

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS, PRESENTE Y FUTURO

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE, PRESENT AND FUTURE

HANS PETER DIETZ, MD, PHD (1), RODRIGO GUZMÁN ROJAS, MD (1)

1. Sydney Medical School Nepean, University of Sydney, Nepean Hospital, Penrith, Australia.

Email: hpdietz@bigpond.com
rodrigoguzman@vtr.net

RESUMEN

En los últimos 10 años se ha visto un importante progreso en el campo de la uroginecología. Esto resulta evidente al considerar los avances en el diagnóstico y tratamiento del prolapso genital. Lamentablemente, gran parte de los urólogos femeninos, ginecólogos y uroginecólogos podrían asociar este avance con la sucesiva implementación de nuevos procedimientos quirúrgicos que han sido introducidos con un interés comercial, sin contar con resultados de estudios clínicos que avalen su uso. Esto resulta peor aún si consideramos el limitado conocimiento que todavía se tiene de la etiología y fisiopatología del prolapso de los órganos pélvicos. Sin embargo, esta última década trajo consigo un progreso importante en el diagnóstico, junto a un incremento considerable en el estudio clínico de la etiología de las disfunciones del piso pélvico. En este artículo discutiremos los últimos adelantos, y su importancia, tanto en la práctica clínica como investigación de la obstetricia y ginecología, enfocándonos en el diagnóstico y tratamiento del prolapso genital.

Palabras claves: Prolapso, ultrasonido, elevador del ano, piso pélvico, diagnóstico, tratamiento.

SUMMARY

The last decade has seen substantial progress in the field of pelvic floor medicine. Nowhere is this more obvious than in the diagnosis and treatment of female pelvic organ prolapse.

Unfortunately, most female urologists, gynaecologist and urogynaecologists would identify this progress mainly through a succession of new surgical procedures that have been introduced by commercial interests, without proper outcome data, and mostly without even a basic understanding of pathophysiology. The latter is not particularly surprising, given how limited our knowledge on the aetiology and pathophysiology of prolapse still is. However, this last decade has also brought substantial progress in diagnostics, with a concomitant boost for clinical research into the aetiology of pelvic floor disorders. In this paper we'll discuss recent developments and their importance for both research and clinical practice in Obstetrics and Gynaecology with focus on the diagnosis and treatment for pelvic organ prolapse.

Key words: Prolapse, ultrasound, levator ani, pelvic floor, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general. En un 3 a 6% de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales llega o desciende por debajo del himen (1, 2), y el riesgo que enfrentan de ser sometidas a una cirugía por esta condición oscila entre el 10 a 20% (3, 4). Uno de los grandes problemas que se debe enfrentar es la alta tasa de recurrencia que se presenta luego del tratamiento quirúrgico de esta condición, estimándose que

hasta 1/3 de las pacientes que se someten a cirugía han sido llevadas a pabellón previamente para corregir el mismo problema (4). Todo esto implica un fuerte impacto en la calidad de vida de estas mujeres en lo social y en lo económico. No resulta sorprendente, entonces, que debido a los pobres resultados que se tienen en la actualidad en el manejo quirúrgico del prolapso genital, particularmente del compartimento anterior, se estén desarrollando nuevas técnicas operatorias que buscan como objetivo mejorar los resultados a largo plazo para este tipo de pacientes. Sin embargo, para lograr esta meta resulta fundamental, en primer lugar, llegar a comprender la fisiopatología del prolapso de los órganos pélvicos. Esta no es una tarea sencilla, pero con el avance de la tecnología en esta área poco a poco podremos tener un conocimiento más acabado de este importante problema.

El uso de la Resonancia nuclear magnética (5) junto al ultrasonido 3D y 4D (6, 7) han resultado herramientas esenciales para avanzar en el conocimiento de la anatomía y función del piso pélvico. Estas recientes técnicas imaginológicas nos han enseñado a cómo usar nuestros sentidos, tanto visión como palpación de manera más eficiente, y de esta forma a diagnosticar anomalías que eran completamente desconocidas hasta hace tan solo 10 años. En esta revisión se pretende dar cuenta del estado actual del diagnóstico clínico e imaginológico del prolapso genital y se entregará una visión de su abordaje terapéutico con una mirada particular hacia el futuro.

DIAGNÓSTICO

En el año 1996 la introducción del **"Pelvic Organ Prolapse Quantification System"** o POP-Q de la *International Continence Society (ICS)*, estandarizó la forma en que se evalúa clínicamente el prolapso Genital [8]. Sin embargo, su introducción en la práctica clínica diaria no fue fácil. En el año 2004, 8 años luego de su introducción, sólo un 40% de los miembros de la ICS y la *American Urogynecologic Society*

(AUGS) lo utilizaban en su práctica clínica habitual y sólo un 60% para el reporte en la investigación [9]. En la actualidad, se estima que existe un importante grupo de especialistas que aún no se sienten familiarizados con esta clasificación. Una explicación a este fenómeno se puede encontrar en lo complejo que inicialmente resulta su aplicación para la mayoría de los ginecólogos, lo que ha motivado el desarrollo de versiones simplificadas del POP-Q (10). A pesar de ello, ésta es la clasificación más utilizada en la actualidad para el reporte clínico de esta condición, la cual ha permitido estandarizar los estadios del prolapso en la literatura internacional.

Un factor muy importante a tener en consideración es que el descenso de los órganos pélvicos puede ser enmascarado o subdiagnosticado si es que la paciente no realiza una maniobra de Valsalva adecuada (breve y/o de poco esfuerzo), o presenta la co-activación del músculo elevador del ano en el momento en que se evalúa (11). Lamentablemente la descripción original del POP-Q no repara en estos importantes puntos a tener en cuenta durante la evaluación de estas pacientes. La ultrasonografía 2D puede ayudar a determinar en forma objetiva el grado del descenso de los órganos pélvicos y además permite detectar fácilmente cuando la paciente contrae el piso pélvico al mismo tiempo que realiza la maniobra de Valsalva (Fig 1). Este problema puede ser corregido inmediatamente al realizar *biofeedback* visual con la paciente, de manera tal que el máximo descenso de los órganos pélvicos pueda ser evidenciado. La estandarización de la maniobra de Valsalva no ha sido un tarea sencilla, de hecho, los estudios que han enfocado este problema no han conseguido resultados adecuados. El factor tiempo pareciera ser fundamental en este proceso, es por ello que la paciente debería sostener el pujo por al menos 5 segundos para no enmascarar el desarrollo del prolapso (12).

Mientras que la primera referencia al trauma del elevador del ano data del año 1943 (13), la comprensión de que las anomalías detectadas por estudios de imágenes del piso pélvico se debían al trauma sufrido por este músculo durante el parto tiene menos de 10 años (14, 15).

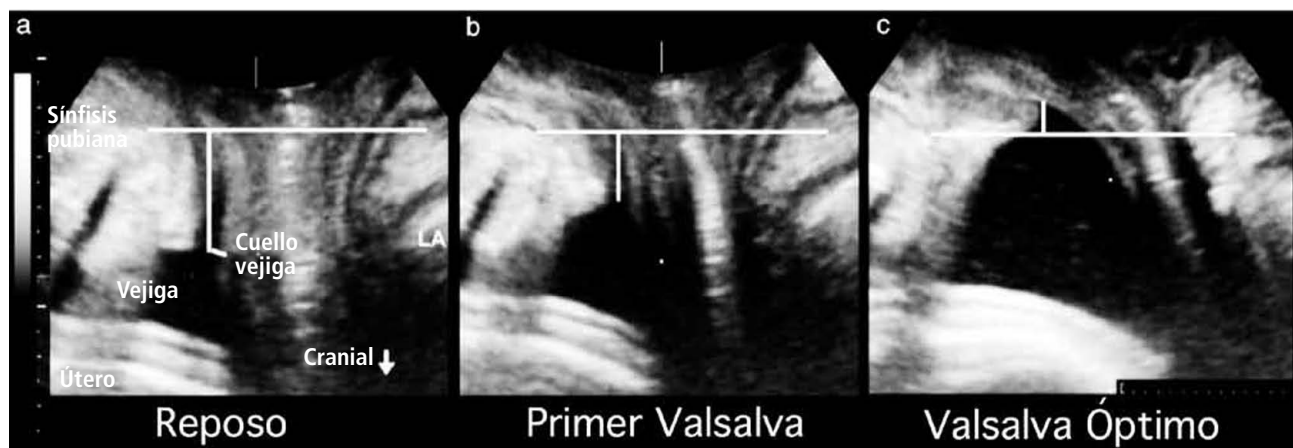


Figura 1. Traducido de: Efecto de la co-activación del músculo elevador del ano en el descenso del cuello vesical. Vista medio sagital en reposo (a), primera maniobra de Valsalva enmascarada por la co-activación del músculo elevador (b) y Valsalva óptima luego del biofeedback con la paciente (c). Las líneas horizontales indican el margen inferior de la sínfisis del pubis. Las líneas verticales indican el cuello vesical. Es evidente que el cuello vesical desciende más al optimizar la maniobra de Valsalva. LA, elevador del ano. Con autorización de Dietz et al. (11).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830446>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830446>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)