



# Prolapsos genitales

G. Giraudet, J.-P. Lucot, J.-F. Quinton, M. Cosson

*El prolapso genital se define como la protrusión de una de las paredes de la vagina en el conducto vaginal. Es una patología frecuente que requiere intervención quirúrgica en el 10-20% de las mujeres. La cantidad de pacientes atendidas por un prolapso genital puede aumentar en los próximos años, ya que uno de los principales factores de riesgo es el envejecimiento. Su impacto en la calidad de vida es significativo. La fisiopatología del prolapso es multifactorial y todavía no está totalmente dilucidada. El diagnóstico puede formularse gracias a la anamnesis y a la exploración física. Las pruebas complementarias se solicitan en función de los antecedentes de la paciente y de su sintomatología. El prolapso genital puede tener múltiples consecuencias, con repercusión en la función urinaria, sexual y digestiva. Por lo tanto, la atención médica debe ser multidisciplinaria. La instauración de un tratamiento se considera en una paciente que presenta síntomas relacionados con el prolapso y no frente a un prolapso anatómico asintomático. El tratamiento es médico-quirúrgico. No existe un tratamiento único, sino distintas posibilidades terapéuticas. La solución quirúrgica no es perfecta, ya que alrededor del 30% de las pacientes son reintervenidas a causa de recidivas. Las pacientes deben estar bien informadas sobre todas las posibilidades terapéuticas y sus complicaciones para poder tomar una decisión con conocimiento de causa.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

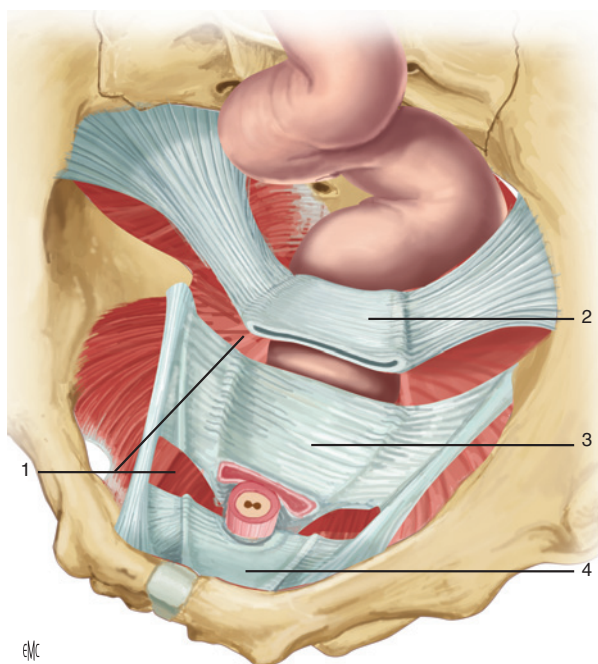
**Palabras clave:** Prolapso genital; Fisiopatología del prolapso genital; Anatomía de la pelvis; Diagnóstico del prolapso genital; Tratamiento del prolapso genital

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Anatomía: medios de suspensión, de soporte y de cohesión de los órganos pélvicos</b>	2
Fascias y ligamentos	2
Piso pélvico	3
Periné	3
■ <b>Epidemiología</b>	3
Prevalencia	3
Factores de riesgo	4
■ <b>Fisiopatología</b>	5
Modificaciones anatómicas	5
Modificaciones histológicas	6
Factores genéticos y raciales	6
■ <b>Diagnóstico</b>	7
Anamnesis	7
Exploración física	7
Clasificaciones	8
Pruebas complementarias	9
■ <b>Tratamiento</b>	11
Tratamiento médico	11
Tratamiento quirúrgico	12
■ <b>Conclusión</b>	16

## ■ Introducción

El prolapso genital se define como la protrusión de una de las paredes de la vagina en el conducto vaginal debido a un defecto de suspensión o de soporte. Aunque la investigación médica avanza a grandes pasos con el desarrollo de la terapia génica y la ingeniería tisular, los mecanismos responsables del prolapso genital no están dilucidados. Es una patología compleja y multifactorial en cuya atención participan tres disciplinas médico-quirúrgicas. En este sentido, cualquier modificación de las movibilidades de la pelvis puede afectar a las funciones urinarias, genitales y rectales. El prolapso genital ha sido objeto de numerosas publicaciones. Una búsqueda bibliográfica (*pelvic organ prolapse*) en PubMed revela que cada año aparecen alrededor de 700 artículos sobre el tema. Se trata de una patología funcional que compromete la calidad de vida de muchas mujeres. Aunque sobre todo se observa en mujeres ancianas, también puede afectar a pacientes jóvenes. Debido al envejecimiento de la población, es probable que el número de pacientes afectadas por un prolapso genital se incremente, hasta tal punto que el 11-20% de ellas necesite una operación por esta causa <sup>[1,2]</sup>. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos, con muchas controversias respecto al uso de material protésico. Las recidivas y, por tanto, la necesidad de una reintervención quirúrgica son relativamente frecuentes (30%) <sup>[1]</sup>.



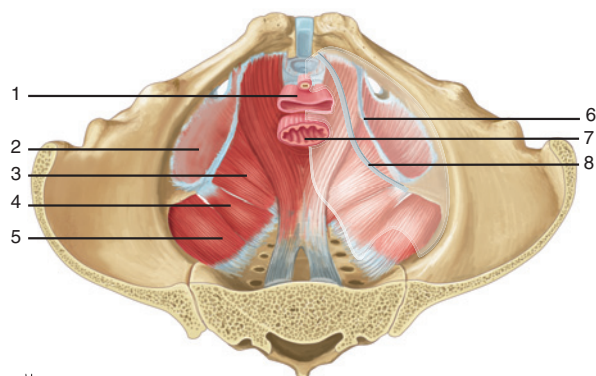
**Figura 1.** Niveles de suspensión descritos por DeLancey [3]. 1. Músculo elevador del ano; 2. nivel 1; 3. nivel 2; 4. nivel 3.

Por lo tanto, es indispensable organizar la investigación con el fin de mejorar la comprensión del prolapso genital y de optimizar su tratamiento. Las nuevas tecnologías, como los programas informáticos de simulación en tres dimensiones, podrían ayudar a mejorar los conocimientos.

## ■ Anatomía: medios de suspensión, de soporte y de cohesión de los órganos pélvicos

El prolapso genital se define como la protrusión a través del conducto vaginal de una de las paredes vaginales. La alteración de uno de los medios de suspensión y/o de soporte puede ser responsable de la aparición de un prolapso. Sin embargo, la anatomía de la pelvis no está perfectamente definida, sobre todo en lo que se refiere a las fascias y los ligamentos, ya que en las disecciones anatómicas es difícil identificarlos. A pesar de los avances de las técnicas de imagen, sobre todo de la resonancia magnética (RM), todavía no se ha conseguido una descripción consensuada.

En 1993, DeLancey describió tres niveles de suspensiones o de soporte de la vagina [3] (Fig. 1). Esta teoría se ha mantenido sin cambios desde hace 20 años. El nivel 3 (tercio superior de la vagina) estaría suspendido a la pared de la pelvis por los ligamentos cardinales y uterosacros; el nivel 2 (tercio medio), por los arcos tendinosos de la fascia pélvica y del elevador del ano, y el nivel 1 estaría mantenido de forma pasiva por las estructuras circundantes, es decir, los músculos perineales y el centro tendinoso del periné. El piso pélvico, representado por los músculos elevadores del ano, sostiene como una hamaca los distintos órganos. Este piso tiene una hendidura denominada hiato urogenital, que es un sector de debilidad. Está delimitado por el fascículo pubovisceral y rectal del músculo elevador del ano lateralmente, el pubis por delante y el centro tendinoso del periné por detrás. Los órganos están sostenidos por el piso pélvico y suspendidos por las fascias y ligamentos que los conectan a la pared pélvica. Todos estos



**Figura 2.** Arcos tendinosos. 1. Vagina; 2. músculo obturador interno; 3. músculo iliococcígeo; 4. músculo coccígeo; 5. músculo piriforme; 6. arco tendinoso del elevador del ano; 7. recto; 8. arco tendinoso de la fascia pélvica.

elementos son móviles entre sí. Cuando uno de ellos falla, el desequilibrio generado puede conducir a la aparición de un prolapso.

## Fascias y ligamentos

### Fascia pélvica

La fascia pélvica es una membrana que tapiza el piso pélvico, situado un poco por encima del plano de los elevadores, y se prolonga sobre los órganos pélvicos. Esta fascia tiene algunas zonas más gruesas. Lateralmente, el fascículo iliococcígeo del músculo elevador del ano se inserta en el músculo obturador interno al nivel del arco tendinoso del elevador del ano, que es un engrosamiento de la fascia pélvica sobre el obturador interno. El arco tendinoso del elevador del ano se extiende de la espina isquiática al pubis. Un poco más medialmente se sitúa el arco tendinoso de la fascia pélvica, otro engrosamiento de la fascia con el mismo origen que el anterior y un trayecto más medial en dirección al pubis (Fig. 2). Estos arcos tendinosos son los puntos de fijación de la porción media de la vagina a la pared pélvica [3].

### Ligamentos uterosacros

Tal vez no sea correcto denominarlos «ligamentos», ya que más bien se trata de un engrosamiento de la fascia pélvica que permite el paso de estructuras vasculonerviosas. La descripción anatómica e histopatológica del ligamento uterosacro es imprecisa. Se inserta al nivel del tercio superior de la vagina frente al fondo de saco vaginal lateral y sobre el borde posterior del cuello uterino, donde se confunde con el paracolpos y el paracérvix. Se dirige lateralmente y termina sobre la fascia presacra frente a las vértebras sacras S2-S4 [4]. El ligamento uterosacro no estaría presente en el nacimiento, sino que se desarrollaría de forma progresiva como consecuencia de las fuerzas de tracción en posición de pie.

### Ligamentos cardinales

Son láminas de tejido conjuntivo que se extienden desde el mismo nivel que el ligamento uterosacro hasta el origen de los vasos ilíacos. También se conocen como ligamentos de Mackenrodt. A veces se ha puesto en duda su existencia.

### Paracolpos/paracérvix/parametrio (Fig. 3)

El papel de estas estructuras en las movi­lidades pélvicas es incierto. Se trata de un tejido conjuntivo dispuesto a los lados de la vagina, del cuello uterino y del útero, alrededor de la vascularización uterina y vaginal. El límite entre el parametrio y el paracérvix/paracolpos está definido de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777832>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777832>

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