

Prolapso genital. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento

Andrés Marambio G., César Sandoval S., Raúl Valdevenito S., Michel Naser N., Valentín Manríquez G., Rodrigo Guzmán R., Jorge Lecannelier A., Mario Abedrapo M., Jaime Jans B., Amalia Aguilera M.

Unidad de Piso Pélvico Femenino, Depto. Obstetricia y Ginecología, HCUCH.

SUMMARY *Vaginal prolapse is a very common disorder in the general female population. Because it is so common and often asymptotically, there is no exact definition of this condition. Additionally its exact prevalence is not known. There are multiple risk factors that cause vaginal prolapse, for example age and vaginal deliveries are the most common, nevertheless it is considered a multifactorial process. From the surgical point of view the most accepted theory for its production is site-specific tears that would generate the prolapse as they occur. Its diagnosis is clinical and is currently classified into four stages according to the degree of descent that exists with respect to the hymen. There are many different types of treatment, and the most used are pessaries, physiotherapy and surgery. The following is a review that covers various relevant aspects of the vaginal prolapse, his confrontation and treatment.*

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos se encuentra agrupado dentro de las disfunciones del piso pélvico junto a la incontinencia urinaria y fecal⁽¹⁾. Podemos hablar del prolapso en forma anatómica como el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal⁽²⁾. Estas son patologías comunes en la población general femenina. Al analizar el prolapso genital podemos distinguir el prolapso de pared anterior y/o posterior de vagina y el prolapso uterino, o de cúpula vaginal en las pacientes histerectomizadas. Actualmente no existe una definición exacta de esta patología debido a la falta de criterios que distinguen

entre el soporte normal y patológico del tracto genital en la población⁽³⁾, esto dado principalmente por la gran frecuencia con que se encuentra en pacientes asintomáticas⁽⁴⁾ y a la falta de una buena descripción de la distribución del soporte normal del tracto genital en la población general femenina. La mayoría de las veces estos defectos no ocurren en forma aislada, sino que se combinan⁽⁵⁾. Es así como a una gran parte de las pacientes que se someten a cirugía se les realiza más de un procedimiento^(6,7).

La prevalencia exacta del prolapso genital se desconoce, lo que se debe en gran parte a la falta de una definición exacta de esta patología, ya que los distintos estudios de prevalencia publicados varían

en la definición usada, lo que dificulta su comparación y el obtener una cifra en común. Por otro lado, los distintos estudios que se han realizado intentando responder esta pregunta han terminado analizando subpoblaciones específicas o con problemas metodológicos. Dentro de los primeros trabajos destaca el estudio de Mant *et al.*⁽⁸⁾ que luego de analizar más de 17.000 admisiones hospitalarias, estimó la incidencia de la patología en 2,04 por 1.000/personas año y de 1,62 por 1.000/personas año, la incidencia del tratamiento quirúrgico correspondiente. Ese mismo año Olsen *et al.*⁽⁵⁾ estima que el riesgo de ir a cirugía de incontinencia urinaria o prolapso en Estados Unidos durante la vida (hasta los 80 años) es de 11,1% en un estudio de cohorte retrospectivo que incluía 150.000 mujeres, en donde dos tercios de las indicaciones fueron por prolapso. Samuelsson *et al.*⁽⁴⁾ dos años después estima la prevalencia de cualquier grado de prolapso, en mujeres entre 20 y 59 años, en 30,8% luego de analizar 487 pacientes en Suecia, concluyendo que muchas mujeres tienen algo de relajación en las paredes de la vagina con solo un 5-6% presentando prolapso más allá del introito. Una cifra similar se ve en el estudio de Hendrix *et al.*⁽⁹⁾ que tomando como base la población del estudio WHI (mujeres entre 50 y 79 años), obtuvo un 41,1% y un 38% de pacientes con prolapso en los grupos con y sin útero respectivamente. Sin duda que al ver estas cifras, a pesar de los reparos ya enunciados, nos podemos dar cuenta de la gran cantidad de pacientes que padecen esta patología y que en muchas mujeres, éste es un proceso asintomático. Por otro lado, un estudio más reciente estimó en 8,3% la prevalencia del prolapso sintomático⁽¹⁰⁾.

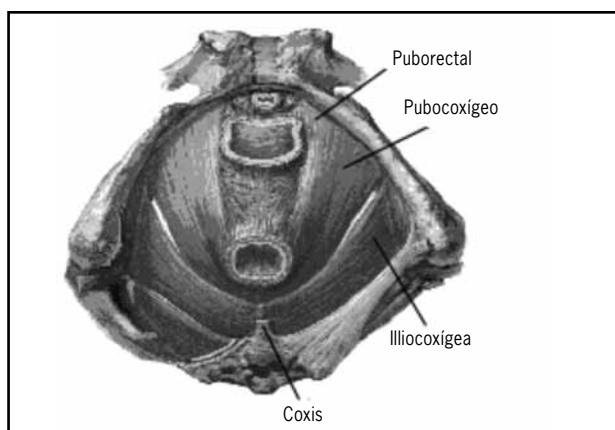
Usando como base la clasificación actualmente más aceptada (POP-Q) que estipula 4 estadios de prolapso, de acuerdo al descenso de éste con respecto al himen, se ha intentado describir la distribución del soporte del tracto genital en la población. Swift *et al.*⁽¹¹⁾ publicó que ésta segui-

ría una distribución en forma de campana con la mayoría de las pacientes en estadios I o II, lo que posteriormente sería reafirmado en otro estudio llevado a cabo en una subpoblación del WHI⁽¹²⁾ y cinco años más tarde en el estudio POSST¹³ que condujo el mismo autor. Aquí Swift nuevamente hace hincapié en la necesidad de definir bien esta patología, para lo cual debe tomarse en cuenta la sintomatología y su relación con el nivel de soporte existente, ya que en general ésta es una patología que presenta poca morbilidad y casi sin mortalidad, afectando más que todo la calidad de vida. También se ha medido el costo que el prolapso ocasiona en los Estados Unidos. Se ha visto que es responsable de más de 200.000 cirugías al año (22,7 x 100.000 mujeres)⁽⁶⁾ y con un costo anual de más de 1 billón de dólares⁽⁷⁾, sin incluir por cierto los costos de la evaluación, test diagnósticos, tratamientos preoperatorios y complicaciones.

ANATOMÍA DEL PISO PÉLVICO

Para poder entender bien la etiopatogenia propuesta para la generación del prolapso genital, es necesario tener bien en claro las distintas relaciones anatómicas de los órganos pélvicos y sus sistemas de soporte. El piso pélvico es una estructura muy compleja que se encuentra adherido a los huesos y músculos de la pelvis, sosteniendo los distintos órganos pélvicos y está constituido principalmente por peritoneo, vísceras (a través de sus propias estructuras de soporte como los ligamentos útero-sacros y cardinales), fascia endopélvica, el músculo elevador del ano (con la fascias que lo cubren formando el diafragma pélvico), la membrana perineal y los músculos genitales superficiales. El músculo elevador del ano cumple un papel fundamental en el soporte pélvico, el que a través de sus porciones iliocoxígea y coxígea forma una capa relativamente horizontal de un lado de la pelvis al otro. Su porción pubocoxígea envuelve desde el pubis a los órganos pélvicos formando el hiato

Figura 1. Músculo elevador del ano (visión inferior).



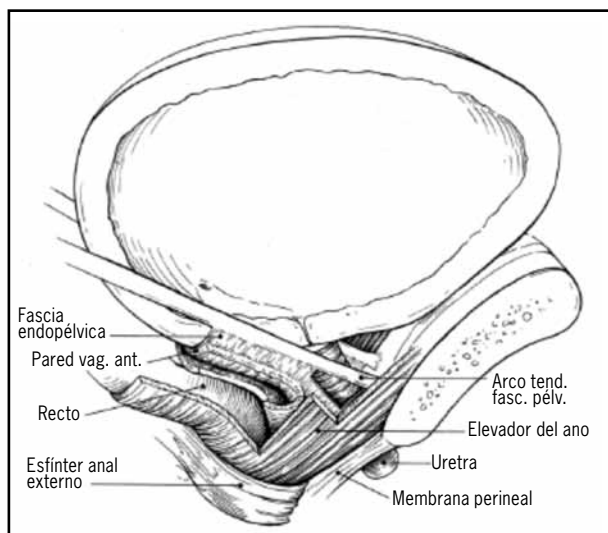
pélvico (Figura 1). El tono constante del músculo elevador del ano mantiene a los distintos órganos pélvicos en suspensión.

Por su parte, la vagina constituye una estructura fibromuscular tubular compuesta por cuatro capas, las cuales en orden de adentro hacia afuera son: un epitelio escamoso estratificado, no keratinizado y no secretor, una lámina propia o subepitelio compuesta por colágeno y elastina, una capa muscular compuesta de músculo liso y pequeños acúmulos de colágeno y elastina (subdividida en una capa circular interna y una longitudinal externa) y finalmente una adventicia la cual se encuentra en una matriz extracelular compuesta por colágeno, fibras elásticas, músculo liso, glicoproteínas y microfibras que se encuentran ancladas en la matriz extracelular a través de polisacáridos. La vagina se une a la fascia parietal del elevador del ano a través de este tejido conectivo llamado la fascia endopélvica y se ubica horizontalmente sobre los músculos del piso pélvico no provocando tensión sobre los ligamentos que la soportan. La pérdida de la tensión o el daño de estos músculos provoca que se abra el hiato pélvico y de esta forma los órganos pélvicos queden suspendidos por las estructuras ligamentosas. La tensión crónica sobre estas estructuras puede resultar en prolapso. La fascia endopélvica rodea al cérvix y la vagina, fijándolos a ambos costados en las paredes pélvicas (llamada parametrio

a nivel del útero y paracolpium, a nivel de la vagina). En la cara anterior de la vagina, y a ambos lados de la pelvis, se encuentra una condensación de tejido conectivo llamado el arco tendíneo de la fascia pélvica (Figura 2), el cual es una verdadera estructura tendínea que se distribuye a cada lado entre la cara posterior del pubis, a nivel del ligamento pubovesical hasta la espina isquiática. Su tercio posterior se fusiona con el tercio posterior del arco tendíneo del músculo elevador del ano⁽¹⁴⁾. Se relaciona lateralmente con el músculo obturado interno y medialmente con el peritoneo pélvico. Es una estructura que tiene alrededor de 10 cm. de largo y su importancia radica en que cuando hay daño de las uniones a este arco tendíneo se producen los defectos paravaginales de la pared anterior. A nivel de la cara posterior, la vagina se fusiona directamente con el cuerpo perineal en el tercio distal (2-4 cm. distales), se une al músculo elevador del ano a través de la fascia pélvica en el tercio medio y al *paracolpium* en su tercio superior⁽¹⁵⁾.

El sistema de suspensión se ha dividido en 3 niveles⁽¹⁷⁾. El nivel I corresponde a los ligamentos uterosacros y cardinales que sostienen el útero y la porción superior de la vagina. El nivel II

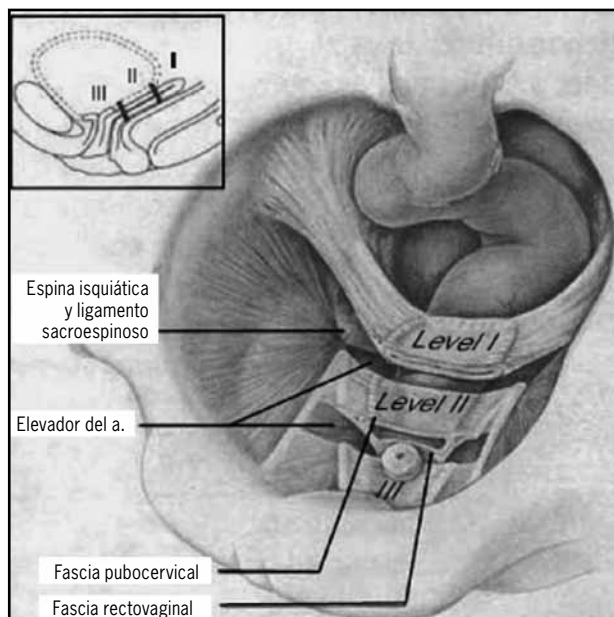
Figura 2. Visión lateral de algunas estructuras del piso pélvico⁽¹⁶⁾.



corresponde a la suspensión de la parte media de la vagina unida al arco tendíneo de la fascia pélvica y al músculo elevador del ano y cubierto por la fascia pubocervical (que da soporte a la vejiga) y rectovaginal, por anterior y posterior respectivamente. No se debe confundir estas estructuras (que forman parte de la pared vaginal muscular) con la fascia endopélvica, la cual rodea a la vagina uniéndola a las paredes de la pelvis. El nivel III corresponde al soporte de la parte más caudal de la vagina, en donde ésta se adhiere directamente con la uretra por anterior, el cuerpo perineal por posterior y lateralmente con el músculo elevador del ano, todo lo cual se encuentra en continuidad con el nivel II hacia proximal (Figura 3). De esta forma, el daño en el nivel I puede provocar prolapso uterino o de cúpula vaginal, mientras que el daño en el nivel II y III resulta en prolapso anterior y/o posterior.

También se ha convenido que la vagina divide a la pelvis en 3 compartimentos, siendo el anterior el compuesto por uretra y vejiga, el posterior por recto y ano y el medio por la vagina y útero (o cúpula vaginal en pacientes hysterectomizadas).

Figura 3. Niveles de suspensión de DeLancey⁽¹⁷⁾.



En cuanto a las relaciones anatómicas con el compartimento anterior, la pared anterior de la vagina se encuentra en su tercio distal en contacto con la uretra, en su tercio medio cercana a la uretra, unión uretrovesical, trígono y porción inferior de la base vesical y en su tercio proximal en relación con el cérvix y porción del fórnix posterior⁽¹⁵⁾. Anteriormente se hablaba de cistocele cuando había prolapso de vejiga; cistouretrocele, cuando se asociaba además la uretra (ambos en pared anterior); rectocele, cuando había prolapso de recto por pared posterior y enterocele, cuando había prolapso de intestino y peritoneo por alguna de las paredes vaginales. Actualmente se prefiere nombrar solamente el defecto anatómico (uterino o apical, anterior o posterior) obviando el órgano prolapsado, ya que esto último es inapropiado e impreciso al no hablar del defecto propiamente tal⁽¹⁸⁾ y además que refleja la naturaleza de los compartimentos ya enunciados.

ETIOPATOGENIA DEL PROLASO GENITAL

Para la producción de esta patología se han postulado muchos factores de riesgo que incidirían sobre el prolapso, pero sin duda el más avalado es el parto vaginal. El riesgo aumentó entre 4 a 11 veces con el estudio de Mant *et al.*⁽⁸⁾, mientras que en el estudio POSST⁽¹³⁾ el riesgo aumentó 1,2 veces con cada parto vaginal, sin nombrar varios otros trabajos. Otros factores son la edad, embarazo, presión intraabdominal aumentada crónicamente (obesidad, constipación crónica, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva), menopausia e hipoestrogenismo, trauma, factores genéticos, raza, enfermedades musculoesqueléticas, neuromusculares (espinas bífidas) y del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan)⁽¹⁹⁾, enfermedades crónicas, fumar (EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, hysterectomía, etc.). Se ha planteado que la etiología sería multifactorial, ya que las pacientes

suelen tener múltiples factores de riesgo y variará entre las pacientes que problema es el que prima en la producción de su prolapso⁽²⁰⁾. Otros factores que se postulan con menor evidencia son la macrosomía, segunda etapa del parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps y uso de oxitocina.

La mayoría de estos factores de riesgo enunciados como el parto vaginal, embarazo y presión intraabdominal aumentada causarían un daño mecánico directo sobre el piso pélvico (nervios, músculos)⁽²¹⁾ mientras que la edad, otro factor ampliamente reconocido, correspondería también a un proceso multifactorial en el cual intervienen el envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos, hipoestrogenismo, enfermedades intercurrentes, etc. Por lo tanto, el manejo adecuado de las pacientes con prolapso debe incorporar también el evitar los diferentes factores de riesgo modificables asociados.

Hoy en día la teoría de los defectos sitio específicos⁽²²⁾ es la planteada por la mayoría de los cirujanos de piso pélvico para explicar la fisiopatología del prolapso y se basa en la aparición de desgarros en las paredes fibromusculares de la vagina o en la fascia endopélvica que la une a la pelvis, lo que permite el prolapso de los órganos pélvicos. Por lo tanto, la identificación de estos sitios y su corrección quirúrgica restablecería la anatomía pélvica normal y su función. Sin embargo, esta teoría aún no es totalmente aceptada debido, entre otras cosas, a que en algunas pacientes la disfunción neuromuscular es lo que prima y la corrección quirúrgica no las ayudaría, otras pacientes necesitan correcciones no anatómicas (uso de mallas sintéticas, por ejemplo), la utilidad que tienen en algunas pacientes los ejercicios de rehabilitación y además que tampoco se han identificado histológicamente estos desgarros fasciales⁽²³⁾.

El prolapso de pared vaginal anterior es el más frecuente⁽⁵⁾ y se han descrito 4 tipos de defectos

primarios⁽²²⁾ que pueden contribuir a su producción: defectos paravaginales o laterales al ocurrir un desprendimiento de la vagina desde el arco tendíneo de la fascia pélvica (cistocele por desplazamiento), defectos centrales cuando hay lesiones de la línea media (aquí hay un desprendimiento de la mucosa desde la muscular por lo que la mucosa pierde su rugosidad habitual o cistocele por distensión), defectos transversos cuando hay desprendimiento de la pared vaginal desde el anillo pericervical de tejido conectivo (o de los ligamentos úterosacros en pacientes histerectomizadas) y prolapso secundario a un defecto apical que hace descender la pared anterior. También se ha descrito que en los defectos paravaginales es frecuente la desinserción del arco tendíneo de la fascia pélvica desde las espinas isquiáticas⁽²⁴⁾.

CLÍNICA, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN

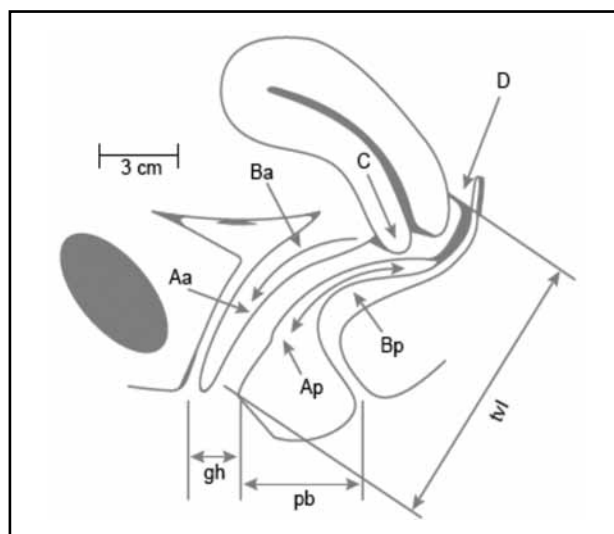
Las pacientes al consultar pueden referir sensación de presión/pesadez pélvica o protrusión de tejidos desde la vagina, malestar inguinal, lumbago, dispareunia, constipación o síntomas urinarios. En caso de exposición del epitelio cervical por encontrarse fuera del introito puede haber dolor, sangrado o descarga. En general los síntomas se alivian al acostarse, son menos pesquisables en la mañana y empeoran a medida que el día progresa. También se ha visto que ciertos tipos de prolapso se asocian más a ciertos síntomas. Por ejemplo, prolapsos de pared anterior se pueden asociar a hiper movilidad del cuello vesical e incontinencia urinaria. Un gran prolapso de pared vaginal anterior también puede dar retención urinaria secundaria a obstrucción uretral. Prolapsos de pared posterior pueden causar disfunción defecatoria. Existen varios cuestionarios específicos y de calidad de vida que han sido validados para el uso en mujeres con prolapso antes y después de la cirugía.

La evaluación de la paciente debe ser en posición de litotomía dorsal. Se examina toda la pared

vaginal y se pide realizar maniobra de valsalva para ver la máxima extensión del prolapso o en caso de que éste no sea evidente. Muy útil es el uso de un espéculo de una hoja para ver bien las paredes vaginales buscando algún defecto específico. Se debe ver el surco anterolateral en los dos tercios distales de la pared anterior, indicando adherencia normal hacia el arco tendíneo de la fascia pélvica. Este examen también debe ser realizado con la paciente de pie. Se debe evaluar la presencia de hiper movilidad del cuello vesical y la presencia de incontinencia urinaria oculta al reducir el prolapso. Así los defectos, sitios específicos pueden ser identificados en el examen físico preoperatorio o ser vistos durante la cirugía.

La clasificación actual de esta patología es mediante el *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q) creado en 1996⁽²⁾ y aprobado por la International Continence Society, American Urogynecologic Society y Society of Gynecologic Surgeons. Está basado en demostrar la máxima extensión del prolapso en el examen físico. Para todas las mediciones el punto de referencia es el himen, desde donde se miden 6 puntos, los que se encuentren sobre el himen o proximales se disig-

Figura 4. Puntos del POP-Q⁽¹⁾.



nan positivos y los puntos bajo el himen o distales negativos (Figura 4 y Tabla 1). Los números son luego trasladados a un sistema de estadio de 0 a 4, siendo 0 un excelente soporte y 4 una procidencia completa del útero o eversión de la cúpula vaginal (Tabla 2). Complementariamente se miden tres distancias que completan la evaluación y de esta forma tenemos nueve mediciones las cuales se traspasan a una grilla de 3x3 lo que nos permite obtener un perfil de la vagina y así poder documentar pequeñas diferencias en pacientes y entre

Tabla 1. Puntos de medición en el POP-Q

Punto	Descripción
A anterior (Aa)	Pared anterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
B anterior (Ba)	Porción más distal de la pared anterior desde el punto Aa hasta el fórnix anterior o cúpula vaginal. Si no hay prolapso se ubica en -3.
A posterior (Ap)	Pared posterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
B posterior (Bp)	Porción más distal de la pared posterior desde el punto Ap hasta el fórnix posterior o cúpula vaginal.
C	Es el punto que corresponde a la porción más distal del cérvix o de la cúpula vaginal después de una histerectomía.
D	Es la porción más profunda del fórnix posterior (queda en blanco en histerectomizadas).
Gh (hiato genital)	Distancia entre el meato uretral a la porción posterior del himen.
Pb (cuerpo perineal)	Distancia entre la porción posterior del himen y el ano.
Tvl (longitud vaginal total)	Distancia entre el himen y la ápex vaginal (se mide con C o D reducidos a su posición normal).

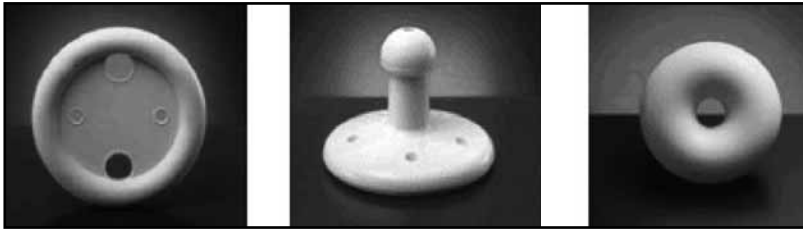


Figura 5. Pesarios tipo anillo con soporte, Gellhorn y Donut respectivamente

estadios. La medición es de pie y con valsalva para demostrar el máximo prolapso. Todos los puntos se miden en centímetros.

El diagnóstico de prolapso genital es fundamentalmente clínico y en general no se necesitan exámenes para certificarlo. Últimamente se ha empezado a usar la resonancia nuclear magnética la cual es muy útil en enteroceles, sigmoidoceles, rectoceles y peritoneoceles⁽²⁵⁾. Gracias al uso de doble contraste (vaginal y rectal) se puede definir muy bien la anatomía vaginal, el grado de descenso vesical a través del hiato pélvico, la presencia de hiper movilidad uretral asociada y las diversas porciones del músculo elevador del ano. Se necesitan más estudios para establecer su rol en el manejo de las pacientes con prolapso.

TRATAMIENTO

El tratamiento del prolapso genital incluye el uso de pesarios, la fisioterapia y la cirugía. En las pacientes asintomáticas se realizará un tratamiento orientado a evitar los diferentes factores de riesgo, a no ser que haya incontinencia urinaria con-

mitante (y la paciente sea sometida a cirugía por esta causa) o hidronefrosis secundaria al prolapso. Las pacientes sintomáticas deben ser sometidas a un tratamiento específico, en general quirúrgico. Los pesarios se ocupan principalmente cuando la paciente prefiere un tratamiento conservador o cuando tiene contraindicada la cirugía. Estos corresponden a dispositivos de silicona principalmente que se colocan en la vagina para mantener reducido el prolapso (Figura 5). También se pueden usar como primera elección para el tratamiento del prolapso, para diagnóstico de síntomas asociados a la patología antes de la cirugía y así planearla mejor, como tratamiento temporal antes de la cirugía o como tratamiento de la incontinencia urinaria y algunas condiciones obstétricas (incompetencia cervical, por ejemplo). Hay dos tipos de pesarios: los de soporte (*support pessaries*) y los que rellenan espacio (*space-filling pessaries*). Los primeros se apoyan en el fórnix posterior y en la región posterior del pubis logrando la reducción. Los segundos crean succión entre el dispositivo y las paredes vaginales u ocupan un espacio mayor que el hiato genital (distancia entre el meato uretral externo y la región media de la porción posterior del himen). En general la elección del pesario a ocupar dependerá del defecto específico presente. Aunque no hay recomendaciones estrictas, ya que existen varios tipos de pesarios y muchos se pueden ocupar para distintos tipos de prolapso. La elección dependerá en gran medida de la preferencia del médico tratante aunque se recomienda en prolapsos de pared anterior y defectos apicales grado II, el uso de pesarios tipo anillo (*support*), mientras que en defectos tipo III o IV pesarios tipo Gellhorn o Donut

Tabla 2. Estadios del POP-Q

Estadio	Descripción
0	No hay descenso. Aa y Ap están a -3.
1	El prolapso no desciende más allá de 1 cm. sobre el himen.
2	El prolapso desciende entre 1cm. sobre el himen o 1 cm. bajo éste.
3	El prolapso desciende más allá de 1 cm. bajo el himen.
4	La vagina está completamente evertida.

(*space-filling*). En general, en prolapsos de pared posterior no se ocupan pesarios debido a los puntos de apoyo que tienen (pubis y paredes anterior o apical); sin embargo, los que ocupan espacio pueden servir. En la elección también se debe considerar el estado de la musculatura del piso pélvico y la capacidad de la paciente de autocuidar en su casa el dispositivo (extracción, lavado y reinserción). Una vez dispuesto el tipo adecuado se debe asegurar que el pesario no sea expelido al realizar valsalva y que la paciente se sienta cómoda durante su deambulación, micción, al tomar asiento y defecar. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la expulsión del dispositivo, la incontinencia urinaria y el dolor rectal. Con menor frecuencia se observa impactación del dispositivo, erosiones, encarceración del cérvix, prolapso de intestino delgado y encarceración, fístula véscovaginal y urosepsis⁽²⁶⁾.

La fisioterapia (ejercicios de Kegel) es considerada la opción más costo-efectiva. También se usa como tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo, dolor pélvico y disfunción defecatoria. Es importante señalar que no todas las mujeres son buenas candidatas para esta terapia, ya que necesitan una musculatura pélvica en buen estado para realizar las contracciones que esta terapia requiere; deben ser pacientes motivadas y adherentes. Además faltan estudios que avalen los protocolos adecuados a seguir en esta patología⁽²⁶⁾.

La cirugía dependerá del tipo de defecto presente. En los defectos paravaginales se usará una reparación paravaginal que consiste en acceder al espacio retropúbico por vía abdominal, vaginal o laparoscópica y ubicar el defecto para luego suturar la pared vaginal al arco tendíneo de la fascia pélvica en ese lugar. En los defectos centrales se realizará una colpografía anterior en la cual se realiza una incisión longitudinal en la pared anterior, se disecan los bordes del defecto y se sutura la capa muscular y adventicia hacia la línea media. En los defectos

transversos se buscará un restablecimiento de la continuidad de la muscular en forma transvaginal mediante una incisión a nivel de la zona de mayor contacto de la vejiga con el cérvix, ubicar la muscular retraída y suturarla al tejido conectivo pericervical. Los defectos secundarios a descenso apical se tratarán con resuspensión del ápex (diversos tipos de colpopexia). Distintas clases de injertos y mallas sintéticas se han usado y están en uso actualmente para estas cirugías aunque no hay consenso aún en la adecuada indicación de estas y faltan más estudios al respecto para lograr mejores resultados a largo plazo en la reparación de estos defectos. En casos de incontinencia urinaria oculta, ésta debe ser pesquisada en el examen físico preoperatorio y tratada en forma conjunta durante la cirugía. Las complicaciones quirúrgicas son variadas y dependerán del tipo de cirugía, las cuales van desde hemorragias con la formación de hematomas, lesiones de uretra o vejiga, plicatura de la unión uretrovesical y obstrucción, lesiones ureterales, ITU, granulomas en los puntos de sutura, rigidez, dispareunia y disfunción sexual, etc.⁽²⁷⁾. Un tratamiento quirúrgico adecuado que repare todos los defectos existentes disminuye el riesgo de una nueva cirugía.

CONCLUSIÓN

En conclusión podemos decir que el prolapso genital es una patología muy frecuente que afecta principalmente a mujeres entre los 50-60 años, distribuyéndose en forma Gausiana en la población femenina, dado por el predominio de los estadíos intermedios. Hay diversos factores de riesgo identificados, siendo la edad y los partos vaginales los más importantes. Existen diversas formas de presentación clínica, siendo la sensación de peso o bulto vaginal el más habitual. El POP-Q es el método de elección para su clasificación actual, el cual se basa en el máximo grado de descenso con respecto al himen. La teoría de los defectos sitio-específicos, consistente en la producción de

pequeños desgarros en la fascia endopélvica, es la que explicaría hoy en día la producción del prolapso y a su vez apoyaría su corrección quirúrgica. Entre los diversos tratamientos, la cirugía sigue siendo

el de elección, cuya técnica dependerá del tipo de defecto encontrado, siendo de importancia la corrección de los distintos defectos coexistentes a fin de disminuir la recidiva.

REFERENCIAS

1. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19:895-911.
2. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
3. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:503-7.
4. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:299-305.
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
6. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:108-15.
7. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown J. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol* 2001;98:646-51.
8. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:579-85.
9. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1160-6.
10. Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int Urogynecol J* 2005;16:497-503.
11. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynaecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:277-85.
12. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004;104:489-97.
13. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D *et al.* Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:795-806.
14. Ocelli B, Narducci F, Hautefeuille J, Francke JP, Querleu D, Crépin G *et al.* Anatomic study of arcus tendineus fasciae pelvis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;97:213-9.
15. Wei JT, DeLancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:3-17.
16. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1713-23.

17. DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1717-24.
18. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR *et al.* The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2001;12:178-86.
19. Carley ME, Schaffer JI. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1021-3.
20. Schaffer JI, Wai CI, Boreham MK. Etiology of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:639-47.
21. Gilpin SA, Gosling JA, Smith AR, Warrell DW. The pathogenesis of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A histological and histochemical study. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:15-23.
22. Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:568-71.
23. Tulikangas PK. Defect theory of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:662-7.
24. DeLancey JO. Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:93-8.
25. Pannu HK. MRI of pelvic organ prolapse. *Eur Radiol* 2004;14:1456-64.
26. Trowbridge ER, Fenner DE. Conservative management of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:668-81.
27. Boyles SH, Edwards SR. Repair of the anterior vaginal compartment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:682-90.

CORRESPONDENCIA

Dr. Andrés Marambio Granic
Unidad de Piso Pélvico Femenino
Departamento Obstetricia y Ginecología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Código postal: 8380456
Fono: 978 8287
Fax: 737 0844
E-mail: amarambio@med.uchile.cl

