
Prolapso genital incidencia y casuística: Hospital Naval de Guayaquil 1995 - 2000

Incidence of genital prolapse and casuistry: Naval Hospital of Guayaquil 1995 - 2000

Angel Alvarado L*
Manolo Calero R. **
Alberto Medrano R. ***
Cecibel Tomalá B. ****

Resumen

El prolapso es motivo frecuente de consulta para en Ginecología y la mayoría de las mujeres que lo padecen sobrepasan los 50 años.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal desde 1995 al 2000 en el hospital Naval de Guayaquil.

El objetivo: Conocer los factores causales más comunes.

Comprobar la importancia de la relación entre los antecedentes gineco-obstétricos y el desarrollo del prolapso genital.

Identificar el tipo de tratamiento quirúrgico y las complicaciones que se presentaron al momento de la resolución en las pacientes internadas en el hospital Naval de Guayaquil (HOSNAV).

Se encontraron 65 casos en el estudio de 6 años, la edad media de presentación fue 57 años 8 meses, se demostró que mientras más se acerquen a la etapa del climaterio, la incidencia de prolapso genital aumenta en forma proporcional. El factor causal que se relaciona al desarrollo de prolapsos es la multiparidad y los partos distócicos.

Palabras clave: Prolapso uterino, Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Summary

Prolapse is frequent reason of consultation to the gynecologist and most common in women over 50 years.

We carried out a retrospective, descriptive and longitudinal study between the years of 1995 to 2000 in the Naval Hospital of Guayaquil with the objective of finding out the most common risk factors, to check the importance of the relationship between the Gynecologic clinical history and the development of the genital prolapse, and to identify the type of surgical treatment and the complications that were presented.

There were 65 cases in the 6 year-old study, the age of presentation was 57 years 8 months, it was demonstrated that while more they come closer to the stage of the climaterium, the incidence of genital prolapse increased. The risk factor that is related to the development of prolapse is the multiparty and the distotic childbirths.

Key words: Uterine prolapse, Incontinency urinary.

Introducción

La vejiga, uretra; ano, útero, cérvix, vagina y vulva son órganos independientes y solidarios entre sí. La elasticidad y constitución de una serie de

ligamentos aseguran el mantenimiento de los órganos genitales en el interior de la pelvis, los protegen de los cambios de presión intra-abdominal, del trauma obstétrico determinado por el peso progresivo del embarazo y el paso del bebé

56 * Doctor en medicina y cirugía. Guayaquil - Ecuador

** Médico postgradista de Anestesiología, hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil – Ecuador

***Médico residente, hospital materno infantil Mariana de Jesús. Guayaquil – Ecuador

****Médico postgradista de Gineco – Obstetricia, hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil – Ecuador

por el canal blando del parto, del trauma por el aumento de peso de los órganos afectados por tumores grandes y por la obesidad^{1,18}.

La relajación pélvica se refiere a varias anomalías anatómicas del conducto vaginal y las estructuras circundantes relacionadas con la pérdida del sostén aponeurótico y ligamentario. En esta denominación se incluye al uretrocele, cistocele, prolapso uterino, prolapso de la cúpula vaginal (cuando no hay útero), enterocele, rectocele¹⁴.

El factor iniciador en todas las localizaciones suele ser el parto vaginal prolongado y traumático, que conlleva al riesgo de producir isquemia no sólo de las paredes vaginales sino de ligamentos, fascias y músculos, que más tarde puede culminar con insuficiencia músculo facial¹⁸, además el parto múltiple que se acompaña de laceraciones del conducto del parto, y otros factores como el envejecimiento y la atrofia^{14,3}.

La experiencia muestra que, en algunas ocasiones encuentra más mujeres que sin antecedentes obstétricos sufren de prolapso, pero que tienen un grave aumento de la presión intra-abdominal por tumores o ascitis, o que padecen de enfermedades crónicas del aparato respiratorio, acompañadas de accesos severos de tos³. También aquellas mujeres con neuropatía que afecte el plexo sacro en sus raíces S1 a S4 como ocurre en la espina bífida, neuropatía diabética, etc.⁴; por factores congénitos algunas mujeres jóvenes nulíparas sin antecedentes de relaciones sexuales, presentan prolapso que sólo se puede explicar por razones congénitas del piso pélvico^{3,4}.

También se debe considerar los traumatismos que afecten las estructuras de la estática pelvigénital, el coito, traumas directos por agresión o accidentes y los indirectos, por fractura de la pelvis¹⁰.

Durante el climaterio y la senectud, en las mujeres con sobrepeso, aumenta la lordosis lumbar que provoca mayor anteversión de la inclinación pélvica y la presión que llega a la pelvis se acentúa, lo que facilita el prolapso vesical y uterino¹⁸.

Además, la tendencia a la obesidad en la etapa del climaterio, aumenta la presión intra-abdominal y pélvica y va venciendo la resistencia músculo-

fascial, la vagina acorta su longitud, lo que permite un acercamiento de la cerviz hacia la vulva¹⁶.

Los descensos grado I y a veces II pueden ser asintomáticos, pero el grado III no pasa desapercibido. Además es muy frecuente que exista simultáneamente cistocele, uretrocele, rectocele y prolapso uterino¹². Los principales síntomas son la incontinencia urinaria de esfuerzo, que es la pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo físico, y la sensación de cuerpo extraño que es el síntoma más frecuente⁵.

En un estudio realizado por Heit y colaboradores en mujeres con prolapso genital, se demostró que el prolapso de los órganos pelvianos no es causa de dolor pelviano⁸. También puede observarse leucorrea o hemorragia sero-sanguinolenta por ulceración trófica e infección del prolapso⁴.

Lo frecuente es tratar el prolapso de forma quirúrgica, pero en algunos casos no será posible porque la paciente está complicada con otros problemas y la cirugía se tornaría peligrosa para la vida, que habrán de tomarse otras medidas^{9,13}. Entre las técnicas quirúrgicas están: colporrafia anterior, colporrafia posterior, histerectomía vaginal, perineorrafia, histeropexia abdominal, etc. Se practicará la más adecuada para cada tipo de paciente¹¹.

Diversos estudios han demostrado ventajas de la histerectomía vaginal sobre la abdominal para el prolapso uterino, ya que los pacientes tienen una recuperación más rápida y menos complicaciones^{6,7,15}. Además existe una pérdida sanguínea significativamente menor (mediana de 520ml versus 920ml respectivamente)¹⁷.

La colporrafia vaginal anterior es el tratamiento quirúrgico más eficaz para el cistocele⁴. La mayoría de procedimientos quirúrgicos para tratar el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria, no modifica, e incluso mejora la función y satisfacción sexual de las pacientes².

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal desde los años 1995 al 2000 en el hospital Naval de Guayaquil, en el área de consulta externa de ginecología a las mujeres con prolapso uterino.

Se estudió la historia clínica, antecedentes gineco-obstétricos, tipo de parto, etc. Revisando las historias clínicas se recopilaron 65 casos.

Entre los *criterios de inclusión* tenemos todas las mujeres que fueron diagnosticadas con prolapso genital en el hospital Naval de Guayaquil.

Los *criterios de exclusión* fueron aquellas pacientes que siendo diagnosticadas de prolapso no regresaron al hospital, por tanto no se les pudo realizar ningún tratamiento.

Discusión

Los resultados de este estudio en general concuerdan con la literatura universal, el factor causal que con mayor frecuencia está relacionado con el desarrollo de prolapso, son la multiparidad y los partos distócicos, especialmente con periodos expulsivos largos, que promueven el desarrollo de insuficiencia del piso pélvico ^{14,18}.

Queda demostrado que mientras las pacientes más se acerquen a la etapa del climaterio, la incidencia de prolapso genital aumenta siendo, así que en el 40% de las pacientes estudiadas, la menopausia fue el factor de mayor prevalencia.

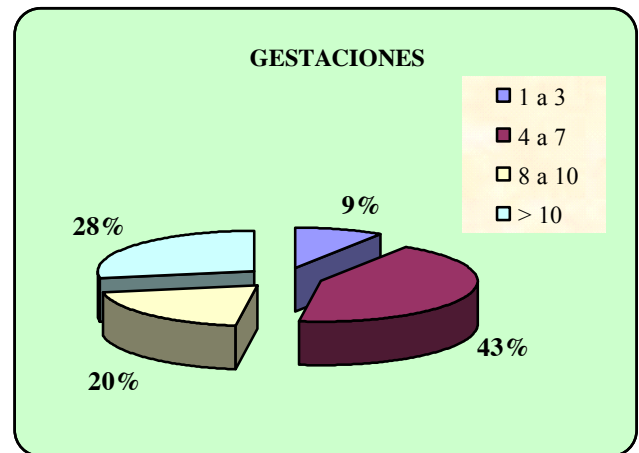
La mayoría de estas pacientes no recibieron ningún tipo de tratamiento durante la etapa del climaterio, pues se sabe que una terapéutica prolongada con estrógenos en las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas tiende a mantener el tono e integridad de la aponeurosis endopélvica y musculatura del piso pélvico.

Resultados

Referente a la edad media de presentación fue 57 años 8 meses, el 80% de ellas eran casadas, referente a la procedencia el 60% corresponde a Guayaquil; en estas pacientes el ciclo menstrual no tuvo mayor significancia, puesto que apenas la diferencia fue de 4.6% a favor del ciclo menstrual regular.

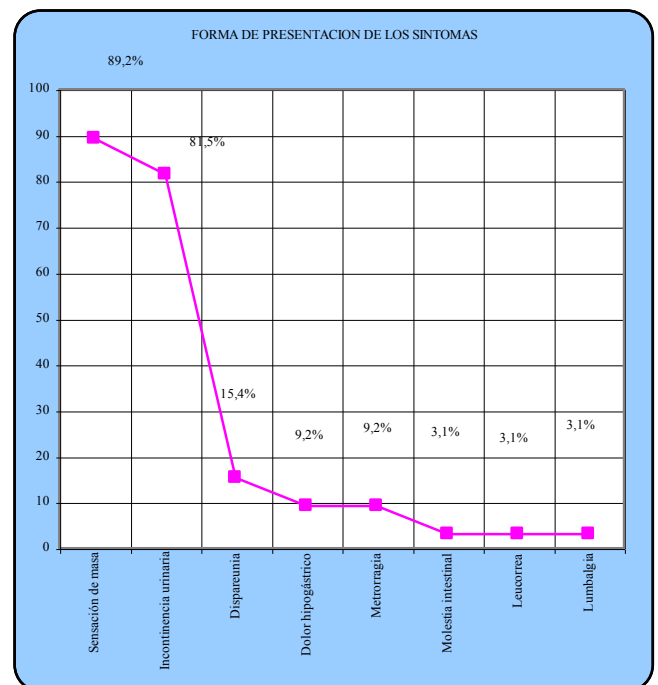
El inicio de la actividad sexual estuvo entre los 17-19 años, el 70% de las pacientes no llevan ningún tipo de planificación familiar de tal manera que el 43.1% tienen de 4 a 7 gestaciones siendo un gran factor de riesgo para desarrollar prolapso, en un 80% la concluyeron por vía vaginal (figura 1).

Figura 1



El 83.1% no recibieron ningún tipo de tratamiento durante la etapa de climaterio, que junto con la edad se conjugan como factores de riesgo. En cuanto a los síntomas los dos principales por los que acudieron a la consulta fueron la sensación de masa y la incontinencia urinaria de esfuerzo, 89.2% y 81.5% respectivamente (figura 2).

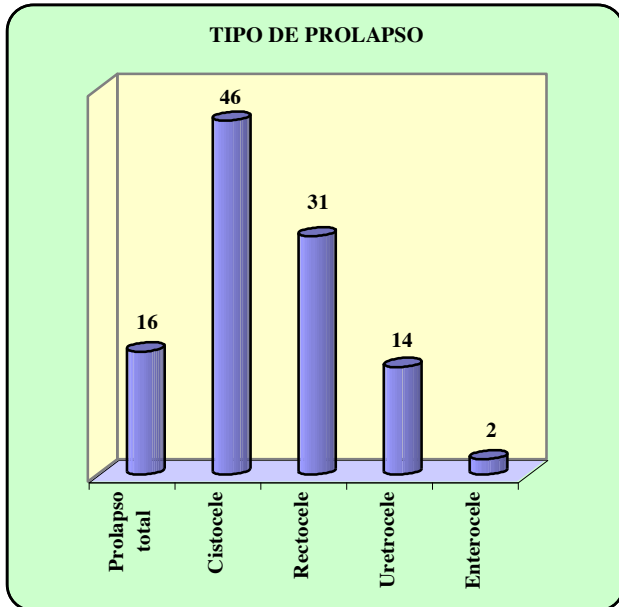
Figura 2



La forma de presentación del prolapso en el 70.7% fue el cistocele, seguido del rectocele con un 47.7%. El tiempo de aparición de los síntomas y el

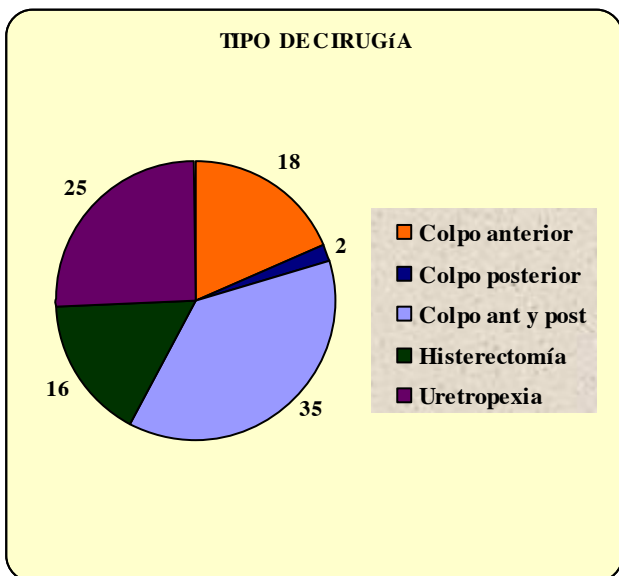
último embarazo en el 29.2% fue de 10 a 20 años (figura 3).

Figura 3



La forma de resolución en el 53.8% fue por Colpoperineorrafia anterior y posterior, seguida de la uretropexia en el 38.4% (figura 4).

Figura 4



La mayoría permanecieron hospitalizadas de 5 a 10 días; en cuanto a las complicaciones en el 6.1% (4 casos) se presentó tanto globo vesical, como infección de vías urinarias en el mismo porcentaje;

en un 4.6% (3 casos) shock hipovolémico y en el 3.1% (2 casos) anemia post-hemorrágica.

Recomendaciones

1. Promover y fomentar el desarrollo de planificación familiar, instruyendo a la mujer en el control racional de su descendencia.
2. Promover y fomentar la importancia de la atención especializada antes, durante y después del trabajo de parto.
3. Realizar oportunamente la terapia de reposición hormonal en las pacientes que se encuentren en etapas del climaterio, menopáusicas y pos-menopáusicas, evitando así complicaciones por déficit hormonal.
4. Instaurar tratamiento corrector en las fases tempranas del prolapso, que deberían apoyarse con un diagnóstico oportuno de la incontinencia urinaria de esfuerzo como sintomatología y con una correcta búsqueda de otros signos, por medio de un completo examen físico y ginecológico.
5. Valoración especializada de las pacientes con traumatismos del área perineal, descartando daño en el aparato de sostén de los órganos pélvicos.
6. Instruir en la importancia de tener una buena calidad de vida, evitando la obesidad, controles regulares de patologías asociadas con el fin de evitar complicaciones futuras.

Referencias bibliográficas

1. Bump, R.: The standarization of terminology of Female Pelvic Organ Prolapse and pelvic floor dysfunction. *Obstetric and Gynecology*, Florida, 175: 1-10, 1996
2. Cleveland, E.: Efectos de la cirugía por prolapso e incontinencia sobre la función sexual. *American Journal of Obstetrics and Gynelogy*. 182: 1610-1615, 2000
3. Copeland, L.: *Ginecología*. 2 ed, Panamericana, Buenos Aires, 1162-1167, 2002.

4. DeCherney, A.: Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos. 7 ed, Manual moderno, México, 1034-1038, 2000.
5. Díaz, J.: Clasificación de la incontinencia urinaria y métodos diagnósticos. II tomo, Harcourt-Brace, Madrid, 2-6, 1998.
6. Dicker R.: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol. 144: 841-848. 1982
7. Dorsey J.: Cost and charges associated vaginal hysterectomies. Engl J Med. 335: 476-482, 1996.
8. Heit, M.: El prolapso de los órganos pelvianos como causa de dolor hipogástrico o lumbosacro. Obstetrics and Gynecology. 99 (1): 23-28. 2002.
9. Jáuregui, F.: Evaluación del riesgo cardiaco en cirugía no cardíaca. Anestesia en México, México, 6: 52, 1994.
10. Jones, B.: Tratado de ginecología. 11 ed, Interamericana, Argentina, 405-406, 1998.
11. Luide, T.: Ginecología práctica, 7 ed, Panamericana, Buenos Aires, 854-873, 1992.
12. Martín, L.: Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétrico, 5 ed, Manual moderno, México, 763-780, 1989.
13. Edward M.: Anestesiología clínica, 1 ed, Manual moderno, México, 7-16, 1998.
14. Novak, .: Fundamentos de la Ginecología, 12 ed, Interamericana, México, 657-662, 1993.
15. Ottosen, C.: Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short-term outcome. BJOG, 107: 1380-1385, 2000.
16. Philip, J.: Clínica Ginecológica, 5 ed, Harcourt-Brace, Madrid, 70-73, 1999.
17. Ribeiro, A.: Histerectomía vaginal versus histerectomía abdominal em Mulheres sem Prolapso Genital, em Maternidades-Escola do Recife: Ensaio Clínico Randomizado. RBGO, 25 (3): 169-176, 2003.
18. Usandizaga A.: Tratado de Ginecología y Obstetricia, volumen II, 1 ed, Interamericana, México, 550-552, 1998.

Dra. Cecibel Tomalá Briones
Teléfono: 593-04-2795330; 2796598
Fecha de recepción: 28 de junio de 2003
Fecha de publicación: 31 de enero de 2005



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL