

Abordaje terapéutico de los grandes prolapsos genitales.

Leyes, Susana - López, Sonia - Kusmiruc, Andrea
Gómez Cherey, Juan Facundo - Franco, Miguel Angel

*Cátedra de Clínica Ginecológica I. Facultad de Medicina. UNNE y Hospital J. R. Vidal.
 Necochea 1050, (3400). Corrientes. Argentina.
 Teléfono: 03783 421225. email: susanaley@ yahoo.com.ar*

Antecedentes: El prolapso genital es una entidad que ha afectado a las mujeres desde el comienzo de la humanidad ya que su fisiopatología está íntimamente relacionada a los eventos que ocurren a lo largo de su vida reproductiva. Las primeras referencias escritas datan de 1500 años AC en los papiros egipcios¹. Hipócrates (460-377AC) describió las primeras técnicas e indicaciones de tratamiento quirúrgico del prolapso uterino². El mismo consistía en una ligadura simple del útero prolapsado seguida de escisión con bisturí o se lo dejaba in situ hasta que se produjera necrosis y eliminación del muñón uterino en un período de semanas. Numerosas técnicas destinadas a la conservación del útero fueron descritas desde la antigüedad, ya que se consideraba a este órgano como “el asiento de la condición femenina”. Las mismas trataban de colocar el útero en su posición anatómica por medio de pesarios de diferente forma, tamaño y material colocados dentro de la vagina para sostén mecánico del útero prolapsado³. Se denomina prolapso genital a una forma de distopía genital que consiste en el descenso permanente de los órganos pélvicos en dirección a la vulva. En su etiopatogenia intervienen: Factores obstétricos: relacionados con a) Lesión de estructuras de tejido conectivo, especialmente las de sostén lateral de vagina y vejiga, y debilitamiento de las estructuras de sostén apical, especialmente de los ligamentos útero sacros; b) lesión neuromuscular del piso pelviano producida por daño muscular directo o estiramiento, aplastamiento o isquemia nerviosa en el momento del parto. Estudios recientes han demostrado que la episiotomía rutinaria aumenta la ocurrencia de desgarros severos con aumento del hiato genital y debilitamiento del piso pelviano⁴. Las lesiones obstétricas además se correlacionan con el número de partos, tamaño fetal, duración del segundo estadio del trabajo de parto, partos instrumentales y /o asistidos por personal no idóneo. Factores congénitos, trastornos de la médula espinal, que afectan la inervación de los músculos elevadores del ano, y, en mujeres nulíparas, actividades laborales que incluyen levantamiento de objetos pesados, larga estadía en posición de pie. Otros factores: tos, constipación crónica.⁵ El prolapso uterino (histerocele) puro, que se produce por debilitamiento del retináculo uterino puro es raro. La mayor parte de las veces se halla asociado a colpocistrectocele. Este tipo de prolapso se produce por debilitamiento de todos los elementos del aparato fijador. Puede ser parcial o total, en cuyo caso el útero, generalmente acompañado por vejiga, recto y/o intestino delgado, se encuentran por debajo del introito vaginal. La incidencia se incrementa con la edad, considerándose que 3 a 6 % de las mujeres pueden desarrollar grados severos de prolapso genital⁶.

Objetivo: presentar resultados terapéuticos de pacientes tratadas con diagnóstico de prolapso útero vaginal..

Materiales y método:

Estudio retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes internadas con diagnóstico de prolapso genital de enero de 2002 a enero de 2004. Se seleccionaron las correspondientes a prolapso útero vaginal. Se excluyeron las correspondientes a colpocistrectoceles grado 1, 2 y 3. Se analizaron: edad, paridad, antecedentes obstétricos, otros factores de riesgo, grado y tipo de prolapso, tratamiento efectuado, complicaciones y evolución.

Discusión de resultados:

a. De un total de 46 pacientes con diagnóstico de prolapso genital, 15 (32.6 %) correspondieron a histerocele.

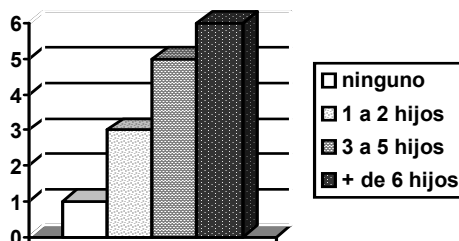


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2006

b. La *edad media* fue de 63.3 años con un rango de 50 a 81 años. 40 % de las pacientes tuvo ente 61 a 70 años. (tabla 1) Una observación interesante es que el status hormonal deficitario en estrógenos de estas pacientes condiciona atrofia del músculo elevador del ano, que, de ser horizontal pasa a ser infundibuliforme. Otra consecuencia consiste en una disminución del tamaño uterino, que desliza con facilidad a través del hiato alongado transversalmente por atrofia del músculo elevador **Tabla 1: Edad.**

Edad	N	%
50 a 60 años	4	26.67 %
61 a 70 años	6	40.00 %
71 a 80 años	3	20.00 %
81 y más años	2	13.33 %
total	15	100.00

c. **Paridad:** 33 % de las pacientes tuvo 3 a 5 hijos y 40% de las paciente tuvo más de 5 hijos.



Antecedentes obstétricos: se registraron los siguientes antecedentes: 1 o más partos domiciliarios en 12 pacientes (27.9 %), todas las cuales tenían grados avanzados de prolapso; parto instrumental 4 pacientes (9.3 %), 1 o más hijos con 4 Kg. o más al nacer 6 pacientes (13.9 %), desgarro perineal 3 pacientes (6.9 %), episiotomía 67.44 %).

Otros factores de riesgo: 1 paciente asmática crónica (2.3 %) y 8 pacientes con antecedente de constipación crónica (18.6 %). Antecedente quirúrgico: 3 casos corrección de prolapso previa.

Grado y tipo de prolapso: 40 % de las pacientes tuvo histerocele de 3° grado.

	n	%
Histerocele grado 1	5	33.4
Histerocele grado 2	4	26.6
Histerocele grado 3	6	40.0
	15	100.0

Tratamiento, evolución y complicaciones: debido a la existencia de trastornos tróficos, en 4 casos las pacientes tuvieron internaciones prolongadas (20 a 35 días) para poder mejorarlos. En 13 casos se realizó histerectomía por vía vaginal seguida de colpo perineorrafia. A una paciente se le colocó un pesario debido a patologías asociadas que determinaban alto riesgo quirúrgico. Las complicaciones fueron: Globo vesical e 2 ocasiones, infección urinaria en 1 ocasión, lesión vesical en 1 ocasión y lesión de recto en 1 ocasión. En los 2 últimos casos, las lesiones fueron reconocidas y reparadas en el mismo acto operatorio, y tuvieron evolución favorable. En el seguimiento (1 a 3 años) no se registraron recidivas.

Conclusiones: si bien los grados avanzados de prolapso genital son afecciones que compromete el confort y la calidad de vida de la mujer, la corrección del mismo por vía vaginal ofrece una solución eficaz y con escasas complicaciones.

Bibliografía

1. Benrubi G.: History of hysterectomy. J Fla Med Assoc 1998; 75:533.
2. Kennedy J W: The history of Hysterectomy. In Kennedy JA, Campbell AD (eds): Vaginal Hysterectomy Philadelphia. Davis, 1944:3.
3. Emge LA; Durfee RB: "Pelvic organ prolapse: four thousand years of treatment. Clin Obstet Gynecol 1966; 9: 1997.
4. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, y cols. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol 1994; 171 (3): 591-9. [[Medline](#)].
5. Copeland LJ: Ginecología. Editorial Médica Panamericana; 2002: 1159-1175.
6. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14:503-7. [[Medline](#)]