donde se evalúe el riesgo relativo de los factores de riesgo que presentaron las pacientes en común con prolapso de órganos pélvicos, para poder ser tomados en cuenta en futuras decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nygaard, I., 2008. Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. *JAMA*, 300(11), p.1311.
2. Suskind A, Jin C, Walter L, Finlayson e. Frailty and the role of obliterative versus reconstructive surgery for pelvic organ prolapse; a national study. *J Urol* 2017;197(4S).
3. Hoffman B, Schorge J, Bradshaw K, Halvorson L, Schaffer J, Corton M, Williams Ginecología, 3ra edición, editorial Mc Graw – Hill, 1999, 763-800pp.
4. Cardozo L, Staskin DR, Textbook of Female Urology and Urogynecology, Editorial Informa Healthcare, 3ra edición, Vol.1, United Kingdom ,771-788 pp.
5. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev. méd. Clín. Las Condes* 2013;24(2):185-189.
6. Descouvieres C, Piso Pélvico Femenino, *Rev. chil. urol.* 2015.
7. Petros P. The Integral System. *Cent European J Urol.* 2011;64:110-119.
8. Ashton-Miller J, DeLancey J. On the Biomechanics of Vaginal Birth and Common Sequelae. *Annu. Rev. Biomed. Eng.* 2009;11(1):163-176.
9. Lukacz E, Lawrence J, Contreras R, Nager C, Luber K. Parity, Mode of Delivery, and Pelvic Floor Disorders. *Obstet. Gynecol.* 2006;107(6):1253-1260.
10. Gutman R, Ford D, Quiroz L, Shippey S, Handa V. Is there a pelvic organ prolapse threshold that predicts pelvic floor symptoms?. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2008;199(6):683.e1-683.e7.
11. Barber M, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1783-1790.

12. Bradley C, Zimmerman M, Qi Y, Nygaard I. Natural History of Pelvic Organ Prolapse in Postmenopausal Women. *Obstet. Gynecol.* 2007;109(4):848-854.
13. Kurkijärvi K, Aaltonen R, Gissler M, Mäkinen J. Pelvic organ prolapse surgery in Finland from 1987 to 2009: A national register based study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2017;214:71-77.
14. Volløyhaug I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen K. Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16-24 years after first delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015;46(4):487-495.
15. Wu J, Dieter A, Pate V, Jonsson Funk M. Cumulative Incidence of a Subsequent Surgery After Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse Procedure. *Obstet. Gynecol.* 2017;129(6):1124-1130.
16. Jones K, Shepherd J, Oliphant S, Wang L, Bunker C, Lowder J. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979–2006. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2010;202(5):501.e1-501.e7.
17. Hendrix S, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the women's health initiative: Gravity and gravidity. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2002;186(6):1160-1166.
18. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1997;104(5):579-585.
19. Fattouh B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P et al. Anatomía funcional del piso pélvico. *EMC - Gin-Obst.* 2015;51(1):1-20.

20. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstet. Gynecol.* 2004;104(3):489-497.
21. Leijonhufvud Å, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2011;204(1):70.e1-70.e7.
22. Leijonhufvud Å, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risk of Surgically Managed Pelvic Floor Dysfunction in Relation to Age at First Delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;68(1):28-29.
23. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: Int. J. Gynecol. Obstet.* 2012;120(2):152-160.
24. DeLancey J. Anatomie aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynec.* 1992;166(6):1717-1728.
25. Bump R, Mattiasson A, Bø K, Brubaker L, DeLancey J, Klarskov P et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-17.
26. Briozzo L, Nozar F, Abordaje vaginal para el tratamiento de las patologías de piso pélvico. *Rev Méd Urug* 2018; 34(2):104-110, doi:10.29193/RMU.34.2.5
27. Peter Dietz H, Guzmán Rojas R. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. *Rev. méd. Clín. Las Condes.* 2013;24(2):210-217.

