

Protocolo de actuación del grupo de Suelo Pélvico en el Hospital Ramón González Coro de La Habana*

Performance protocol of the pelvis floor Group in the "Ramón González Coro" Gynecology and Obstetrics Hospital, La Habana

Georgina Areces Delgado^I; Blanca Rosa Manzano^{II}; Raimundo Capote Arce^{III}

^IProfesora Auxiliar. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{II}Profesora Titular. Especialista II Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{III}Profesor Auxiliar. Especialista I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del suelo pelviano son consideradas como las afectaciones que se relacionan con su anatomía y fisiología, en ellas se incluyen, los diversos grados de prolapso de órganos pélvicos, alteraciones de percepción, vaciamiento del tracto urinario y digestivo, así como disfunciones sexuales y algunos otros síndromes dolorosos crónicos a nivel de esta área.

Su prevalencia es elevada, considerándose que casi un tercio de la población adulta y adulta mayor la padece, por lo que constituye una causa muy común de consulta en mujeres de esos grupos de edades. Dado el aumento de la expectativa de vida y la exigencia en su calidad, se comprende la necesidad de brindar una atención protocolizada para nuestra población femenina.

Con esta motivación se decidió organizar la atención de nuestras pacientes presentando algoritmos de trabajo que no pretenden constituir una guía de acción terapéutica, sino más bien divulgar nuestra experiencia con los resultados que se deriven de su aplicación como herramienta de trabajo cotidiano dentro del Servicio.

Objetivos:

- Tratar correctamente la entidad según la evidencia disponible.
- Minimizar recidivas post-quirúrgicas y complicaciones a corto y mediano plazo.
- Aplicar algoritmos que permitan uniformar las conductas adecuadas.
- Crear una base de datos estadísticos para nuestro Servicio.

DESARROLLO

Fisiopatogenia

Aunque se considera esta entidad como una variedad de hernia a través del hiato urogenital, sus connotaciones fisiopatológicas están dadas, por la afectación de los órganos que comparten esta área y su relación con la esfera sexual. Sin embargo, sigue siendo controversial lo que constituye un prolapso clínicamente significativo, toda vez que en casi la mitad de las mujeres que han tenido partos transvaginales, es posible identificar algún grado de este durante el examen, pero no todas aquejan sintomatología.

Los mecanismos del daño y/o fallo de los ligamentos de sostén parecen establecerse a través de la distensión y compresión del pudendo y sus ramas periféricas, así como, por diversas roturas musculares y del tejido conectivo, creándose defectos en áreas paravesicales y fascia pubocervical próxima a la entrada de la uretra en la vejiga, así como, a nivel del periné, tabique recto-vaginal y esfínter anal.

La prevención es posible, actuando sobre los factores de riesgo "modificables", tales como: la disminución de la presión intrabdominal en el caso de mujeres obesas o asmáticas, una orientación dietética adecuada para el control del estreñimiento crónico y los dependientes de una adecuada técnica en las cirugías previas. Existen otros factores no modificables, entre los que podemos considerar los defectos hereditarios del tejido conectivo, y se menciona además, aquellos relacionados con el parto, sin embargo, estrategias actualizadas basadas en criterios de evidencia, pueden mejorar estas perspectivas y hacerlos modificables.

DIAGNÓSTICO

Una profunda anamnesis y un detallado examen ginecológico permitirán el diagnóstico correcto.

Como elemento imprescindible en la elaboración de cualquier algoritmo que contemple corrección en suelo pélvico, no debe obviarse el interrogatorio cuidadoso para descartar una incontinencia urinaria susceptible de tratamiento quirúrgico, como sería el caso de la llamada de "esfuerzo", por lo que sugerimos el uso de un cuestionario dirigido, con utilidad en la práctica cotidiana como el que sigue: (Cuadro 1)

Cuadro 1. Sugerencia para interrogatorio

¿Pierde orina al toser, reír o levantar pesos?
¿Con cuánta frecuencia?
¿Pierde orina en camino hacia el baño?
¿Con cuánta frecuencia?
¿Cuántas veces orina durante el día / durante la noche?
¿Pierde orina durante el sexo?
¿Tiene que usar protección? ¿Cuántas veces debe cambiarse?
¿Encuentra mojado el panty sin darse cuenta?
¿Duele cuando orina?
¿Siente que evacua por completo?

Su expresión clínica depende de:

- El grado de descenso.
- El órgano (u órganos) prolapsados.
- Las modificaciones funcionales asociadas.

Los síntomas más comunes son: la sensación de salida o cuerpo extraño en vagina, así como diversos grados de incontinencia urinaria o rectal, o problemas para el vaciamiento miccional de la vejiga.

La metodología diagnóstica debe incluir:

- Inspección.
- Exploración manual.
- Evaluar el grado de descenso. (Generalmente en tres grados teniendo como punto de referencia la horquilla vulvar).
- Evaluar el tono de los músculos elevadores del ano.
- Indicar los complementarios de rutina.
- Realización de la citología orgánica del cérvix.
- Indicación de un examen bacteriológico de orina.
- Ultrasonido ginecológico, de preferencia transvaginal, para comprobar movilidad uretral, así como, evaluar el tamaño y las características del útero.

- Evaluación personalizada y en los casos en que sea necesario, se realizará la interconsulta con otras especialidades afines, así como, la indicación de pruebas urodinámicas, defecografías, manometrías, electromiografías y otras (cuadro 2).

Cuadro 2. Examen uroginecológico

Inspección: descartar atrofia, carúncula uretral
Evaluar grado de relajación suelo pélvico: uretrocele
Mandarla a orinar: medición
A los 10 min: medir orina residual (catéter o US)
Toma muestra análisis orina
Mandar a toser y observar: <i>test</i> Marschall
Maniobra de elevación del ángulo uretral: Q-tip
Explorar tono de elevadores por TV y TR
Ultrasonido de motilidad uretrovesical

TRATAMIENTO

Las decisiones para elegir una u otra opción deben basarse en la correlación entre la severidad de los síntomas y el grado de extensión del prolapso, solo se debe aconsejar la cirugía ante la evidencia de hallazgos anatómicos y/o funcionales, que puedan lograr una mejoría mediante el proceder.

Como además, durante los procedimientos de diagnóstico se habrá tratado de precisar el grado de repercusión personal y social si se asociara a una incontinencia urinaria, precisando si se trata de una urgencia miccional o evidentemente a los esfuerzos. Esto debe definirse bien, pues en los casos leves o moderados, en el manejo inicial estarían indicados los tratamientos de rehabilitación, como recomiendan hoy en día la mayoría de los uroginecólogos.

En la primera línea de tratamiento rehabilitador, estarían los ejercicios de Kegel, con un programa sistematizado de contracciones y relajación de la musculatura de suelo pélvico, que busca mejorías, y de hecho se reporta mejoría en un 30-60 % de los casos en períodos de tratamiento que oscilan entre 3 y 6 meses. Otros medios físicos como la terapia conductual, la estimulación eléctrica o magnética, *biofeedback* y otros, están disponibles en algunas instituciones y pudieran seleccionarse en algunos casos, aptos para estos tratamientos.

En las pacientes posmenopáusicas debe considerarse la aplicación local de estrógenos conjugados, si no existiera contraindicación, durante varias semanas previas a la cirugía, si esta fuera la decisión, para mejorar el tropismo del epitelio vaginal por la acción de esa hormona.

Tratamiento médico

- Mecánico: uso de pesarios.

- Hormonoterapia: estrógenos conjugados en aplicación tópica.
- Fisioterápico: considerándose primera línea por más del 70 % uroginecólogos.

Tratamiento quirúrgico

Preparación pre-operatoria:

- Cura tópica de lesiones ulceradas si existieran.
- Uso de soluciones antisépticas vaginales (yodo-yodurada).
- Enemas evacuantes.
- Antibioticoterapia transoperatoria (Cefazolina 2g EV).
- Sedación ligera (Diazepam 5 mg cada 8 h).
- Uso generalmente de anestesia regional (espinal o peridural).

La histerectomía vaginal es el proceder quirúrgico más realizado en nuestro servicio y la técnica estará en correspondencia con el grado de prolapso uterino y de otras estructuras involucradas (cistocele, rectocele, enterocele) en que se mantiene el principio de simultanear si se necesitan otras correcciones.

En la cirugía, debe considerarse la preferencia, habilidad y pericia de cada cirujano en una técnica determinada. La propuesta por Döderlein-Kröng resulta la más extendida dentro de nuestro servicio, y solo se diferencia de la tradicional en el paso de la apertura inicial, en el cual se accede a la cavidad peritoneal a través de la plica vésico-uterina por la cara anterior del útero, procediendo a la exteriorización de su fondo hacia delante y traccionando del mismo. A partir de aquí, se continúa seccionando en orden los ligamentos útero-ováricos, vasos uterinos, ligamentos útero-sacros y por último los ligamentos cardinales que permiten la extracción total del útero, cierre peritoneal y luego, de manera imprescindible, la fijación de la cúpula vaginal.

Deben emplearse solo las disecciones necesarias tratando de minimizar el trauma local, así como garantizar una buena hemostasia y la utilización de suturas absorbibles tipo cromado o sintético derivadas del ácido poliglicólico cuando exista disponibilidad. Estas serían las recomendaciones en esta cirugía que resulta la más extendida en cuanto a corrección de prolapso uterino propiamente diagnosticado.

En el caso de haberse definido la existencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, las propuestas vendrían dadas por el grado de relajación o prolapso de pared vaginal anterior (presencia de uretrocistocele) y/o severidad de la misma:

- Operación de Kelly-Kennedy: ruta vaginal
- Operación de Burch: ruta abdominal

- Para algunas situaciones colegiadas y habiendo la disponibilidad del recurso, se consideraría la inserción de TVT (tension vaginal tape) por estar bien documentado su muy alto porcentaje de éxitos, baja morbilidad y todo el respaldo actual en la mayoría de las investigaciones que avalan su nivel de evidencia.

Cuidados posoperatorios

- Retirar gasas vaginales a las 24 h.
- Valorar retiro del catéter vesical según técnica utilizada o cierre intermitente del mismo a partir de las 24 h.
- Movilización precoz.
- Vía oral abierta a las 12 h.

Situaciones menos frecuentes y propuestas actualizadas:

En los casos de elongación cervical en que no haya verdadero descenso de cuerpo uterino, sobre todo en pacientes jóvenes, resulta de elección la práctica de operación de Manchester.

Considerar las evidencias actuales de no hacer de rutina miorrafia de elevadores anales en la reparación de rectoceles y desgarros perineales por la posibilidad de aparecer dispareunia importante.

Aplicar directivas actuales de reparación de prolapso de cúpula vaginal, considerando las dos vertientes fundamentales: técnicas obliterativas y restauración con funcionalidad.

Para el caso de las más ancianas, realizar colpocleisis tipo LeFort con cuidado del área periuretral para la prevención de incontinencia urinaria iatrógena, así como reforzar el cierre con una colpoperineorrafia.

En las pacientes más jóvenes, reparación a través de fijación al sacro por vía abdominal con injerto de fascia autóloga, añadiendo uretrosuspensión tipo Burch, cierre del Douglas por técnica de Halban y colpoperineorrafia en tiempo perineal.

CONCLUSIONES

Resulta comentario obligado tener en cuenta que las decisiones deben apoyarse, en algunos casos, en interconsultas con otras especialidades que también abordan el manejo del suelo pélvico, de ahí la tendencia cada vez más extendida de trabajar equipos multidisciplinarios.

Como línea permanente de trabajo deben recalcar los elementos imprescindibles para prevención, siempre a tener en cuenta durante la práctica de cualquier histerectomía:

- Cierre peritoneal alto en el Douglas o reparación de enterocele si necesario.
- Unión de útero.sacos si separación importante.

- Fijación de cúpula vaginal al complejo ligamentario cardinales-útero-sacros.

La cirugía de reparación la avala el grado de satisfacción de las pacientes curadas, por eso se recomiendan la incorporación de estas técnicas, su uso cada vez más extendido, así como la exigencia en el adiestramiento para nuestros cirujanos en formación.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Novara G, Artibani W. Surgery for pelvic organ prolapses: current status and future perspectives. *Curr Opin Urol*. 2005 Jul;15 (4):256-62.
2. Whitesides JL, Weber AM, Meyn LA, Walter MD. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Obst Gyn Surv*. 2006;60(3).
3. Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapses. *Obst Gynecol*. 2005;106(3):615-34.
4. ACOG Practice Bulletin. *Obstet Gynecol* . No. 79, Feb 2007.
5. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obst and Gynecol*. 2001;185(6):1332-38.
6. Marti-Raque J. Trastornos del suelo pélvico. *Rev Cirug Esp*. 2005;77(65):254.
7. González Merlo J. Prolapso genital. En: *Ginecología I*. Cap. 17. La Habana: Ed.Ciencias Médicas. 2006. p. 311.
8. Nygaard IE, Mc Creery R, Brubaker L, Connolly AM, Cundiff G, Weber AM. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Pelvic Floor Disorders Network*; 2005.
9. Maher C, Bressler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. *Cochrane DataBase Syst Rev*. 2004 Oct 18; (4).
10. Cruishankl SH, Kovac SR. Sacral colpopexy for vaginal vault. In: *Churchill Livingstone's Obst & Gyn Lib*. Chap 20. Richmond: Ed. William J Mann J; 1996. p.1891.
11. Royner ES. Pelvic organ prolapse: a review. *Ostomy Wound Manage*. 2004 Dec;46 (12):24-37.
12. Guibaudo C, Hocke C. ¿Está aún indicada la colpocleisis en el tratamiento del prolapso genital? *Prog Urol*. 2005;15(2): 272-6.
13. Hendee AE. Sacral colpopexy for enterocele and vaginal vault prolapse. In: *Thompson & Rock, eds. Te Linde's operative gynecology*, ed 8. Philadelphia JB Lippencourt 1998; 38: 1069.
14. Abbasy S, Kenton K. Obliterative procedures for pelvic organ prolapse. *Clin Obst Gynec*. 2010;53 (1):86-98.

15. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapsed. The Lancet. 2007;369(9566):1027-38.

16. Pakbaz M, Mogran I, Lofgren M. Outcomes of vaginal hysterectomy for utero-vaginal prolapse. BMC Woman`s Health. 2009;9:9.

Nota del Comité Editorial:

*El presente artículo constituye el manejo de actuación en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro" de La Habana ante las alteraciones del suelo pélvico, que ilustra algoritmo de trabajo. Esta experiencia puede ser utilizada por todos los especialistas que manejan el tema, pero no constituye en modo alguno una guía oficial de actuación.

Recibido: 30 de septiembre de 2010.

Aprobado: 8 de octubre de 2010.

Dra. *Georgina Areces Delgado*. Hospital Ginecoobstétrico docente "Ramón González Coro". Calle 21 entre 4 y 6, Vedado. La Habana, Cuba. Correo electrónico: gareces@infomed.sld.cu