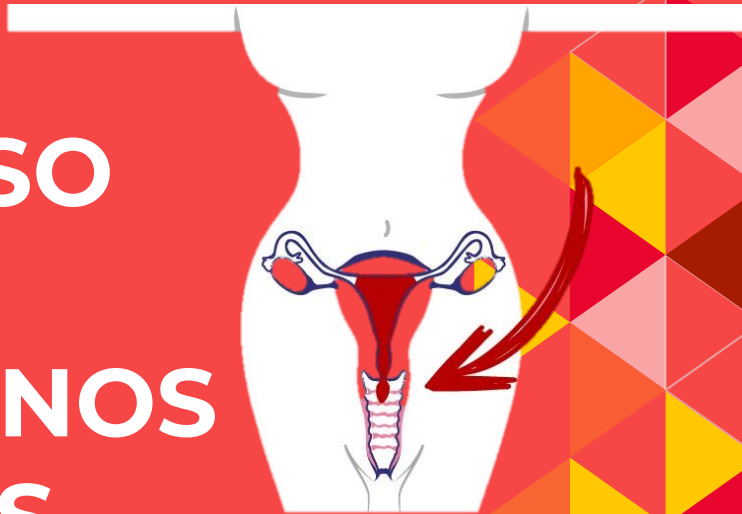


# PROLAPSO DE ORGANANOS PELVICOS



PRESENTADO POR: JALIXA RUIZ

# Definición

Descenso o desplazamiento de uno o más órganos pélvicos y segmentos vaginales como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén.



# Epidemiología

Prolapso después de la histerectomía se estima en 2,0 a 3,6/1 000 mujeres-años.

Se estima que el 12% de mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida

Incidencia y prevalencia son directamente proporcionales con la edad

3° indicación mas frecuente para histerectomía.



# Factores de riesgo

## Embarazo

## Parto vaginal

- Menopausia
- Hipoestrogenismo

## Elevación crónica de la presión intraabdominal

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Estreñimiento
- Obesidad

## Traumatismo del piso pélvico

## Factores genéticos

- Raza
- Trastornos del tejido conjuntivo

## Espina bífida






## Suelo pélvico.

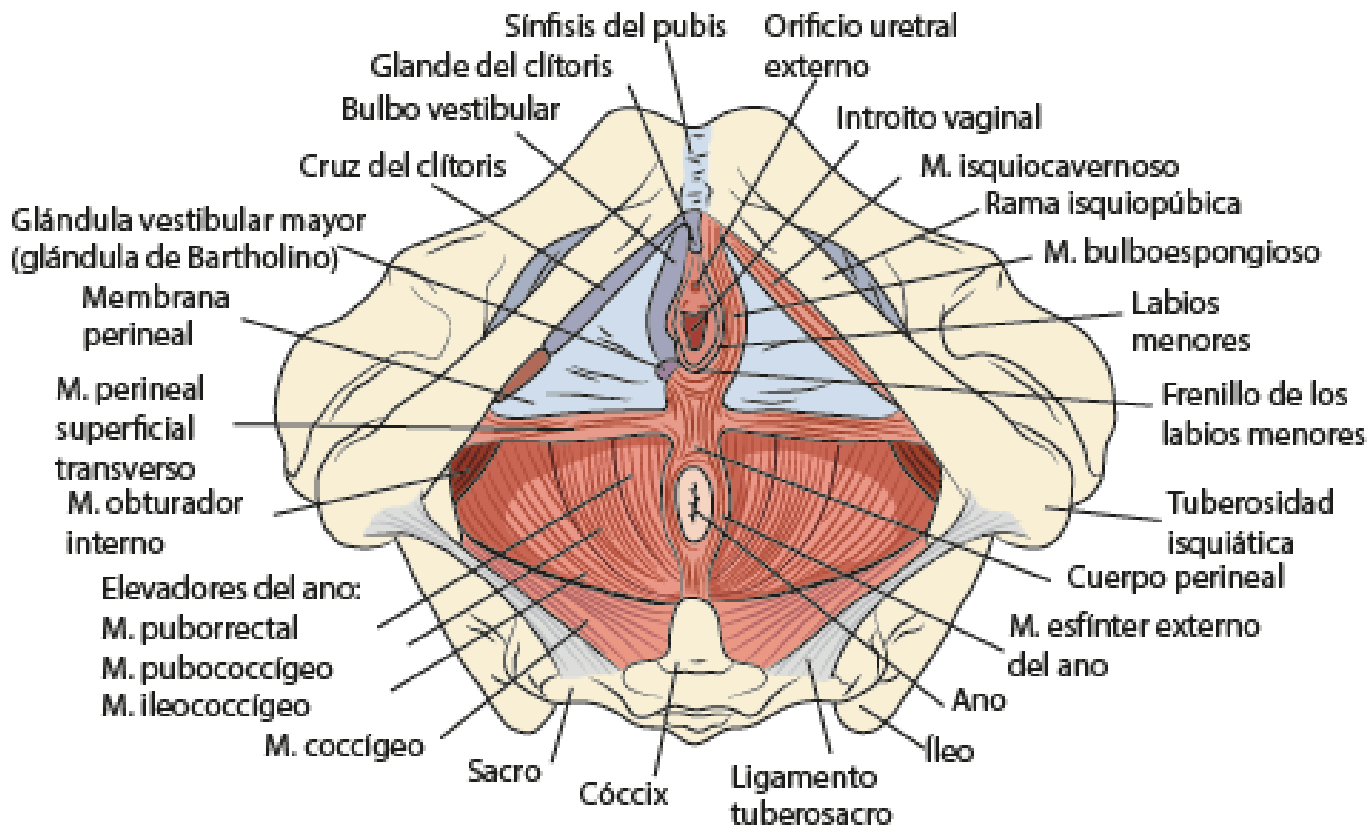
El suelo pélvico es una estructura músculo–aponeurótica encargada de contener los órganos en una posición intrapélvica.

- a. Diafragma pélvico.** Conformado principalmente por el músculo elevador del ano con sus diferentes segmentos puborrectal, pubococcígeo e ileococcígeo y el músculo coccígeo.
- b. Diafragma urogenital.** Formado por la membrana perineal, músculo transverso superficial, músculo isquiocavernoso.
- c. Eje suspensorio vaginal y fascia endopélvica.**

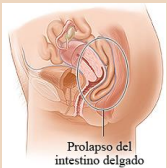
El **eje suspensorio vaginal** es una estructura de tejido conectivo que parte del sacro y se desplaza anteriormente por los ligamentos uterosacros hacia el anillo pericervical y paredes vaginales y septo rectovaginal, para terminar en el cuerpo perineal.

La **fascia endopélvica** debajo del peritoneo pélvico es una estructura aponeurótica que mantiene los grupos musculares del diafragma pélvico y diafragma urogenital con las paredes de la pelvis.



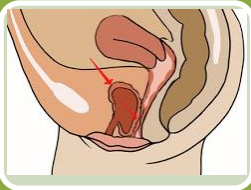


# HAMACA



## Nivel I: Soporte superior

- Se asocia a prolapsos del compartimento apical: prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o enterocele.



## Nivel II Soporte vaginal medio

- Se asocia a prolapsos en el compartimento anterior (cistocele) o del compartimento posterior (rectocele).

## Nivel III: Soporte vaginal distal o de fusión

- Daños a éste nivel se manifiestan como desgarros perineales o cuerpos perineales deficientes

# Fisiopatología

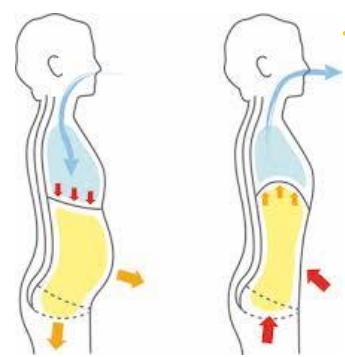
- ▶ M. del suelo de la pelvis contrarrestan la fuerza ejercida hacia abajo por la presión intraabdominal y alejan la dirección de dicha fuerza del hiato genital **evitando el prolapso de los órganos pélvicos**

*PERO*

- ▶ M. dañados o debilitados → debilitan el suelo de la pelvis + causan degeneración de nervios respectivos generan un descenso permanente del rafe medio anococcígeo



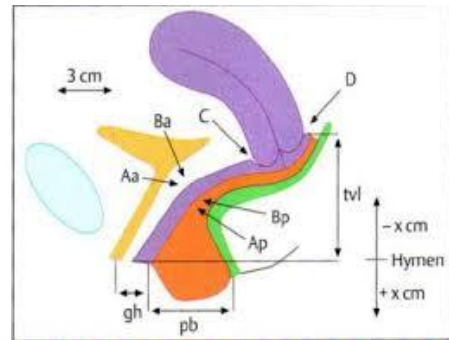
- ▶ Ensanchamiento y apertura excesiva del hiato genital → **se facilita el prolapso de los órganos pelvianos**





Factores Predisponentes	Factores Estimuladores	Factores Promotores	Factores Descompensadores
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Neurológico</li><li>• Anatómico</li><li>• Colágeno</li><li>• Muscular</li><li>• Cultural</li><li>• Ambiental</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parto</li><li>• Lesión neurológica</li><li>• Lesión muscular</li><li>• Radiación</li><li>• Ruptura de tejido</li><li>• Cirugía radical</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constipación</li><li>• Profesión</li><li>• Recreación</li><li>• Obesidad</li><li>• Cirugía</li><li>• Enfermedad pulmonar</li><li>• Tabaquismo</li><li>• Menopausia</li><li>• Infecciones</li><li>• Medicamentos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envejecimiento</li><li>• Demencia</li><li>• Debilidad</li><li>• Enfermedades</li><li>• Medioambiente</li><li>• Medicamentos</li></ul>

# Clasificación



Punto	Descripción
A anterior (Aa)	Pared anterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
B anterior (Ba)	Porción más distal de la pared anterior desde el punto Aa hasta el fórnix anterior o cúpula vaginal. Si no hay prolapso se ubica en -3.
A posterior (Ap)	Pared posterior, línea media, 3 cm. proximal al himen
B posterior (Bp)	Porción más distal de la pared posterior desde el punto Ap hasta el fórnix posterior o cúpula vaginal
C	Es el punto que corresponde a la porción más distal del cérvix o de la cúpula vaginal después de una histerectomía.
D	Es la porción más profunda del fórnix posterior (queda en blanco en histerectomizadas).
Gh (hiato genital)	Distancia entre el meato uretral a la porción posterior del himen
Pb (cuerpo perineal)	Distancia entre la porción posterior del himen y el ano.
Tvl (longitud vaginal total)	Distancia entre el himen y la ápex vaginal (se mide con C o D reducidos a su posición normal).

# Estadios del POP -Q

ESTADIO	DESCRIPCION
<b>0</b>	No hay descenso. Aa y Ap están a -3
<b>1</b>	El prolapso no desciende más allá de 1 cm. sobre el himen.
<b>2</b>	El prolapso desciende entre 1cm. sobre el himen o 1 cm. bajo éste.
<b>3</b>	El prolapso desciende más allá de 1 cm. bajo el himen.
<b>4</b>	La vagina está completamente evertida.



# Clasificación de Baden-Walker

Se clasifica en 5 grados según la distancia respecto del himen que alcanza el órgano o pared que se moviliza.

GRADO	DESCRIPCION
Grado 0	Sin prolapso
Grado 1	La parte más distal del prolapso está a más de 1 cm por encima del himen
Grado 2	La parte más distal del prolapso está entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo del anillo del himen.
Grado 3	La parte más distal del prolapso está entre 1 y 2 cm por debajo del anillo del himen
Grado 4	La parte más distal del prolapso está a más de 2 cm por debajo del anillo himeneal

# Nomenclatura según la estructura prolapsada

**Cistocele:**  
Prolapso de la pared anterior vaginal, en relación a la vejiga

**Histerocele:**  
Prolapso del útero y cérvix, debido a pérdida del soporte cardinal y uterosacro.

**Rectocele:** Prolapso de la pared posterior vaginal cercana al borde himeneal, con herniación del recto por defecto de la fascia rectovaginal.

**Enterocele:** Prolapso de la pared posterior vaginal en su porción superior, se hernian las asas de intestino delgado. Se produce por disrupción de los ligamentos cardinales y/o uterosacros,

# CUADRO CLINICO



## Síntomas por abultamiento

- ▶ Sensación de abultamiento o protrusión vaginal.
- ▶ Visualización de bulto vaginal o perineal.
- ▶ Presión pélvica o vaginal.
- ▶ Pesadez en la pelvis o vagina



# Síntomas urinarios

- ▶ Incontinencia urinaria
- ▶ Polaquiuria
- ▶ Urgencia urinaria
- ▶ Chorro de orina débil o continuo
- ▶ Sensación de vaciado incompleto
- ▶ Reducción manual del prolapso para iniciar o completar la micción.
- ▶ Cambio de posición para iniciar o completar la micción.





# Síntomas intestinales

- ▶ Incontinencia de flatos o heces líquidas / sólidas
- ▶ Sensación de vaciamiento incompleto
- ▶ Mucho esfuerzo para defecar
- ▶ Urgencia para defecar
- ▶ Estimulación digital para lograr la defecación completa.
- ▶ Sensación de bloqueo u obstrucción durante la defecación.



# Síntomas sexuales



- ◀ Dispareunia
- ◀ Disminución de lubricación
- ◀ Disminución de la sensibilidad
- ◀ Disminución de excitación u orgasmo

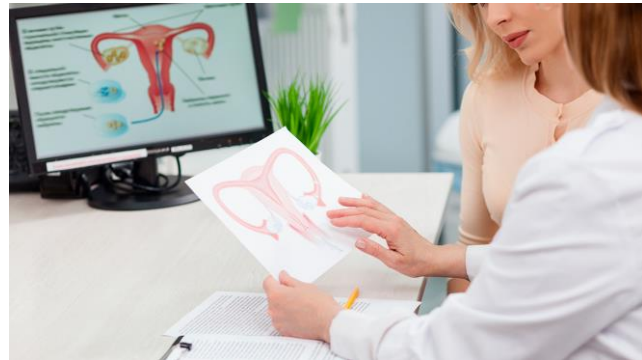
# DOLOR

- ◀ Dolor en vagina, vejiga o recto.
- ◀ Dolor pélvico
- ◀ Dolor en la parte baja de la espalda



# Examen físico

La exploración física comienza con una valoración de los sistemas corporales para identificar alteraciones fuera de la pelvis como problemas cardiovasculares, pulmonares que pueden influir en las opciones terapéuticas.



# Examen físico

- ▶ De pie y en posición de litotomía.
- ▶ **Exploración perineal:** examinando vulva y periné en busca de atrofia. Lesiones u otras anomalías.
- ▶ **Se realiza el examen neurológico de los reflejos sacros:**
  - ✓ Induciéndose el reflejo bulbocavernoso
  - ✓ Reflejo del giño anal.
- ▶ **Maniobra de valsalva o se les pide que tosan.**





**FIGURA 24-9.** Fotografías del prolapso de la pared vaginal. **A.** Etapa 2. Esta etapa se define porque el borde más distal del prolapso se encuentra a menos de 1 cm del anillo del himen. **B.** Etapa 3. Esta etapa se define porque la porción más distal del prolapso está a  $>1$  cm por debajo del plano del himen, pero no sobresale más de 2 cm menos de la longitud vaginal total en centímetros. **C.** Etapa 4. Esta etapa se define como la eversión completa o casi completa de la pared vaginal.



# Examen físico

## Examen vaginal:

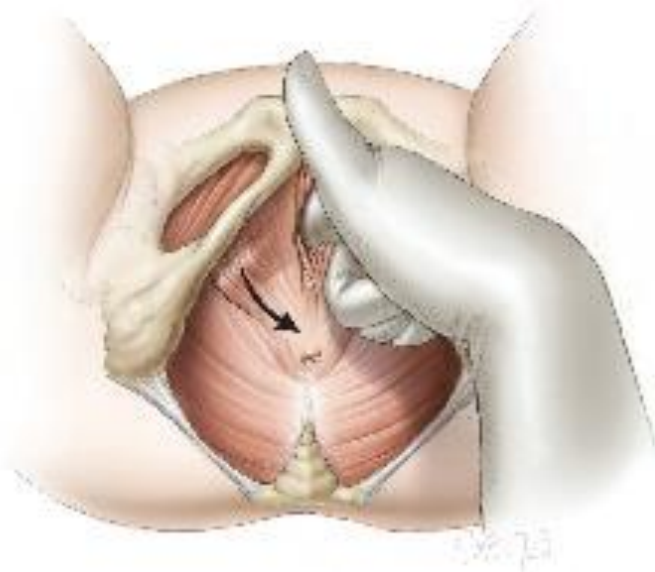
- ▶ Especuloscopia ( con una sola hoja como el de Sims).
- ▶ Gh y Pb: Maniobra de Valsalva
- ▶ LTV: mediante colocación de pinzas de anillos graduadas para conocer la distancia hasta el himen.
- ▶ Se introduce el espejo bivalvo hasta el vértice vaginal para visualizar las paredes de la vagina buscando defectos específicos del sostén vaginal.





**FIGURA 24-10.** Fotografía que muestra la medición clínica del hiato genital (Gh) y el cuerpo perineal (Pb). **A.** Para la valoración POP-Q se usa una barra de esponja marcada a intervalos de 1, 2, 3, 4, 5, 7.5 y 10 cm. La medición se efectúa mientras la paciente realiza la maniobra máxima de Valsalva. **B.** Medición del cuerpo perineal.





## Valoración del piso pélvico





**FIGURA 24-12. A.** Fotografía que muestra el soporte lateral normal, que se reconoce por la posición normal de los surcos vaginales. **B.** Fotografía que revela pérdida completa del soporte lateral, indicada por la ausencia de surcos laterales.

# Diagnostico



Examen de orina  
Creatinina  
Glucosa  
Calcio



Ecografía  
RM  
Radiología con  
contraste

**Exámenes de  
laboratorio**



**Estudios de imagen**

# TRATAMIENTO

## Manejo no quirúrgico



Ejercicios  
musculares  
pélvicos



Dispositivos de  
apoyo vaginal



## Manejo quirúrgico



Cirugía  
reconstructiva



Cirugía  
obliterativa



# MANEJO NO QUIRURGICO



## Pesarios vaginales

- Material plástico.
- Variedad de formas y tamaños.
- Insertados en la vagina.
- **Complicaciones:**
- Secreción vaginal permanente.
- Inflamación de paredes vaginales.
- Fístula vesicovaginal o rectovaginal.
- 



## Ejercicios musculares pélvicos

- **Ejercicios de Kegel.**
- Fortalecimiento muscular, aumente el volumen de los músculos y el soporte de las estructuras.



## KEGEL CORRECTO

ASCENDENTE HACIA ADENTRO Y ARRIBA



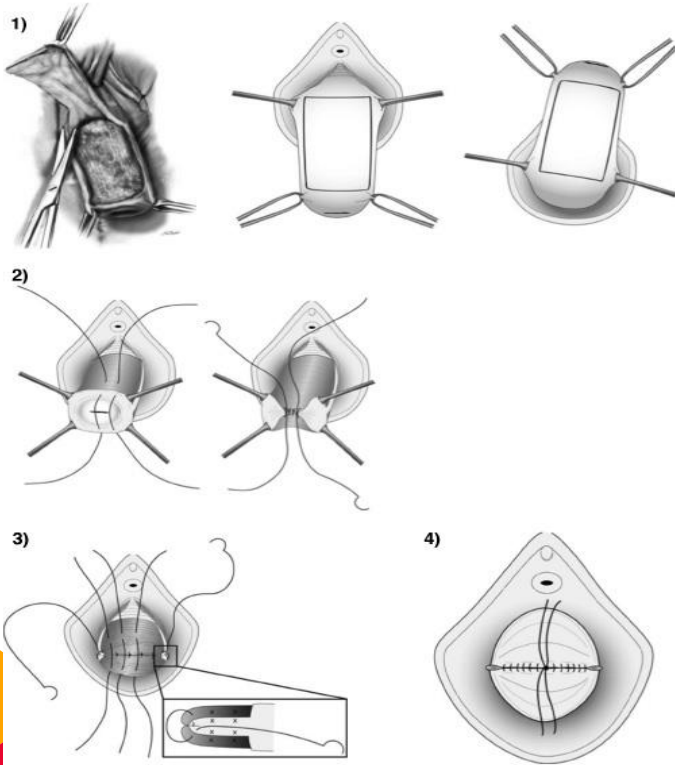
### Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel mejoran el tono muscular del piso pélvico. Fortalecen además los músculos que envuelven las aberturas de la uretra, la vagina y el recto. Aquí le indicamos cómo hacerlos:

- Contraiga los músculos que usa para detener el flujo de orina. Esta contracción desplaza hacia arriba y atrás la vagina y el recto.
- Sostenga esta contracción por 3 segundos, luego relájese por 3 segundos.
- Haga 10 contracciones tres veces al día.
- Aumente el tiempo de la contracción en 1 segundo cada semana. Siga aumentándolo hasta que lo haga por 10 segundos.

Asegúrese de no contraer los músculos del estómago, los muslos ni los glúteos. También debe respirar normalmente. No aguante la respiración cuando haga estos ejercicios. Tampoco haga estos ejercicios cuando esté orinando.

# Colpocleisis parcial de Le Fort



1) Se disecan 2 rectángulos de mucosa vaginal, uno anterior y uno posterior, exponiendo la fascia vesicovaginal y rectovaginal. Se deja un espacio lateral de 2 cm cubierto con mucosa a cada lado para permitir túneles de drenaje epitelizados.

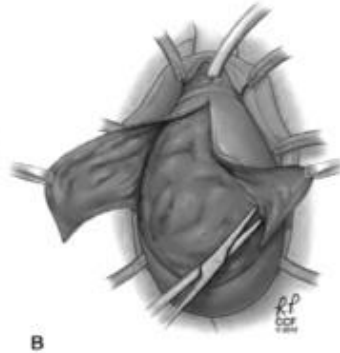
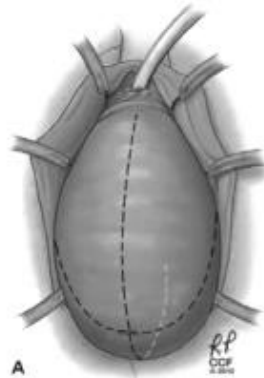
2) Se instalan 3-4 puntos de suturas absorbibles sagitalmente desde la fascia vesicovaginal hacia la fascia rectovaginal para aproximar las porciones mediales de los rectángulos a modo de invaginar las fascias.

3) El cierre se continúa creando canales laterales suturando la fascias hasta el límite del borde epitelial a cada lado, hasta la invaginación total del prolapso.

4) Por último, se realiza el afrontamiento de los bordes de mucosa vaginal anterior y posterior.




# Colpectomy + colpocleisis





## MANEJO QUIRURGICO: Cirugía reconstructiva

- ▶ **Objetivo:** restablecer la anatomía pélvica.
  - ▶ Se realizan con mas frecuencia para el POP.
  - ▶ Corrige con tejidos de la paciente. con fijación a estructuras autólogas o con material protésico.
  - ▶ Existen técnicas por vía vaginal y abdominal.
- 

## Colporrafía posterior

