

## Las disfunciones del suelo pelviano

L. Montoya

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

### RESUMEN

*En el trabajo, se hace un análisis conceptual pormenorizado de los principales trastornos relacionados con la disfunción del suelo pelviano: incontinencia urinaria de esfuerzo, descenso o prolapso de los órganos pelvianos, incontinencia anal, algias pelvianas y determinadas alteraciones sexuales.*

*Se hace una referencia, a la importancia de la historia clínica de estas pacientes y se manifiesta la dificultad existente para comparar de forma unitaria el origen de estos trastornos, tan frecuentes en la mujer postmenopáusicas.*

*Tras estudiar la prevalencia de los cuadros clínicos referidos, se hace especial hincapié en la repercusión social y sanitaria de esta patología en la mujer, que altera negativamente su calidad de vida. También se hace referencia a las dificultades existentes para el estudio de la disfunción pelviana y sus consecuencias patológicas, a ello contribuye también la desidia de determinadas pacientes que acuden tarde a consultar sus trastornos por considerarlos normales para su edad.*

*Se hace, por último, un somero estudio clínico, con especial referencia a la incontinencia urinaria de esfuerzo y al descenso de órganos pelvianos para a continuación describir de forma breve alguna de las técnicas propuestas para el tratamiento quirúrgico de esta patología tan frecuente en la mujer de edad avanzada.*

**Palabras Clave:** Disfunción del suelo pelviano. Prolapso genital. Incontinencia urinaria. Incontinencia anal. Algias pelvianas

---

**Correspondencia:** Dra. Lidia Montoya  
Hospital Universitario Ramón y Cajal  
Servicio de Ginecología  
Ctra. de Colmenar Viejo, Km. 9,100  
28034 Madrid

## SUMMARY

*The work involves making a detailed conceptual analysis of the main disorders relating to the dysfunction of the pelvic floor, stress urinary incontinence, depression of prolapse of the pelvic organs, anal incontinence and certain sexual alterations.*

*Reference is made to the importance of the clinical history of these patients and emphasis is placed on the difficulty of making a unitary comparison of the origin of these disorders, which very often affect post menopausal women.*

*After studying the prevalence of the clinical records mentioned above, special emphasis is placed on the social and sanitary repercussions of this pathology, which negatively alters the woman's quality of life. Reference is also made to the difficulties involved in studying pelvic dysfunctions and their pathological consequences. This task is further complicated by the negligence of certain patients who wait too long before seeking help due to the fact that they consider such disorders to be normal at their age.*

*The work concludes with a shallow clinical study which makes special reference to stress urinary incontinence and the depression of pelvic organs, followed by a brief description of some of the techniques proposed for the surgical treatment of this pathology which frequently affects older women.*

**Key words:** Dysfunction of the pelvic floor. Genital prolapse. Urinary incontinence. Anal incontinence. Pelvic algias.

## INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico constituye un complejo de estructuras musculares, fascias y aponeurosis que forman una unidad anatómica y funcional.

1. Provee soporte a los órganos pélvicos y cierra la cavidad abdominal en su parte inferior.
2. Tiene una importante participación en los mecanismos de continencia y excreción urinaria y fecal.
3. Guarda una estrecha relación con la función sexual.

La alteración del suelo pélvico determina una disfunción que supone un déficit de las estructuras musculares, nerviosas y aponeuróticas, por daño específico o por atrofia que se traduce en un amplio espectro de síntomas clínicos. Puede conducir a problemas del control de la función vesico-uretral, prolapso o descenso de los órganos pélvicos y disfunción sexual. Como unidad funcional, su deterioro ocasiona alteraciones en diferentes estructuras que requieren una historia detallada y en ocasiones un abordaje multidisciplinar. Constituye un elemento de relevancia en el desarrollo de insuficiencia urinaria tanto en la niña como en la mujer adulta.

Desde muy temprana edad se aprende a controlar la función vesical de forma voluntaria, siendo el control de la misma de origen central y neurológico. Condicionantes físicos, sociales y laborales pueden influir en el ciclo funcional normal del tracto urinario inferior. Como puede deducirse de lo antes referido la consecuencia más frecuente del daño del suelo pélvico es la incontinencia urinaria, no siendo la única.

No se cuenta con una clasificación consensuada de los desórdenes del suelo pélvico. Tampoco se poseen medios objetivos y reproducibles de la medi-

ción de su función, que puedan ser aplicados en la toma de decisiones de las diferentes opciones terapéuticas (1).

El desorden funcional del suelo pélvico y el prolapso de los órganos pélvicos femeninos, está íntima-

### TRACTO GENITAL INFERIOR

- ◆ Uretra, tercio inferior de vagina y vestíbulo vulvar  
Derivan del mismo elemento embriológico:  
→ el seno urogenital
- ◆ Estructura histológica y vascular semejante
- ◆ Alta concentración de receptores estrogénicos en uretra
- ◆ Menor concentración de receptores estrogénicos en trigono, cuello vesical y suelo pélvico  
→ El mecanismo de la contención urinaria en la mujer es predominantemente en cuello vesical y uretra proximal

mente ligado a la actividad del tracto urinario inferior. Numerosas evidencias revelan la compleja relación de la vejiga con el suelo pélvico y el sistema nervioso central (2,3).

Se requiere de una evaluación previa minuciosa que determine un diagnóstico preciso, antes de cualquier intervención terapéutica, sea farmacológica, quirúrgica o conservadora. Un buen comienzo para el diagnóstico incluirá una historia clínica exhaustiva y una exploración física completa (abdominal, vaginal, pélvica, rectal y neurológica), no siempre conducen al diagnóstico pero la información obtenida guía al clínico en la selección de las pruebas conductoras hacia el mismo. Desde cuatro áreas primarias deriva la sintomatología relacionada con el suelo pélvico.

La información que a continuación se describe sobre los síntomas de las zonas afectadas serán aportados por la anamnesis y antecedentes de la paciente, los cuestionarios clínicos, los diarios de micción, las pruebas complementarias, las escalas analógicas y los datos exploratorios clínicos.

### **Síntomas urinarios**

- Características de la micción, frecuencia diurna y nocturna.
- Incontinencia urinaria, descripción de tipo y clasificación.
- Características del flujo de la micción.
- Sensación de vaciado completo o incompleto.
- Necesidad de reducción del prolapso para iniciar o completar el vaciado de la vejiga.
- Descripción de los cambios posturales que se requieren para lograr un completo vaciado vesical.

### **Síntomas intestinales**

- Dificultad para la defecación, sensación de evacuación incompleta.
- Incontinencia de gases, pérdida o incontinencia de heces líquidas o sólidas; manchado fecal (de la ropa).
- Urgencia para la defecación.
- Malestar durante el acto de defecar.
- Manipulación de la vagina, periné o ano para la defecación completa.
- Protrusión rectal durante o después de la defecación.

Tanto la vejiga como el recto derivan embriológicamente de la cloaca. Comparten la inervación parasimpática y pélvica, y el nervio pudendo inerva ambos esfínteres externos. Además ambos haces musculares del esfínter externo forman parte del suelo pélvico. Estas similitudes hacen suponer una correlación entre incontinencia urinaria y fecal.

La mayoría de los cirujanos ginecólogos no están familiarizados con las alteraciones del esfínter rectal y la incontinencia fecal. Aunque la mayor parte de la atención se centra en el compartimento anterior y medio de la pelvis, genital y urinario, se presta menos interés al compartimento posterior, rectal, no por ello menos trascendente para la calidad de vida de las mujeres cuando se altera. Los síntomas dependientes del área posterior no son dominantes como el prolapso de las paredes vaginales o la incontinencia urinaria.

La incidencia de incontinencia fecal en mujeres sanas, adultas y ambulatorias está entre 1% y 16%, aumenta con la edad y alcanza casi el 50% en las mujeres de residencias de ancianos y físicamente discapacitadas (4). En toda anamnesis clínica de una mujer con historia de incontinencia urinaria y síndrome de intestino irritable puede existir una disminu-

ción del tono del esfínter anal y aumentar el riesgo de incontinencia fecal. El prolapso del suelo pélvico puede afectar a más de un órgano. A las alteraciones génito urinarias se asocian los problemas rectales incluida la incontinencia de gases y heces.

La incontinencia fecal es 8 veces más frecuente en las mujeres que en los varones, pero la mayoría de los ginecólogos no interrogan habitualmente a sus pacientes por la disfunción intestinal, y ellas no ofrecen voluntariamente información sobre sus quejas y padecimientos.

### **Síntomas sexuales**

- Conocer si la paciente es sexualmente activa. Si no lo es, indagar sus causas.
- Frecuencia de las relaciones sexuales. Conocer si practica relación sexual por vía vaginal.
- Dispareunia, satisfacción con las relaciones sexuales, cambios en la respuesta orgásmica.
- Incontinencia urinaria o de gases durante la relación sexual.

Este apartado persigue solamente el conocimiento de las alteraciones sexuales relacionadas con la disfunción del suelo pélvico y prolapso de los órganos pélvicos, sin entrar a la solución profunda de la problemática sexual de la mujer.

La función sexual satisfactoria es compleja y supone asumir el estudio de numerosos elementos y aspectos multifactoriales.

Edad y envejecimiento versus hipoestrogenismo de la posmenopausia: la edad afecta la función sexual tanto en varones como en mujeres. El estatus post menopáusico de déficit estrogénico es un efecto adverso adicional sobre la actividad sexual actuando como variable independiente de la edad. La reducción de la libido aparece tres años antes de establecerse la amenorrea definitiva. Otras múltiples variables participan en la salud sexual, como edad y estado físicos del compañero sexual, calidad e intensidad de la actividad sexual previa de la paciente, nivel cultural, caracteres de la personalidad, estrés y actitudes positivas o negativas de la mujer hacia su etapa climatérica, además de otros múltiples y variados elementos. El tratamiento hormonal raramente es suficiente, donde en casos que el ginecólogo no puede resolver debe derivarse a la paciente al psiquiatra, psicólogo o sexólogo (5).

### **Otros síntomas: prolapsos vaginal, rectal, cérvico-uterino**

- Sensación de presión o peso vaginal.
- Dolor vaginal o dolor perineal bajo o posterior.
- Sensación de protrusión o salida de genitales.
- Observación o palpación de masas en zona perineal.

Pueden presentarse diferentes grados de altera-



*Citoccele gigante*

ción del suelo pélvico. El **citoccele** es la respuesta al daño de las estructuras que soportan la pared anterior de la vagina, la vejiga protuye hacia delante. El **rectocele** se produce por las alteraciones de la pared posterior de la vagina. El **enterocele** es una herniación del intestino en el espacio recto vaginal. Y el prolapso genital o procidencia de los genitales internos significa que además se han debilitado las estructuras que soportan a estos órganos. Todas estas anomalías pueden ser expresadas en grados de intensidad, es decir cuantificadas siguiendo nomenclaturas internacionales.

### Historia ginecológica

- Calendario menstrual y estado hormonal.
- Cirugía ginecológica previa

Es de interés conocer todo tipo de cirugía previa sobre el aparato genital. Pero es prioritario identificar la cirugía específica realizada para corregir defectos del suelo pélvico. La recurrencia del prolapso pélvico y de la incontinencia urinaria tras operaciones correctoras es siempre una alteración frustrante. La identificación preoperatoria de los factores de riesgo de un fracaso quirúrgico es sumamente importante para seleccionar las modalidades de tratamiento. En relación con la incontinencia urinaria la inestabilidad del músculo detrusor preoperatoria es uno de los factores de riesgo de fracaso conocidos más frecuente.

### Antecedentes de patología neurológica

- 1– De nervios periféricos: neuropatía diabética, cirugía pélvica
- 2– De cola de caballo: espina bífida, agenesia sacra, traumatismo
- 3– Lesiones de médula espinal: esclerosis múltiple, mielopatías
  - Lesiones cerebrales focales o difusas.
  - Radioterapia local y tratamientos farmacológicos.

### Prevalencia

El siglo pasado se ha caracterizado por un marcado incremento de la esperanza de vida. España no ha sido ajena a este impacto social. Una amplia gama de variados elementos es responsable de la ganancia biológica independientemente de los determinantes genéticos. El avance en las condiciones sociales, la mejor conducta alimenticia y hábitos nutricionales, la gran contribución de los avances médicos y tecnológicos y la importante calidad de la asistencia obstétrica, han sido básicos para conseguir este alargamiento. La larga expectativa de vida de la mujer y los altos niveles de salud han conducido a una intensa búsqueda de factores de morbilidad.

La disfunción del suelo pélvico es una condición que la mujer sufre y conoce. Muchas pacientes no están preparadas para tolerar sus consecuencias deteriorantes y menos para permitir que altere su modalidad de vida. No menos importante es el reciente aporte de información sobre los resultados y fallos de la aplicación de técnicas quirúrgicas innecesarias, no adecuadas, con resultados subóptimos y no siempre operativas. La recomendación de tratamientos que apliquen y recalquen medidas conservadoras requieren del conocimiento de las causas, de las nuevas pruebas diagnósticas y de los elementos de prevención.

Las medidas terapéuticas exigen la individualización de las pacientes y no siempre se cuenta con personal sanitario idóneo para el enfoque integral de los desórdenes del suelo pélvico.

Una evaluación objetiva (exploración y pruebas de diagnóstico) y subjetiva (historia clínica, cuestionarios, diario miccional, tests) no es siempre fácil.

Para una mejor aproximación diagnóstica debe incluirse en el estudio, no solo la historia urológica de cada paciente sino también el conocimiento de los antecedentes obstétricos y las modalidades de parto habidas en la paciente. Aquí destaca la significativa diferencia de prevalencia de estos trastornos si la mujer es primípara o múltipara, si el parto fue vaginal, eutócico o distócico, si existió antecedente de cesárea electiva o si esta técnica se indicó en el primero o segundo momento del trabajo de parto.

El peso fetal al nacimiento y la multiparidad tienen menos efectos negativos que la modalidad misma del parto sobre la conservación anatómica y funcional del suelo pélvico.

El daño del nervio pudiendo, demostrado por estudios electrofisiológicos, se presenta en un 42% de pacientes con antecedentes de partos vaginales. La lesión nerviosa es consecuencia de un deterioro directo del trayecto nervioso, junto a la tracción del mismo durante la distensión del canal del parto (6).

Se describen también como factores de riesgo: Paridad y obesidad.

Suelo pélvico y continencia urinaria se modifican a lo largo de la vida de la mujer: edad, paridad, menopausia y estatus hormonal, ejercicio físico, hábitos fisiológicos, modalidad de trabajo, intervenciones quirúrgicas y otras circunstancias médicas participan en su mantenimiento.

Los datos sobre incidencia 1 prevalencia de la disfunción del suelo pélvico son escasos. La prevalencia en mujeres de todas las edades, asociada a incontinencia urinaria de estrés, puede estimarse entre 10% (7) y 58% (8).

La repercusión de este trastorno en la calidad de vida de la mujer está bien establecida. Pueden reseñarse múltiples consecuencias que afectan su vida cotidiana.

Una queja habitual es la dificultad o imposibilidad para realizar actividades deportivas. Las repercusiones higiénicas como la humedad de la región genital, mojado y pérdida de orina, olor desagradable proveniente de las mismas regiones, maceración de genitales externos tanto en prolapsos como en incontinencia de orina son trastornos no siempre comentados por las pacientes ni consultados. Las dificultades sexuales de diversos grados y el dolor coital permanecen la mayoría de las veces como síntomas ocultos. El temor a la imposibilidad de controlar la micción crea situaciones de estrés emocional. La pérdida del bienestar y satisfacción personal suelen tener también importantes repercusiones emocionales.

Un 57% de mujeres entre 45 y 64 años, en las consultas de medicina general, presentan incontinencia urinaria de esfuerzo que produce consecuencias sociales o higiénicas (9).

La prevalencia de este síntoma es muy variable, de 8,5% en mujeres de 15-64 años a 11,6% en mayores de 65 años. En los países industrializados se comunican tasas de 8 a 51% para la población general, siendo dos veces más frecuente en las mujeres mayores que en los varones.

Cuando la población femenina sobrepasa los 65 años las referencias alcanzan un 15-30% clasificándose como intensa en un cuarto de los casos. Si el análisis se realiza en pacientes institucionalizadas, en asilos, la mitad de las pacientes presentan incontinencia urinaria.

En USA se calcula que 10-12 millones de mujeres padecen incontinencia urinaria. La prevalencia de la I.U no disminuye con la edad lo que sí cambia es el tipo de incontinencia, conforme varía el tipo etario disminuye la incontinencia de esfuerzo mientras que aumentan los síntomas de urgencia y combinados (10).

Los gastos económicos tanto de la patología del suelo pélvico como de la incontinencia urinaria ascienden a miles de millones de pesetas.

## Interés social y sanitario

El impacto social de esta patología es de una gran dimensión aún sin conocer con exactitud su historia natural, su prevalencia y epidemiología y sin contar con una estandarización en su clasificación y terminología. Incluso cuando se traduce clínicamente con incontinencia urinaria existen dificultades expresadas en una amplia heterogeneidad de informes y cifras (11).

En las sociedades europeas ha crecido el interés por la salud femenina pero se ha centrado en la prevención, en problemas reproductivos y en las consecuencias a corto y medio plazo de la postmenopausia.

Los síntomas del envejecimiento urogenital que se manifiestan en edades más tardías de la mujer, demandan menos ayuda sanitaria y ocupan lugares más alejados del foco de atención de los profesionales. Existen factores culturales, actitudes y consideraciones muy "personales" sobre la actividad sexual y repercusiones variables de las alteraciones génito urinarias sobre el bienestar y satisfacción de cada mujer, que determinan conductas de mínima demanda de asistencia sanitaria en la mayoría de los casos.

Se ha señalado que un 60% de las pacientes retrasan la consulta o la búsqueda de tratamiento a más de un año, desde que aparecen los síntomas de prolapso de órganos o de incontinencia. Una media de 17%, un alto porcentaje de mujeres, consideran que su padecimiento es normal y una consecuencia de la edad. Otras tienen poca confianza en los beneficios del tratamiento. Las molestias provocadas por la urgencia urinaria y el aumento de la frecuencia miccional sin pérdida de orina, provocan una gran alteración de las actividades habituales y diarias y un peor impacto social (10).

La continencia urinaria es un fenómeno que se aprende en la infancia. Muchas mujeres incontinentes y en edad avanzada perciben una pérdida de adultez e independencia, un temor a ser descubiertas en su defecto, sentimientos de aislamiento social y estigmatización. Primero cambian sus hábitos fisiológicos para luego reducir e incluso suprimir sus hábitos y contactos sociales.

- **Desórdenes del suelo pélvico e incontinencia urinaria**
- Solo la mitad de las pacientes buscan ayuda médica
- Las que comunican su problema retrasan en más de un año la consulta y el tratamiento.
- Se han difundido más los beneficios de los dispositivos de absorción que la información sobre la eficacia de los tratamientos.
- **Existe una subestimación de estos padecimientos por parte de los profesionales responsables de su tratamiento**
- Por incomodidad en la valoración de la patología
- Por falta de conocimiento y de formación continuada

Sin duda la disfunción vesical no sólo afecta el estilo de vida de forma seria, sino que puede ser un factor determinante en cuanto a decidir si una mujer puede ser admitida, o, no en residencias para ancianos.

Cualquier acción preventiva que se adopte para reducir el problema será bien recibida. Se han identificado barreras inespecíficas para el tratamiento de los trastornos que se describen y se recomiendan diversas estrategias de solución para los mismos.

### Prevalencia de la sintomatología génito-urinaria en la mujer postmenopáusica

Las mujeres son más susceptibles que los varones a los desórdenes del suelo pélvico e incontinencia urinaria, la prevalencia del trastorno aumenta con la edad (12). Una gran mayoría de mujeres relaciona el inicio de sus síntomas génito urinarios, 70%, con la menopausia. Con respecto a la incontinencia urinaria no se ha podido demostrar que existan tasas diferentes entre mujeres peri y postmenopáusicas (13).

#### ◆ Cambios del tracto génito urinario dependientes de la edad que pueden dañar la continencia urinaria

- Acortamiento de la uretra
- Debilidad del esfínter uretral
- Reducción de la capacidad vesical
- Aumento del volumen residual post-miccional
- Alteraciones de la contractilidad del músculo detrusor

La atrofia urogenital de la mujer postmenopáusica aumenta la incidencia de síntomas urinarios, tal como: urgencia, frecuencia, nocturia e incontinencia. Sin embargo no hay datos concluyentes que confirmen que la deficiencia estrogénica de la mujer postmenopáusica sea la causa de la incontinencia urinaria, ni que todos los mecanismos de la continencia sean estrógeno dependiente.

Por medios urodinámicos sí se demuestra que en la postmenopausia aumenta la prevalencia del trastorno mixto, incontinencia de esfuerzo e inestabilidad del detrusor; siendo de hecho una respuesta alterada del músculo después del quinto decenio de la vida, unos seis años después de instaurada la amenorrea climatérica, situación que empeora con la edad. Este cambio podría ser solo dependiente de la edad y no del estado hormonal.

Uno de los inconvenientes más frecuentes para establecer la relación de la terapia de sustitución y el estado de "bienestar" que refieren las mujeres tratadas es la falta de estudios objetivos. No se han contrastado grupos de pacientes tratadas con hormonas de reemplazo y la objetivación urodinámica en diseños doble ciego, placebo-control, prospectivos y ran-

domizados. Tampoco se encuentra una constatación de test de calidad de vida aplicados antes y después de los tratamientos. Datos subjetivos, resultados de grupos pequeños no pueden aportar cifras consistentes. La efectividad de los tratamientos estrogénicos, en la incontinencia urinaria de esfuerzo genuina, es limitada y no se ha demostrado su efecto sobre la inestabilidad del detrusor. Su utilidad estaría en una acción coadyuvante con otros métodos de tratamiento que incluye a los compuestos adrenérgicos.

Durante el periodo postmenopáusico aparecen modificaciones en el tracto genito urinario, como consecuencia del envejecimiento y del estado de hipopostrogenismo. Estas alteraciones pueden traducirse y expresarse a través de un variado conjunto de signos y síntomas, así mismo de diferente gravedad, intensidad y repercusión sobre la calidad de vida de la mujer.

La patología urogenital de la postmenopausia tie-

#### ◆ El tejido submucoso de la uretra contribuye a la continencia

#### ◆ Los estrógenos contribuyen en este proceso por dos mecanismos

- Mejorando la proliferación del plexo vascular submucoso
- Promoviendo la función de los receptores adrenérgicos

ne su origen como se ha referido antes en el envejecimiento tisular, en los cambios fisiológicos y patológicos que han padecido las estructuras anatómicas del suelo pelviano y en los hábitos de vida practicados por la paciente. El interés de la responsabilidad del hipopostrogenismo en la fisiopatología de los trastornos génito urinarios se ve reforzado por la presencia de receptores estrogénicos en la mayoría de las diversas estructuras de la región afecta. Así mismo el análisis de un origen embriológico común supone un apoyo a esta teoría.

El síntoma urogenital predominante es la inconti-

#### SÍNTOMAS URINARIOS EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA (14)

- Incontinencia urinaria	26,3 %
- Urgencia (< 5 minutos)	14,9 %
- Frecuencia (> 7/día)	19,6 %
- Nocturia (> 2/noche)	17,6 %
- Disuria	10,5 %
- Cistitis durante el último año	10,1 %

nencia urinaria, 26,3%, algunos autores refieren que hasta un 50% de mujeres por encima de los 65 años han experimentado incontinencia urinaria o algún

grado de disfunción urinaria, siendo más frecuente cuando presentan relajación del suelo pélvico (15).

El 28,1% han comenzado con este síntoma antes de la menopausia, el 17,5 % durante la misma fase y el 54,4 % en la postmenopausia. Estas pacientes suelen presentar factores de riesgo independientes como la edad de la deficiencia estrogénica, la cirugía pélvica previa y la calidad de los partos vaginales sufridos.

Los síntomas y signos propios del suelo pélvico son el resultado de un efecto negativo de múltiples factores sobre las estructuras anatómicas y funcionales que construyen el soporte pélvico. La normalidad de los músculos y su adecuado control neurológico es elemento indispensable para un plano pélvico efectivo. Los elementos de la matriz extracelular proteica, elastina y colágeno, que forman las fascias y aponeurosis, determinan el vigor, fuerza y forma de la pelvis humana. La bipedestación ha otorgado esta característica de fortaleza, siendo la gravedad y el tiempo dos enemigos insalvables.

El factor más trascendente en la relajación del suelo pélvico es la modalidad de parto, como antes se ha referido. Un 31% de mujeres presentan incontinencia urinaria y algún grado de relajación pélvica a las nueve semanas de haber sufrido un parto vaginal (16). Si se analizan estas estructuras años después del parto se encuentran desde muy pequeñas alteraciones anatómicas hasta neuropatías pudendas que persisten y empeoran con el tiempo (17).

### Clasificación de los trastornos clínicos producidos por la disfunción del suelo pelviano

#### IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

- Reducción de la actividad física
- Reducción de las relaciones personales
- Repercusión negativa sobre la vida sexual
- Estrés psico-emocional
- Aislamiento social
- Reducción del bienestar general y sensación de insatisfacción
- Estrechamiento del círculo de contactos personales (con la pareja, con el entorno social)

- 1- Lesiones estructurales
- 2- Disfunción sexual
- 3- Incontinencia urinaria
- 4- Incontinencia fecal
- 5- Dolor crónico pélvico

### Lesiones estructurales o descenso genital

Pueden distinguirse dentro de la relajación de las paredes vaginales y del prolapso de los órganos genitales dos modalidades **clásicas** de clasificación:

- 1- Prolapso completo
- 2- Prolapso incompleto

Esta sencilla pero insuficiente clasificación exigió la descripción de otras numerosas variaciones de descenso anatómico de los órganos pélvicos que se señalan a continuación. **No existe** una clasificación internacional aceptada y no se han publicado hasta la actualidad propuestas consensuadas sobre la estratificación clínica del tema del prolapso. La que se ofrece aquí es de carácter práctico, aconsejándose una valoración individualizada ya que en una misma paciente pueden presentarse varias patologías asociadas:

- 1-Uretrocele o prolapso de las paredes uretrales
- 2-Cistocele o relajación de la pared anterior de la vagina
- 3-Rectocele o relajación de la pared posterior de la vagina
- 4-Desgarro perineal
- 5-Enterocele o hernia pelviana verdadera (contiene un saco peritoneal completo)
- 6-Prolapso uterino:

**Leve o de 1º grado:** no atraviesa el plano de la vulva

**Moderado o de 2º grado,** el cuello uterino asoma a través del introito vaginal

**Completo o acentuado o de 3º grado,** el útero se exterioriza totalmente

**Prolapso de la cúpula vaginal,** o prolapso de vaginal secundario a cirugía previa

### Tratamiento quirúrgico

La reparación quirúrgica de los diferentes tipos de descenso o prolapso de los órganos genitales incorporan las siguientes técnicas.

- **Plastia vaginal anterior** con la reconstrucción herniaria, reparación del cistocele y recuperación de la situación normal de la vejiga descendida.

- **Plastia vaginal posterior y reconstrucción del rectocele.** La reposición de los músculos elevadores del ano a su posición normal contribuye al sostén más efectivo del suelo pelviano.

- **Operación de Manchester (Donald o Fothergill)** para el tratamiento del cistocele, descenso leve-moderado del útero y elongación del cuello uterino. La amputación cuello uterino forma parte del procedimiento de Fothergill. Es útil en pacientes en edad reproductiva, con deseos de descendencia.

- **Histrectomía vaginal:** está indicada en prolapso totales, con relajación moderada-intensa de diafragma pelviano, en mujeres ancianas, en contraindicaciones de la cirugía abdominal.

- **Operación de Le Fort:** es una antigua técnica de cirugía vaginal que permanece en vigencia. Está indicada en mujeres ancianas cuyo estado general no permite la histrectomía vaginal convencional. En este caso no entra en consideración la preservación

del canal vaginal normal. Consiste en la obliteración total de la vagina. No es una técnica adecuada para pacientes con incontinencia urinaria.

– **Excisión del muñón cervical** completo en prolapso de cuello uterino restante (en antecedente de Histerectomía subtotal).

– Reparación perineal simple: en casos de desgarro perineal.

– Reparación del desgarro perineal de tercer grado, es el que incluye el desgarro del esfínter anal, con o sin incontinencia de heces. Comprende el cierre separado de la pared intestinal, de la vagina, reconstrucción del periné y del mecanismo del esfínter anal.

– Reparación vaginal del enterocele: la hernia surge de la pared anterior del fondo del saco de Douglas, entre los ligamentos uterosacros, bajo el nivel del cuello; el saco hemiario situado en el vértice del recto se rellena con intestino delgado y epiplón, pero nunca con el recto. La perineorrafia convencional no corrige el defecto. Puede ser suficiente con el tiempo vaginal de la intervención y en ocasiones es necesario combinarla con la reparación abdominal.

– Cirugía del prolapso de la cúpula vaginal: existen varias modalidades quirúrgicas para reparar esta lesión. La más difundida es la fijación de la cúpula prolapsada al ligamento sacroespinoso o Maniobra de Richter.

– Técnicas quirúrgicas para corregir la incontinencia urinaria asociada a los diferentes grados y tipos de prolapso.

– La reparación o reforzamiento del ángulo uretro-vesical con puntos de Kelly no ha demostrado buenos resultados a largo plazo.

– Las intervenciones abdominales retropúbicas tienen por objeto suspender el ángulo uretro-vesical al perostio o al ligamento de Cooper con suturas no reabsorbibles.

– Operaciones combinadas vaginales y abdominales, el cuello vesical es elevado mediante materiales no reabsorbibles, uso de las agujas de Pereira, de Stamey, de fascia de los músculos rectos abdominales.

– Finalmente pueden asociarse a las correcciones de prolapso las nuevas técnicas de corrección de incontinencia urinaria, las intervenciones más recientes están representadas por el uso de cabestrillo. En gran auge se encuentra el TVT (Tension free vaginal tape) que utiliza bandas de Prolene; y el REMEEX (Regulación mecánica Externa) donde la tensión del cabestrillo se regula a través de una prótesis colocada debajo de la piel suprapúbica y por encima de la aponeurosis de los rectos.

#### ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN

- Actualización de métodos de prevención y tratamiento
- Individualización de las pacientes
- Valoración previa de los tratamientos conservadores, farmacológicos y técnicas de recuperación, antes de la cirugía del prolapso si existe I.U.

#### CONCLUSIONES

– Las disfunciones del suelo pélvico y sus consecuencias, la atrofia génito urinaria, el prolapso de los órganos pelvianos, la incontinencia urinaria, la alteración de la función sexual y la variada sintomatología antes referida, deteriora la calidad de vida de la mujer.

– El conocimiento de las bases anatómicas de la pelvis femenina es fundamental para abordar estas entidades.

– En la identificación de los factores etiopatogénicos constarán los antecedentes y elementos obstétricos de la historia de la paciente.

– La presencia de incontinencia urinaria exige la puesta en marcha de un estricto diagnóstico clínico y urodinámico antes de decidir cualquier conducta terapéutica, fundamentalmente la quirúrgica que debe ser exquisitamente evaluada antes de ser aplicada.

– La acción de los estrógenos en el mantenimiento de la integridad del suelo pélvico surge avalada por la presencia de receptores hormonales en el tracto genital inferior. La evidencia demuestra que el sustrato de la matriz colágena del suelo pélvico y de los tejidos uretrales mantienen su integridad cuando los niveles de estrógenos son similares a los del ciclo menstrual normal, situación que se pierde en la postmenopausia (15). La adecuación individualizada de una terapia de reemplazo hormonal puede ser beneficiosa para las pacientes, siendo un planteamiento prudente, válido y necesario.

– La disfunción del suelo pélvico empeora con los partos vaginales y otras conductas obstétricas.

– Una profilaxis adecuada puede plantearse desde el primer contacto con la paciente que sufre esta patología. La realizará cualquier nivel de atención, la prevención la iniciará el especialista que antes perciba el defecto de la mujer.

– La repercusión social y los gastos económicos sugieren que debe aplicarse un plan de prevención y tratamiento para los defectos del suelo pélvico y sus consecuencias.

– La Incontinencia urinaria (I.C.) se define como la pérdida involuntaria de orina que puede demostrarse objetivamente y constituye un problema social o de higiene para el individuo, mujer o varón.