

11:50 h. **Cuarta mesa**

Prolapso uterino

Moderadora
Dra. Neus Prat

Ponencia

Indicaciones de la histerectomía en patología benigna. Prolapso uterino

**Dr. Oriol Porta, Dr. Felipe Kishimoto,
Dr. Javier Carballal**
Hospital General de Granollers

Introducción

El prolapso genital se caracteriza por el descenso o desplazamiento hacia la vulva de las paredes de la vagina, vejiga, recto, útero o todos ellos en conjunto y constituye una variedad de hernia a través del hiatus urogenital.

Se trata de una patología frecuente sobre todo en mujeres de edad avanzada, pero que cada vez más conservan todavía una calidad de vida notable en el momento de presentar este problema. Según algunas series, alrededor del 15% de las histerectomías están indicadas por prolapso de los órganos genitales.

Clasificación

Los órganos genitales constituyen una unidad funcional de manera que la afectación de uno de ellos acostumbra a afectar en grado variable a los otros, pero a efectos didácticos se suele dividir el prolapso genital de la siguiente manera:

- Prolapso uterino
- Colpocele anterior: Uretrocele cuando falla el ligamento triangular. Cistocele cuando están afectados los ligamentos de sostenimiento pubovesicouterinos.
- Colpocele posterior: Rectocele cuando falla el tabique recto-vaginal. Enterocele (o Elitrocele o Douglascele) cuando fallan los ligamentos útero-sacros.
- Elongación cervical.

Aunque es muy común utilizar los términos “cistocele” o “rectocele” para referirse al prolapso de las paredes vaginales anterior y posterior, sería preferible emplear los términos “colpocele anterior” o “colpocele posterior”, a menos que se haya diagnosticado de manera concluyente que lo que se está prolapsando es en efecto la vejiga o el recto.

Clásicamente estos prolapsos se han clasificado en tres grados en función de la situación que asume el descenso en relación con el plano del introito. El grado de descenso se relaciona con la gravedad del prolapso.

- Prolapso de I grado: el descenso no llega al plano del introito.
- Prolapso de II grado: el descenso llega al plano del introito.
- Prolapso de III grado: el descenso sobrepasa el plano del introito.

Es una clasificación sencilla y muy intuitiva pero que puede ser interpretada de forma subjetiva (lo que para uno es un prolapso de I grado, para otro puede serlo de II). Por este motivo, en 1996 la *International Continence Society*, la *Society of Gynecologic Surgeons* y la *American Urogynecologic Society* se pusieron de acuerdo y propusieron una nueva clasificación con el fin de estandarizar la descripción, cuantificación y estadio del prolapso y así poder comparar y reproducir resultados entre profesionales e investigadores. Esta clasificación (que puede desdoblarse en dos, una numérica y una ordinal desde grado 0 a grado IV, ambas complementarias) es más laboriosa y requiere un mínimo de entrenamiento y dedicar más tiempo a la exploración. Probablemente por esto no ha arraigado en nuestro país, a pesar de las buenas intenciones que la inspiran.

En cualquier caso, sea cual sea la clasificación utilizada, es importante explorar el prolapso de forma adecuada (la ideal es en ortostatismo y haciendo valsava o tosiendo) para asegurarnos que estamos

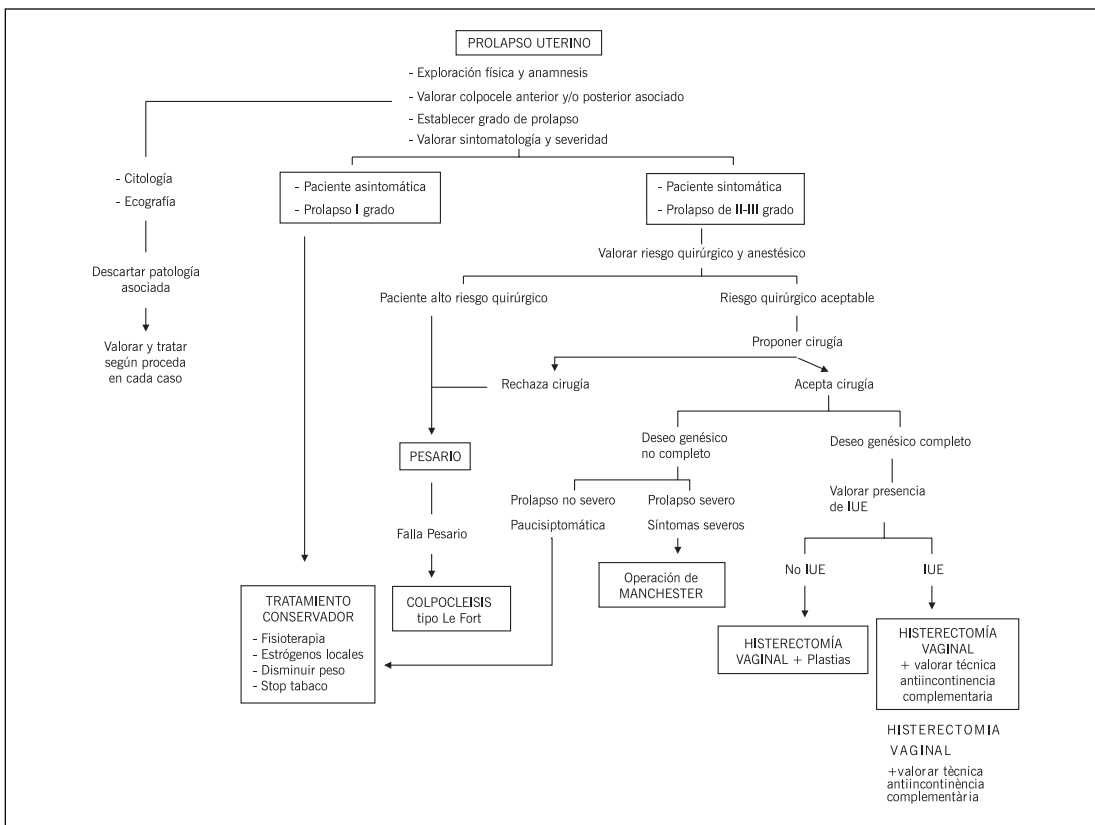


Figura 1.
Prolapso uterino

verificando el máximo nivel de descenso que presenta nuestra paciente.

Sintomatología

Los déficits funcionales causados por el prolapso genital son variados y por tanto la descripción de los síntomas funcionales se tendría que dirigir hacia cuatro áreas primordiales:

1. tracto urinario bajo;
2. intestino;
3. trastornos sexuales;
4. otros síntomas locales.

Síntomas urinarios

Incontinencia de esfuerzo, frecuencia miccional, urgencia miccional, incontinencia de urgencia, tenesmo vesical, chorro débil o prolongado, sensación de vaciamiento incompleto, necesidad de reducir manualmente el prolapso para iniciar o completar la micción, necesidad de adoptar cambios en la postura para iniciar o completar la micción.

Síntomas intestinales

Dificultad en la defecación (estreñimiento), incontinencia fecal (gases, líquidos o sólidos), manchar la ropa interior, urgencia defecatoria, disconfort durante la defecación, necesidad de manipular digitalmente la vagina, el perineo o el ano para completar la defecación, sensación de evacuación incompleta, protrusión rectal durante o después de la defecación.

Síntomas sexuales

En primer lugar, ¿es la paciente sexualmente activa? Si no lo es, ¿por qué? ¿La actividad sexual incluye el coito? Frecuencia de las relaciones, existencia de dispareunia, nivel de satisfacción de la actividad sexual, existencia de cambios en la respuesta sexual (cambios en la capacidad de llegar al orgasmo), existencia de incontinencia durante la relación sexual.

Otros síntomas locales

Sensación de presión o peso en la vagina, dolor vaginal o perineal, sensación de bulto (protrusión) en la vagina, dolor lumbar bajo o sacralgia (más

severa al final del día), dolor abdominal bajo, dolor inguinal bilateral que empeora antes y durante la menstruación, observación o palpación de una masa en genitales.

Considerar la presencia o no de estos síntomas y su severidad, junto con la objetivación del grado de prolapso, nos ayudará a la hora de decidir cuál es la conducta terapéutica más adecuada.

Tratamiento

A la hora de plantearnos cuál es el mejor tratamiento para el prolapso uterino es necesario hacer algunas consideraciones previas:

Tener en cuenta el contexto actual en el que se establece la relación médico-paciente, es muy importante que la paciente participe de la decisión terapéutica que la afecta, siempre que haya una alternativa razonable en el procedimiento. Es en este sentido que se ha de entender el necesario trámite del consentimiento informado. Partiendo de la premisa anterior, hemos de considerar que se sabe relativamente poco de la evolución natural del prolapso, por lo que se ha de evitar la tendencia a adoptar medidas agresivas en las etapas primeras del problema. Los grados leves o hasta moderados de prolapso pueden permanecer estables durante muchos años. En tercer lugar, hemos de considerar también los grandes avances que se han producido en el campo de la anestesia, tanto general como locoregional. Esto posibilita intervenir pacientes con un estado no óptimo en las que antiguamente habríamos visto contraindicada la cirugía y habrían sido tributarias de tratamientos hoy considerados paliativos. Ha sido éste un gran avance que ha permitido superar muchos de los riesgos asociados a la cirugía.

Finalmente, no hemos de olvidar que un útero prolapso no constituye un seguro que nos libre de otras patologías. Por tanto, antes de tomar una decisión terapéutica será necesario como mínimo una citología cérvico-vaginal y una valoración del endometrio y de los anexos (probablemente la ecografía sea el método más adecuado). Además, tendremos que hacer una buena valoración de otras patologías que suelen asociarse al prolapso uterino y que pueden requerir tratamientos (médicos y/o quirúrgicos) complementarios: merece especial atención en este capítulo la incontinencia urinaria.

Objetivos del tratamiento

El primer objetivo del tratamiento del prolapso ha de ser la reparación de las estructuras anatómicas

deficitarias, la restauración del sostenimiento aponeurótico de la vejiga y la uretra y el restablecimiento del eje y la profundidad normales de la vagina. Esto ha de permitir conseguir el segundo objetivo de todo el tratamiento: mejorar el confort y la calidad de vida de la paciente.

Para conseguir estos objetivos disponemos de diversas alternativas que se pueden incluir en dos grandes grupos: el tratamiento conservador y el quirúrgico.

- Tratamiento conservador
 - Fisioterapia (rehabilitación activa o pasiva-electroestimulación-, reeducación de los músculos del suelo pélvico). Indicada sobre todo en pacientes jóvenes y estadios iniciales de la enfermedad, y en pacientes que no han visto cumplidos sus deseos genésicos. En mujeres de edad avanzada o prolapsos severos suele ser inútil.
 - Estrógenos locales. Permiten mejorar el trofismo.
 - Adoptar hábitos de vida saludables (dieta adecuada rica en fibra, reducir peso, dejar de fumar) y tratar aquellas patologías que se asocian a valsalva repetidamente (por ejemplo tos crónica).
 - Medios mecánicos (pesario). Indicados en aquellas pacientes que rechazan la cirugía o que son consideradas de alto riesgo quirúrgico. Poco utilizados hoy en día (los nuevos especialistas prácticamente los desconocen), pueden ser una solución muy útil pero no están exentos de inconvenientes: es necesario un rafe medio del perineo de calidad suficiente que asegure un mínimo sostenimiento perineal; las vaginitis aparecen a menudo y por tanto son necesarias duchas vaginales frecuentes y el recambio periódico; si el tamaño no es adecuado pueden provocar hemorragias, úlceras y fístulas. En general los pesarios son insatisfactorios a largo plazo, pero pueden ser útiles de forma transitoria, por ejemplo si por cualquier motivo hace falta diferir la cirugía.
- Tratamiento quirúrgico.

En general, el tratamiento quirúrgico estará indicado:

 - cuando el prolapso es de moderado a severo (II o III grado), o
 - cuando existe sintomatología atribuible al prolapso.

Atendiendo a estos dos criterios, puede ser difícil tomar una decisión en una mujer con prolapso de II

grado y asintomática. Conviene tener en cuenta que, a veces, una mujer con prolapso de II o III grado puede estar "asintomática" porque se adapta al problema; estas mujeres suelen notar mejora y sensación de bienestar al reparar quirúrgicamente el prolapso.

Histerectomía vaginal

Es la técnica *princeps*. Normalmente se acompañará de plastias vaginales (anterior con plicadura de Kelly, y posterior o colpoperineoplastia con miorrafia de los elevadores). Es el método que mejor permite asumir los objetivos del tratamiento del prolapso: apuntados más arriba- restaurar la anatomía topográfica y normalizar la función de todos los órganos implicados. La conducta de extirpar la matriz (*versus* los que defienden que hace falta conservarla para su participación en las estructuras pélvicas) se fundamenta en el criterio que no se puede conceder ningún valor al útero como elemento que ayude al sostenimiento de la bóveda vaginal, ya que un órgano suspenso por ligamentos insuficientes difícilmente podrá dar un soporte del cual no dispone.

Aunque se considera una cirugía mayor, el potencial de malos resultados y de complicaciones mayores es bajo.

En la medida de lo posible, se tendría que reservar esta técnica para aquellas mujeres que han cumplido sus deseos genésicos.

Operación de Manchester

Esta intervención se reserva a mujeres jóvenes con prolapso uterino o elongación cervical severa que no han cumplido sus deseos genésicos. Es necesario tener en cuenta que reduce la fertilidad y si se consigue el embarazo aumenta el riesgo.

Colpocleisis (Total, operación de Neugebauer-Le Font; subtotal, intervención de Labhardt)

Son intervenciones técnicamente sencillas y que se pueden efectuar incluso con anestesia local, reservada para mujeres de alto riesgo quirúrgico en las que ha fallado el pesario. Tenemos como principales efectos secundarios que provocan o agravan incontinencias de orina, impiden las relaciones sexuales, y ocasionan una poco o nula accesibilidad del útero post-intervención (posibilidad de neoplasias uterinas ocultas).

Tenemos en cuenta las posibilidades que nos ofrece actualmente la anestesiología y el mejor control de

las patologías médicas concurrentes, la colpocleisis se considera una técnica paliativa con pocas indicaciones.

Conclusión

La histerectomía (histerectomía vaginal) estará indicada en los prolapsos de moderados a severos (grado II o III) y en aquellas mujeres sintomáticas. Serán excepciones las mujeres que no hayan visto cumplidos sus deseos genésicos, las pacientes de alto riesgo quirúrgico (raras) y las pacientes que no se quieran someter a cirugía o que por la razón que sea quieran conservar a toda costa su útero.

Referencias

- Lanzón R, Romeo P, Ruiz MA. *Prolapso genital*. Protocolos de la SEGO en internet. www.sego.es
- Richter K, a Käser O, et al. *Ginecología y Obstetricia*, Barcelona: Salvat eds., 1974;Vol.3.
- Beck RP. *a Copeland, Ginecología*. Ed. Panamericana, 1994.
- Hirsch HA, Käser O, Iklé FA. *Atlas de cirugía ginecológica*. Madrid: Marbán Libros, 1997.
- Balagueró L. *Cirugía ginecológica transvaginal y laparoscópica. Técnicas integradas*. Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1996.
- Gambone JC, Reiter RC. Histerectomía: mejoría del proceso de toma de decisiones de la paciente. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1997;4:819-27.
- Steege JF. Indicaciones de la histerectomía: ¿han cambiado? *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1997;4:829-35.
- Morley GW. Treatment of uterine and vaginal prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 1996;39(4):959-69.
- Friedman EA, Borten M, Chapin DS. *Toma de decisiones en ginecología*. Barcelona: Edika-Med eds., 1989.
- Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(5): 579-85.
- Bump RC, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(1):10-7.
- Hall AF, et al. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1467-71.

Comunicaciones

Prolapso uterino

Drs. Barberà Cuxart, Alsina Gibert, Font Felix, Haimovich Segal, Lopez Quesada, Mateo Pereda, Ubieto Lopez, Suñé Gispert

Servicio de Ginecología. Hospital Sant Jaume de Calella (Barcelona)

Introducción

Siguiendo las directrices de los organizadores de la actual reunión de los Ginecólogos de los Hospitales Comarcals de Catalunya, hemos efectuado una revisión de uno de los problemas médico-quirúrgicos, a los que con más frecuencia nos enfrentamos en nuestra práctica diaria, ya que es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica y una de las indicaciones principales de cirugía mayor ginecológica. La patología del descenso del útero, asociado o no a cistocele y/o rectocele constituyen el 5-6% de todas las consultas ginecológicas y aproximadamente un 16% de las indicaciones de cirugía ginecológica y supone por sí sola, el 50% de las causas de ingreso quirúrgico de mujeres de más de 70 años.

Metodología

Revisamos las intervenciones efectuadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Sant Jaume de Calella durante los años 1999-2000 de las pacientes sometidas a Histerectomía Vaginal, valorando las indicaciones de Prolapso Uterino de forma explícita. Se recogen las edades de las pacientes en el momento de la cirugía, la paridad, asociación con otras formas de prolapso genital, síntomas asociados, corrección quirúrgica y complicaciones inmediatas.

Resultados

Durante los años 1999-2000 se efectuaron en nuestro servicio 183 histerectomías de las cuales 115 fueron por vía abdominal y 68 por vía vaginal. Las indicaciones de las histerectomías se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1

	Abdominal	Vaginal
Prolapso genital		50
Miomas	76	6
HUD	23	5
Est. Definitiva		1
CINIII(seguridad)	2	6
Endometriosis	3	
Neoplasias	10	
Endometritis	1	

Las edades de las pacientes intervenidas por histerectomía vaginal se recogen como sigue:

- < 35 años: 1
- 36-45 a: 8
- 46-60 a: 19
- 61-75 a: 27
- >76 a: 13

La paridad de dichas pacientes:

- 1 hijo: 1
- 2 hijos: 21
- 3 hijos: 26
- 4 o +: 18

De las 50 pacientes a las que se efectuó histerectomía vaginal por prolapso uterino, 48 presentaban además un cistocele y/o rectocele asociado siendo los prolapso de 2º o 3º grado.

Los síntomas más importantes asociados al prolapso que referían las pacientes de forma espontánea son variados, algunos difíciles de definir por lo que se asocian como molestias difusas o disconfort pélvico.

- Disconfort: 40 (80%)
- Dispareunia: 5 (10%)
- Hemorragia: 6 (12%)
- IUE: 17(34%)

A todas las pacientes que fueron sometidas a histerectomía vaginal por prolapso se les practicó una ecografía vaginal para valoración de anejos así como una biopsia endometrial en el caso de endometriosis engrosados en función del status hormonal de la paciente.

Cirugía

El tratamiento de elección quirúrgico fue la Histerectomía vaginal total simple según la técnica de Reiffenstuhel.

En 48 de las pacientes se practicó de forma asociada una colpoplastia anterior y en 21 de ellas una colpoplastia posterior. Además en 31 de las pacientes se practica una corrección con puntos de Kelly.

La preparación prequirúrgica de las pacientes incluye lavados vaginales con Betadine, profilaxis con cefazolina y heparinas de bajo peso molecular.

Complicaciones

De las 50 pacientes intervenidas por Prolapso uterino se precisaron 3 reintervenciones:

- Absceso de cúpula vaginal drenado.
- Bajo anestesia: 1 caso.
- Revisión vaginal por sangrado: 2 casos.

Tratamiento del Prolapso Genital en el Hospital de Mataró

N. Gratacós, E. Genover, R. Bartrès,
J. Solé, M. Celades, J. Sargatal
Hospital de Mataró (Barcelona)

Introducción y objetivo

El Prolapso Genital es una de las patologías más frecuentes de la consulta ginecológica, a partir de una cierta edad, en un Hospital de nivel medio. Por esta razón hemos querido valorar los motivos por los que acuden las pacientes, qué diagnósticos han sido más frecuentes, que tratamientos se han realizado y qué resultados hemos obtenido; en definitiva el objetivo fundamental del trabajo ha sido valorar los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico del prolapso genital.

Material

Se incluyen 560 pacientes que acudieron a nuestra Consulta Externa de Ginecología, remitidas por sus ginecólogos de atención primaria por problemas relacionados con la ptosis genital y que se intervinieron quirúrgicamente por esta razón. Las pacientes fueron tratadas desde enero de 1992 a diciembre del 2000.

Método

Las pacientes fueron remitidas por sus ginecólogos a la Consulta Externa de nuestro Centro por prolapso genital. En dicha consulta se determinó el motivo fundamental de la consulta y la sintomatología acompañante. Si se confirmaba el tratamiento quirúrgico se programaba para cirugía previa valoración anestésica. Las intervenciones realizadas consistieron en un tratamiento global del suelo pélvico realizándose:

- Histerectomía vaginal.
- Plastia anterior.
- Plastia posterior.
- Tensión de la fascia de Halban con puntos de Kelly-Kennedy.
- En ciertos casos y a partir de 1999 Colposuspensión "in Fast".

- Punto de Macoll.
- Aproximación de elevadores a línea media.

Las pacientes se mantenían con sonda permanente tres días y si no existía retención, eran dadas de alta al cuarto día. Al mes aproximadamente, eran visitadas en la Consulta Externa y al año se practicaba una nueva revisión, bien por su ginecólogo, bien en nuestro Centro.

Resultados

Se han realizado unas 63 intervenciones anuales para tratar problemas relacionados con el suelo pélvico. Las pacientes tenían un promedio de 63 años con una desviación estándar de 11 años; la más joven tenía 34 años y la mayor 84. La sintomatología urinaria acompañante diagnosticada fue de Incontinencia de esfuerzo en el 58%, Urgencia miccional en el 33% y Obstrucción en el 9%. Se diagnosticaron un 38% de Cistoceles como principal ptosis, un 28% con rectocele, un 5% con prolapso de primer grado, 18% de segundo grado y 11% con prolapso total o de tercer grado. Los tipos de intervención practicados fueron las anteriormente expuestas y es importante destacar que fueron practicadas por todos los miembros del Servicio. Las complicaciones detectadas fueron: infección urinaria en el 8,75%, retención de orina en el 7,1%, absceso o hematoma de cúpula en el 6,25%, síndrome febril no catalogado en el 0,53%, una neuropatía secundaria a problemas anestésicos y la muerte de una paciente por CID.

La tasa de reintervenciones por recidiva fue del 1,25%. En todos los casos era debido a que no se había realizado una valoración completa del problema del suelo pélvico. Subjetivamente la paciente observó mejora en el 88% de los casos; objetivamente, en la visita de control la mejora se valoró en el 94%.

Conclusiones

Como valoración general destacamos la importancia de tratar el problema de la Ptosis genital desde un punto de vista global. Destacamos la importancia de la prevención, favoreciendo la rehabilitación del suelo pélvico desde el primer momento.