



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO DE DISTOPIA GENITAL

PRESENTADA POR
ROSA BEATRIZ DIONICIO ELERA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2014



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO DE DISTOPIA GENITAL

TESIS

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

ROSA BEATRIZ DIONICIO ELERA

LIMA, PERÚ

2014

ASESOR

Dr. Freddy García Valderrama

CMP 37751 RNE 22071.

Médico gineco-obstetra.

Hospital Nacional Essalud Trujillo.



Dedicatoria

A mi esposo, Segundo Tapia


A mis hijos, Diego y Victoria

A mis padres, Crispín y Alicia



ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	03
III. METODOLOGÍA	23
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES	33
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
IX. ANEXOS	



RESUMEN

Objetivos: determinar los factores de riesgo de distopia genital en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período comprendido entre el 01 enero de 2012 al 30 de mayo de 2013.

Metodología: se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal y responde a un diseño de casos y controles que se basó en revisión de 400 historias clínicas por muestreo aleatorio simple, de los cuales 200 correspondían a pacientes con diagnóstico de distopia genital y las otras 200 a otras patologías ginecológicas, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en el período correspondiente del estudio.

Resultados: entre los factores de riesgo para distopia genital se encontraron la edad ($p= 0.000$ y $OR =6.1$), múltiparas vía vaginal ($p=0.000$ y $OR= 26.3$) y antecedente de patología pulmonar ($p= 0.000$ y $OR= 8.6$). Resultó como factor protector el antecedente de cirugía pélvica ($p= 0.005$ y $OR 0.4$)

Conclusiones: los factores de riesgo para distopia genital en nuestro estudio fueron la edad de la mujer (mayor de 50 años), multiparidad vaginal, patología pulmonar, y como factor protector, se encontró el antecedente de cirugía pélvica.

Palabras clave: factores, distopia genital.

ABSTRACT

Objectives: identify risk factors in Dystopia Genital ArzobispoLoayza National Hospital during the period from January 1, 2012 to May 30, 2013.

Methodology: an observational, analytical, retrospective, longitudinal and responds to a case-control design that is based on medical record review study. The clinical records of 400 patients were reviewed by simple random sampling of patients, of which 200 corresponded to patients diagnosed with Genital Dystopia and the other 200 records of patients with different gynecological pathologies satisfy the inclusion and exclusion criteria in the corresponding period the study.

Results: among the risk factors for Genital Distopia age over 50 years old ($p = 0.000$ and $OR = 6.1$), multiparous ($p = 0.000$ and $OR = 26.3$) history of pulmonary disease ($p = 0.000$ and $OR = 8.6$). Resulting as a protective factor genital dystopia history of pelvic surgery ($P = 0.005$ and $OR 0.4$)

Conclusions: risk factors for Genital Dystopia in our study were age of women over 50 years old, pulmonary disease and, multiparity vaginally.

($p < 0.05$)

Keywords: Factors, Genital Dystopia.

INTRODUCCIÓN

La distopia genital o prolapso urogenital es un problema de Salud que aqueja a millones de mujeres en todo el mundo. Incluso es la tercera indicación de histerectomía en los Estados Unidos. Según Olsen, 1977 la mujer tiene un riesgo estimado de tener distopia genital en un 11% en toda su vida. A pesar de esto, existen pocos estudios de importancia epidemiológica que precisen la prevalencia de la enfermedad. Pero se sabe que esta aumenta en forma progresiva con la edad de la mujer.¹

Esta es una de las patologías que frecuentemente afecta la calidad de vida de la mujer. Se presenta en el 50% de las multíparas² y su incidencia aumenta con la edad.³ En la práctica clínica se observa frecuentemente prolapso genital, pero pocos estudios han analizado su epidemiología.

En un estudio americano se demostró que el riesgo a lo largo de la vida (hasta los 90 años de edad) de someterse a cirugía por prolapso o incontinencia urinaria en Estados Unidos era de

aproximadamente del 10%,⁴ pero solo consideró enfermedades graves.

En otro estudio se encontró una prevalencia de cualquier grado de prolapso uterino del 5% en mujeres entre 20 y 59 años. Considerando solo las mujeres perimenopáusicas (es decir, de edades comprendidas entre 50 y 59 años), la prevalencia de prolapso uterino fue del 8%.²⁴

Entre los determinantes del riesgo de prolapso genital, los más comunes son: edad, multiparidad y sobrepeso,⁵ pero los estudios epidemiológicos son muy escasos.

En nuestro medio son pocos los reportes referentes al tema, razón por la cual consideramos de importancia la realización del presente trabajo de investigación. Este estudio tiene por objetivo general determinar los factores de riesgo de distopia genital, y los objetivos específicos son la determinación de los factores clínicos y obstétricos.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Brubaker L *et al* informaron resultados funcionales, luego de una cubierta de malla de polipropileno en la reparación vaginal, que incluían una tasa de erosión de malla del 13%, un aumento de la hiperactividad vesical del 28% al 56% y un incremento en la dispareunia del 18% al 38% después de la cirugía. ³

McClure LA *et al* mencionaron que la erosión de malla o la tasa de infección fue cuatro veces mayor cuando la malla había sido introducida por vía vaginal, en comparación con la vía abdominal, para el tratamiento del prolapso de los órganos pélvicos.⁴

Ragni E *et al* encontraron que el parto vaginal aumenta el riesgo de prolapso (nivel de prueba 1), por otra parte, la cesárea no se puede considerar un método preventivo completamente eficaz (nivel de prueba 2). El embarazo en sí es un factor de riesgo para el prolapso (nivel de prueba 2). Ciertas afecciones obstétricas contribuyen a las alteraciones de la musculatura del suelo perineal: un feto que pesen más de cuatro kilos, el uso de los instrumentos en el nacimiento (nivel

de prueba 3). Si el riesgo de prolapso aumenta con la edad, intrincación con factores hormonales es importante (nivel de prueba 2). El papel de la terapia de reemplazo hormonal sigue siendo controvertido. El antecedente de cirugía pélvica también ha sido identificado como un factor de riesgo (nivel de prueba 2). Otros factores adquiridos variables se han documentado: la obesidad (índice de masa corporal y el perímetro abdominal), la actividad profesional y la actividad física intensa (nivel de prueba 3), así como el estreñimiento, aumentan el riesgo de prolapso. La investigación más a fondo de estos factores es necesaria con el fin de prevención, así como identificar técnicas obstétricas que garanticen el mínimo daño a la estructura perineal.⁸

Lien Ys *et al*⁹ encontraron como factores de riesgo alta paridad, la edad temprana del parto, la menopausia, la posición en cuclillas o de pie durante el parto, y pronto regreso al trabajo después del parto, como factores de riesgo para el POP. El análisis de regresión logística multivariado reveló que el parto en posición horizontal presenta un menor riesgo de cistocele que el parto en posición de cuclillas o de pie (odds ratio 0,34, $p < 0,01$).⁹

Weemhoff *et al* encontraron que los factores de riesgo de recidiva anatómica fueron avulsión completa del músculo puborrectal (OR 2,4, IC, 1.3, 4.7 95%), la etapa preoperatoria avanzada (OR: 2.0, IC, 1.0, 4.1 95%), historia familiar de prolapso (OR, 2,4, IC, 2,0, 21,2 95%), IC, 1,2, 4,9), y la fijación sacroespinal (OR 6,5 95% IC2.0, 21.2).¹⁰

Obregón Y evaluó los factores asociados: edad, embarazos, partos, incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), fibromatosis uterina, intervenciones ginecológicas previas. Se clasificaron los tipos y grados de prolapsos, tratamientos y complicaciones. De 21 144 ingresos para 2003, se seleccionaron 2 616 con edad ≥ 35 años, de las cuales 423 fueron casos ginecológicos con patología quirúrgica y sólo 47 (11 %) presentaron prolapso. El promedio de edad fue $56,65 \pm 11,5$ años, el 93 % refirió síntomas de peso, tumor vaginal o incontinencia urinaria. El promedio de embarazos $5,7 \pm 3,2$ y de partos $4,9 \pm 2,6$. Los factores asociados más frecuentes fueron la fibromatosis uterina en 11 % y la histerectomía abdominal previa en 8,5 %. El tipo de prolapso más frecuente fue el histerocele (51 %), cistocele II y III^o + rectocele (36 %) y de cúpula vaginal (11 %). La intervención quirúrgica más realizada fue histerectomía vaginal, en menor número la histerectomía abdominal, colposuspensión de Burch, sacropexia y colpoperineoplastia. Hubo 14 % de complicaciones intraoperatorias. El estudio

concluye que la frecuencia de hospitalizaciones para corrección de prolapso genital es muy baja, el histerocele avanzado sintomático es el más frecuente, son pacientes de edad avanzada, multíparas, los factores relacionados la fibromatosis uterina y la histerectomía abdominal previa. La intervención más realizada fue la histerectomía vaginal y el porcentaje de complicaciones intraoperatorias fue 14%.¹¹

Fritel X estableció que los factores congénitos, la obesidad, el envejecimiento, el embarazo y el parto son los principales factores de riesgo de trastornos del piso pélvico femenino (incontinencia urinaria, incontinencia anal, prolapso del órgano pélvico, dispareunia). El parto vaginal puede causar lesión del tanto nervio pudendo y el esfínter anal o sólo esfínter anal. Sin embargo, la relación entre estas lesiones y síntomas del piso pélvico no es siempre determinado y todavía ignoran cuáles podrían ser las formas de prevención. De los muchos métodos obstétricos propuestos para prevenir los síntomas después del parto, episiotomía, parto en posición vertical, expulsivo prolongado, masaje perineal, compresa caliente, la rehabilitación del piso pélvico, los resultados son decepcionantes o limitados.¹²

El Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia realizó un estudio donde se consideró a 21 449 mujeres no histerectomizadas, se diagnosticó el prolapso uterino en 1.182 casos (5,5%). De ellas, 772 (65,3%) tenían prolapso de grado I y 410 (34,7%) de grado II o III. Se encontró que la frecuencia de prolapso uterino aumenta con la edad y en comparación con las mujeres menores de 51 años, el cociente de probabilidad (CP) de prolapso uterino fue 1,3 y 1,7, en mujeres de 52 a 55 años y > 56 años respectivamente. Comparando con aquellas mujeres sin estudios/educación primaria, el CP de prolapso uterino fue 0,8 (95% IC 0,7-0,9) y 0,8 (95% IC 0,6-0,9), respectivamente, en mujeres con estudios intermedios o estudios secundarios/universitarias. También observaron que el riesgo de prolapso uterino aumentó con el valor del índice de masa corporal (IMC; kg/m²): Comparando con las mujeres con IMC < 23,8, el CP fue 1,4 (95% IC 1,2-1,7) y 1,6 (95% IC 1,3-1,9) en mujeres con un IMC 23,8-27,2 y > 27,2. Por otro lado, en el caso de las multíparas el CP de prolapso uterino aumentó con el número de partos, siendo 3,0 (95% IC 2,1-4,3) en mujeres que tuvieron más de tres partos. Aquellas mujeres con antecedentes de cesárea o de parto con producto mayor de 4.500 gramos no se asociaron con mayor riesgo de prolapso uterino. El análisis se realizó separadamente en estratos según el grado de prolapso uterino (I y > 2), no se encontraron

diferencias importantes en las estimaciones del CP. Este estudio concluye que en esta población el riesgo de prolapso uterovaginal aumenta con el número de partos vaginales y fue mayor en mujeres con sobrepeso, lo que proporciona algunos datos cuantitativos sobre el papel que desempeñan estos factores en el riesgo de la enfermedad.¹³

De Ridder en USA realizó un estudio en el cual señala que las pruebas que apoyaban el uso de mallas de poliglactina en la reparación del prolapso de la pared vaginal anterior o posterior surgen de ensayos pequeños con resultados conflictivos. Mientras que había menos recurrencia del prolapso con el uso de piel de cerdo o fascia lata cadavérica, los ensayos eran pequeños y los datos sobre otros resultados no concluyentes.¹⁴

Gandhi S en USA realizó dos estudios que evaluaban prolene blando semiabsorbible versus piel de cerdo absorbible y piel de cerdo absorbible versus malla de poliglactina absorbible fueron no concluyentes.^{15, 16}

Kwon C realizó un estudio donde demostró en 12 pacientes a 20,5 meses de seguimiento, resultados de un 100% de curación en la corrección de cistocele con Prolene. Actualmente no se debiera discutir el beneficio en disminuir la recurrencia de los prolapsos, al utilizar mallas protésicas de refuerzo tanto en defectos de pared vaginal anterior como posterior. Sin embargo, al escoger una malla, debemos tener en cuenta el

tamaño del poro, el cual, junto al material y trama de filamentos, otorga el grado de flexibilidad. Por otro lado, debe tener un tamaño suficiente para permitir el paso de leucocitos (9 a 15 μ) y macrófagos (16 a 20 μ) para reducir el riesgo de infección.¹⁷

Jeng CJ señaló que como principal complicación la erosión de pared vaginal con exposición de la malla, principalmente en la corrección de cistocele, entre 3,8% y 7,5%.¹⁸

BASES TEÓRICAS

La Distopia Genital es frecuente y se observa en el 50% de las mujeres con paridad⁸. La tasa agregada anual de cirugía pélvica por esta patología se encuentra en el rango de 10 a 30 por cada 10 000 mujeres.⁹

La Distopia Genital es el descenso de uno o más de los órganos pélvicos (útero, vagina, vejiga, intestino). Los diferentes tipos de distopia incluyen:

Prolapso vaginal superior; comprendiendo, el útero, la cúpula vaginal (posterior a la histerectomía cuando desciende la parte superior de la vagina);

Prolapso de la pared vaginal anterior, comprendiendo, cistocele (descenso de la vejiga), uretrocele (descenso de la uretra), defecto paravaginal (defecto de la fascia pélvica);

Prolapso de la pared vaginal posterior; comprendiendo, enterocele (descenso del intestino), rectocele (descenso del recto), desgarro perineal.

La Distopia Genital es el descenso o desplazamiento inferior de uno de los órganos pélvicos desde su localización normal, a través de la vagina y en dirección a la vulva, que se produce como consecuencia del fallo de sus elementos de suspensión y sustentación, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal, lo que produce protrusión o abultamiento de la pared vaginal.¹⁰ El prolapso puede considerarse como una hernia visceral; hernia de la vejiga, uretra, útero, recto o intestino delgado respectivamente, a través de un punto débil del piso pelviano (hiato urogenital), que puede generar una patología multisistémica con un enfoque multidisciplinario, constituyendo una parte importante de la disfunción del suelo pélvico.¹¹ Esta patología está casi siempre asociada al embarazo y parto, aunque también se observa como consecuencia de climaterio y senectud y, en más raras ocasiones, por deficiencias congénitas o fracturas pélvicas.¹²

Se puede asociar a diferentes tipos de prolapsos y en distintos grados, a disfunción urinaria (incontinencia, infecciones de repetición, problemas de vaciado vesical, e hiperactividad del detrusor), defecatoria o sexual y a dolor pélvico crónico. La

corrección de estas patologías supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.¹³

Cuantificación del Prolapso de órganos Pélvicos:

En 1996 la Sociedad Internacional de Continencia definió un sistema de Cuantificación de Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q). La ventaja de este sistema es que permite reportar datos de la exploración física de manera más estandarizada y de fácil reproducción.

Este sistema contiene una serie de mediciones de sitios específicos del soporte de órganos pélvicos femeninos. Se mide el prolapso en cada segmento con relación al himen, que es una referencia anatómica fija. Luego se localizan seis puntos con referencia al plano del himen:

Puntos Anteriores:

Punto Aa: situado a 3 cm por encima del meato uretral. Su rango de posición es de -3 (normal) a +3.

Punto Ba: punto más alto del tabique vaginal anterior.

Puntos Superiores:

Punto C: extremo distal del cérvix o cicatriz de la cúpula en la histerectomizada.

Punto D: fondo de saco de Douglas.

Puntos Posteriores:

Punto Ap: similar en Aa en la pared posterior de la vagina.

Punto Bp: similar en Ba en la pared vaginal posterior.

Mediciones perineales:

Hiato genital (gh)

Cuerpo perineal (pb)

Longitud total de la vagina (tvl) profundidad máxima en cm de la vagina.

Todos los puntos del POP-Q, menos la longitud total de la vagina, se miden en maniobra de valsalva.

Gradación del prolapso

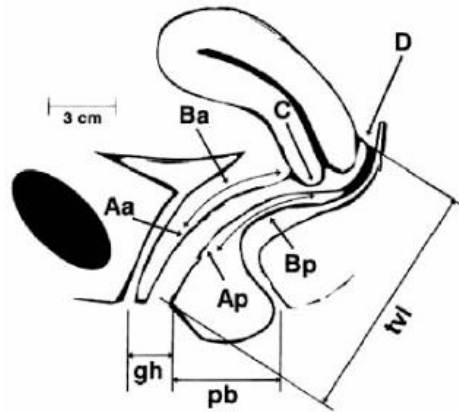
Grado 0: Sin prolapso. Aa, Ba, Ap y Bp están a -3 cm y el punto C está entre la longitud total de la vagina (Tvl) y $-(TLV-2)$

Grado I: La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm sobre el himen.

Grado II: La porción más distal del prolapso está entre -1 y +1cm con respecto al himen.

Grado III: La porción más distal del prolapso está a menos de 2 cm sobre el largo vaginal total (Tvl-2)

Grado IV: Procidencia genital. La porción más distal está a más de 2 cm sobre el largo vaginal total (Tvl-2)



Patogenia:El piso pélvico mantiene el equilibrio entre bipedestación, presión intrabdominal y sustentación de los órganos abdominopelvianos. Además tiene importantes funciones que son la respuesta sexual y su distensión en el momento del parto. La disfunción del piso pélvico es una alteración de la adecuada interacción de todos los elementos que lo forman. Los principales órganos que sustentan el aparato genital son:

Fascia endopélvica: tejido conjuntivo que sustenta el útero con 6 engrosamientos fasciales (2 anteriores o ligamentos pubovesicovaginales, 2 posteriores o ligamentos uterosacros y 2 laterales muy densos, que son los ligamentos cardinales o de Mackenrodt).

Diafragma pélvico: constituido por delante y lateralmente por los músculos elevadores del ano, y por detrás por los coccígeos.

Diafragma urogenital: formado por el músculo transverso del periné, con apertura para vagina, uretra y vena dorsal del clítoris.

Piso perineal: une en la línea media, los músculos bulbocavernosos y los transversos superficiales, formando el rafe medio rectovaginal que apoya en la cuna perineal.

La estática de los órganos pélvicos se establece mediante:

Sistema de orientación del útero: fondo uterino hacia delante por los ligamentos redondos y hacia atrás por los ligamentos útero-sacros.

Sistema de suspensión: ligamentos cardinales y paracolpos.

Sistema de sustentación: piso pélvico, músculos elevadores del ano y coccígeos, diafragma urogenital y cuna perineal.

Los músculos del piso pélvico contrarrestan la fuerza ejercida hacia abajo por la presión intraabdominal y, actuando junto con los músculos de la pared abdominal, alejan la dirección de esa presión del hiato genital a través del cual podría producirse el prolapso de los órganos pélvicos.¹⁴

El daño de estos músculos durante del parto debilitan el suelo de la pelvis determinando un descenso permanente del rafe medio anococcígeo, lo que permitirá un ensanchamiento y apertura excesiva del hiato genital, sobre todo durante el esfuerzo¹⁵. Esto cambia el eje horizontal normal del tercio superior de la vagina y lo transforma en un eje más vertical

similar a la dirección del eje uterino, situación que favorece el prolapso útero-vaginal al transmitir las fuerzas de presión intraabdominales siguiendo la dirección de este eje. Además, estudios histoquímicos en biopsias de los músculos pélvicos, y electromiografías de fibras aisladas, sugieren la posibilidad de que la debilidad de estos músculos podría ser secundaria a lesiones o a procesos degenerativos de los nervios.¹⁶

Factores Etiológicos:

Es poco frecuente encontrar un único factor etiológico del prolapso, y es habitual la coexistencia de varios factores causales más o menos evidente y, con mucha mayor frecuencia, de forma adquirida.

1. Congénito. La frecuencia es baja, pero hay casos de prolapso en pacientes jóvenes o nulíparas, generalmente asociado a patologías como el Síndrome de Marfan o en mujeres con mayor predisposición a padecer cualquier tipo de hernias. También se ha descrito asociado a malformaciones del SNC tipo meningocele, espina bífida y extrofia vesical. Suele existir una inclinación deficiente de la pelvis, distancia ano-vulvar corta, hipotrofia mamaria y cierto grado de inmadurez del desarrollo sexual femenino. Existen diferencias raciales en la incidencia del prolapso genital, siendo más frecuente en mujeres caucásicas que en negras o asiáticas. Esto puede

explicarse por diferencias genéticas de la arquitectura pélvica, por la distinta calidad y tonicidad de los músculos pélvicos de soporte, y por la tendencia a desarrollar un tejido cicatricial fibroso más o menos denso en mujeres de distintas razas, aunque también puede explicarse por las distintas costumbres socioculturales existentes en los distintos grupos étnicos.¹⁷

2. Traumático. El embarazo y el parto son las causas más importantes en la fisiología del prolapso, existiendo grandes variaciones individuales en lo que respecta a la resistencia y recuperación de los tejidos pélvicos, como lo demuestra la ausencia de prolapso en mujeres que han tenido numerosos partos vaginales. Traumatismos directos como accidentes, agresiones, o el coito y traumatismos indirectos, como fracturas pélvicas, son causas de traumatismos menos frecuentes.¹⁸

3. Hormonal. Afecta sobre todo en climaterio y senectud, especialmente a mujeres con sobrepeso, cuando cesa el estímulo estrogénico sobre los tejidos de soporte de la pelvis.

4. Otros. Incrementos de la presión intraabdominal consecuencia de la obesidad, ejercicios físicos intensos, acción de levantar objetos pesados, tos crónica, estreñimiento crónico, existencia de tumores pélvicos o de ascitis y, de forma

iatrogénica el prolapso de cúpula vaginal o de cérvix restante tras histerectomía abdominal o vaginal.

CLASIFICACIÓN

Todas las formas clínicas descritas a continuación pueden existir de forma aislada, o más frecuentemente, asociadas entre sí, traduciendo un déficit global del sistema ligamentario y de sostén que forman el suelo pélvico.

1. Prolapso uterino o histerocele: descenso del útero respecto a su posición anatómica, que de forma casi constante se asocia a distintos grados de descenso de vejiga y/o recto. Es debido a un fallo de los ligamentos de sostén uterinos. Puede existir además elongación del cérvix aislada o junto al prolapso uterino.¹⁹

2. Colpocele: hernia vaginal o protrusión de las paredes vaginales a través de la vulva. Puede ser anterior o posterior, aunque rara vez se presenta de forma aislada.

Anterior: descenso de la pared anterior vaginal sola (colpocele anterior) o asociada a:

Cistocele: colpocele anterior, sobre todo en su mitad superior, que asocia el descenso de la vejiga, por alteración de los ligamentos pubovesicouterinos.

Uretrocele: colpocele anterior, sobre todo de su mitad inferior, que incluye la uretra, por alteración del ligamento triangular.

Posterior: descenso de la pared vaginal posterior sola (colpocele posterior) o asociada con mayor frecuencia a rectocele, enterocele, o ambos.

Rectocele: colpocele posterior, que incluye recto en su descenso, por alteración del tabique recto-vaginal.

3. Enterocele, douglascele o elitrocele: prolapso de la porción superior de la pared vaginal, con hernia del fondo de saco de Douglas, que suele contener intestino delgado o epiplón, por lesión de los ligamentos uterosacros.

4. Prolapso de cúpula vaginal o cérvix restante: caída o descenso de la cúpula vaginal o cérvix en pacientes con histerectomía abdominal o vaginal previa. Los prolapsos leves (grado I, y en ocasiones grado II) a menudo son hallazgos casuales durante una exploración ginecológica realizada por otro motivo. Cuando existen síntomas, lo más común es la sensación de cuerpo extraño o tumoración en vagina o vulva que inicialmente solo aparece con los esfuerzos (tos, defecación...) y cede con el decúbito, para hacerse progresivamente más intensa.

La etiología del prolapso de órganos pélvicos es entonces, compleja y multifactorial. Los factores de riesgo posibles

incluyen el embarazo, el parto, las anomalías del tejido conectivo adquiridas o congénitas, la denervación o debilidad del piso pélvico, la edad avanzada, la histerectomía, la menopausia y los factores asociados con una presión intraabdominal crónicamente elevada.²⁰

Las mujeres con prolapso presentan comúnmente una variedad de síntomas del piso pélvico, de los cuales sólo algunos se encuentran directamente relacionados con el prolapso. Los síntomas generales del prolapso incluyen pesadez pélvica, protuberancia/nódulo o protrusión que desciende de la vagina, sensación de arrastre en la vagina o lumbalgia.²¹ Con frecuencia, aparecen síntomas de disfunción vesical, intestinal o sexual. Por ejemplo, las mujeres pueden necesitar reducir el prolapso para ayudar al vaciamiento urinario o a la defecación por medio del empleo de sus dedos para empujar el prolapso hacia arriba.²²

Estos síntomas pueden estar directamente relacionados con el órgano prolapsado, p.ej., débil chorro de orina ante la presencia de cistocele o defecación obstruida ante la presencia de rectocele. También estos pueden ser independientes del prolapso, p.ej., síntomas de hiperactividad de la vejiga ante la presencia de cistocele.

El tratamiento del prolapso depende de la gravedad del mismo y de sus síntomas, así como de la salud general de la mujer y de la preferencia y las habilidades del cirujano. Las opciones disponibles para el tratamiento son conservadoras, mecánicas o quirúrgicas.

En general, el tratamiento conservador o mecánico se considera para las mujeres con un grado leve de prolapso, para aquellas que desean tener más hijos y para quienes son débiles o no desean someterse a una cirugía. Las intervenciones conservadoras y mecánicas han sido analizadas en revisiones Cochrane separadas.²³

No había prueba alguna para guiar el tratamiento en cualquiera de estas revisiones debido a que no se encontraron ensayos controlados aleatorios sobre cualquier tipo de intervención.

Los objetivos de la cirugía en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos incluyen:

La restauración de la anatomía vaginal normal;

La restauración o el mantenimiento de la función vesical normal;

La restauración o el mantenimiento de la función intestinal normal;

La restauración o el mantenimiento de la función sexual normal.

Para el tratamiento del prolapso se encuentra disponible una amplia variedad de técnicas quirúrgicas abdominales y vaginales:

Los abordajes vaginales incluyen la histerectomía vaginal, la reparación de la pared vaginal anterior o posterior, la culdoplastía de McCall, la reparación de Manchester (amputación del cuello uterino con suspensión del útero a los ligamentos cardinales), la colpopexiapreespinal y sacroespinal, la ligadura del enterocele, la reparación paravaginal, el procedimiento y la reconstrucción perineal de Le Fortes.

Los abordajes abdominales incluyen la colpopexia sacra, la reparación paravaginal, la suspensión de la bóveda y la plicatura de ligamentos uterosacos, la ligadura del enterocele y la reparación de la pared vaginal posterior. La intervención quirúrgica abdominal puede realizarse por medio de una incisión abierta o con laparoscopia, la cual requiere incisiones pequeñas.

Una combinación de algunos de estos procedimientos puede ser empleada en la corrección quirúrgica del prolapso.

Además de la variedad de operaciones de prolapso, el cirujano debe elegir si emplea suturas absorbibles como los materiales

cuya base es el ácido poliglicólico (por ejemplo, la poliglactina), suturas de absorción retardada como la polidioxanona o las suturas no absorbibles como el polipropileno.

Asimismo, algunas técnicas requieren el uso rutinario de injertos (p.ej., colpopexia sacra), en la cual se pueden utilizar diferentes materiales para cerrar la brecha entre el manguito vaginal y la depresión sacra) mientras que para otras, los injertos son optativos.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Distopia genital: El prolapso pelvigenital es una entidad anatómico-clínica que corresponde al fallo de los sistemas de sostén y de suspensión de los órganos pelvianos de la mujer, llegando éstos a salir a través del orificio vulvogenital.

No suele existir relación entre el grado de prolapso y la severidad de los síntomas urinarios o intestinales. Las pacientes con prolapso genital suelen relatar que sus molestias disminuyen con el reposo y en decúbito, incrementándose con la bipedestación y los esfuerzos.

Existe toda una larga lista de trastornos funcionales,

específicos o no, que con frecuencia son el motivo de consulta del paciente. Podemos encontrar todas las variantes intermedias entre el descenso mínimo (muy poco sintomático o asociado a problemas funcionales no dependientes del prolapso en sí), y el prolapso total con exteriorización del útero y las paredes vaginales. A este descenso de los órganos pelvianos puede asociarse una incontinencia urinaria de esfuerzo, que a veces es el verdadero motivo de consulta, e incluso una incontinencia fecal. Los síntomas varían mucho según el grado de prolapso, el tipo del mismo y según las características de la paciente. Con frecuencia, consultan porque notan un bulto que le asoma a través de sus genitales externos, especialmente cuando hace esfuerzos, acompañado con frecuencia de dolor en el hemiabdomen inferior. En otras ocasiones son sus problemas miccionales, defecatorios o incluso dificultades en el acto sexual lo que las lleva a consultar.



FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

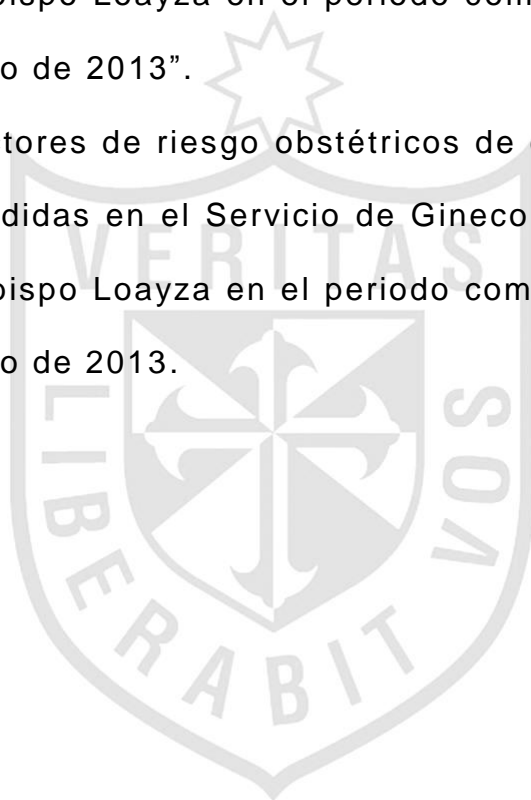
HIPÓTESIS GENERAL

Existen factores de riesgo de distopia genital en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido de enero de 2012 a mayo de 2013”

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Existen factores de riesgo clínicos de distopia genital en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido de enero de 2012 a mayo de 2013”.

Existen los factores de riesgo obstétricos de distopia genital en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido de enero de 2012 a mayo de 2013.



METODOLOGÍA

El diseño de estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal y responde a un diseño de casos y controles que basó su estudio en revisión de 400 historias clínicas por muestreo aleatorio simple, de los cuales 200 correspondían a pacientes con diagnóstico de distopia genital y las otras 200, a otras patologías ginecológicas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en el período correspondiente del estudio. Los criterios de inclusión que se consideraron fueron aquellas operadas de distopia genital (casos); y las que presentaron diagnóstico ginecológico diferente (controles), todas con historias clínicas completas. La muestra final quedó constituida por 400 pacientes, de los cuales 200 presentaron Distopia Genital confirmado por los hallazgos clínicos (casos) y 200 con diagnóstico ginecológico diferente (controles).

Para tal fin se elaboró una ficha de recolección de datos ajustada a los objetivos de la investigación y validada por profesionales médicos especialistas del servicio (anexo 1).

Para el procesamiento de la información se valió del programa **SPSS 21.0** estudiándose las variables obtenidas en la consolidación, las cuales se procesaron estadísticamente, se observaron y analizaron los resultados y la posible aparición de relaciones entre ellos utilizando el Chi cuadrado

de Pearson(X^2) para las variables cualitativas, y para las variables cuantitativas se usó la prueba T de Student. En el análisis de la magnitud de riesgo se utilizó la razón OR con un intervalo de confianza del 95%. A fin de controlar la presencia de factores de confusión se utilizó la regresión logística. Finalmente, en los aspectos éticos, se siguieron los lineamientos de la declaración de Helsinki.



RESULTADOS

Edad: se establecieron dos grupos de acuerdo a la edad de las pacientes, mayores y menores de 50 años, y se utilizó este parámetro de acuerdo a la edad promedio de aparición de la menopausia.

Se observa que el grupo de mujeres mayores de 50 años tienen mayor riesgo de presentar distopia genital ($p=0.000$), existiendo una relación estadísticamente significativa (Tabla N°1) y con OR de 6.1 (Tabla N°2).

Índice de masa corporal (IMC): se establecieron dos grupos de acuerdo a IMC mayor y menor de 30, utilizando este parámetro por su definición de obesidad, observándose que las pacientes con IMC mayor a 30, tienen mayor riesgo de presentar distopia genital ($p=0.000$) existiendo una relación estadísticamente significativa. (Tabla N°1). Sin embargo al momento de realizar el análisis de regresión logística múltiple resulta la $p= 0.6$ pudiendo este evento ocurrir como función de otros factores. Por lo tanto, resulta siendo el IMC un

factor asociado en el análisis simple pero no significativo en el múltiple.

Número de partos vaginales: se establecieron dos grupos según el número de partos vaginales, en mayor de un parto y menor o igual a uno. Resultando que las mujeres con mayor a uno, tiene mayor riesgo de presentar distopia genital, (tabla N°1) existiendo una relación estadísticamente significativa ($p= 0.000$), con OR de 26.3 (Tabla N°2).

Patología pulmonar: incluyen en esta definición a aquellas patologías con tos crónica, existiendo una relación estadísticamente significativa ($p= 0.000$) entre esta variable y el riesgo de presentar distopia genital (Tabla N°1) y con OR de 8.6 (Tabla N°2).

Diabetes mellitus ($p= 0.216$) y **Antecedente de parto macrosómico** ($p= 0.888$) no resultaron ser un factor de riesgo para distopia genital. (Tabla N°1).

Antecedente de cirugía pélvica: se definen aquellas cirugías donde se realizaron técnicas de fijación o suspensión ya sean vía abdominal o vía vaginal, incluyendo

histerectomía. Resultando el antecedente de cirugía pélvica un factor protector para el riesgo de distopia genital. (Tabla N°1 $p= 0.005$) con OR = 0.4 (Tabla N°2).



Tabla N°1 Descripción de variables según presenten o no
distopia genital

	Pacientes con Distopia Genital	Pacientes sin Distopia Genital	P (chi cuadrado)
EDAD			0.000
> 50 años	116	21	
< 50 años	84	179	
IMC			0.000
> 30	72	32	
< 30	128	168	
Número partos vaginales			0.000
> 1	188	69	
≤ 1	12	131	
Patología pulmonar			0.000
sí	34	8	
no	166	192	
Diabetes mellitus			0.216
sí	4	1	
no	196	199	
Antecedente de parto macrosómico			0.888
sí	29	28	
no	171	172	
Antecedente de cirugía pélvica			0.005
sí	65	91	
no	135	105	

Tabla N° 2 Análisis de regresión logística múltiple

FACTOR	P	OR	IC 95%
EDAD	0.000	6.1	3.3-11.4
IMC	0.6	0.8	0.4 - 1.6
PARTOS VAGINALES	0.000	26.3	12.2 - 56.9
PAT PULMONAR	0.000	8.6	2.6 – 28.5
DIABETES	0.567	2.0	0.2 – 21.5
MACROSOMÍA	0.512	0.8	0.3 – 1.7
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA	0.002	0.4	0.2 – 0.7



DISCUSIÓN

La distopia genital es una de las patologías que frecuentemente afecta la calidad de vida de la mujer. Se presenta en el 50% de las multíparas² y su incidencia aumenta con la edad.³ En la práctica clínica se observa frecuentemente prolapso genital, pero pocos estudios han analizado su epidemiología. En uno americano se demostró que el riesgo a lo largo de la vida (hasta los 90 años de edad) de someterse a cirugía por prolapso o incontinencia urinaria en Estados Unidos era de aproximadamente del 10%,⁴ pero solo consideró enfermedades graves.

En otro estudio se encontró una prevalencia de cualquier grado de prolapso uterino del 5% en mujeres entre 20 y 59 años. Considerando solo las mujeres perimenopáusicas (es decir, de edades comprendidas entre 50 y 59 años), la prevalencia de prolapso uterino fue del 8%. Es la disminución de los niveles de estrógeno lo que está asociado a un debilitamiento del piso pélvico.²⁴

Entre los determinantes del riesgo de prolapso genital, los más comunes son edad, multiparidad y sobrepeso,⁵ pero los estudios epidemiológicos son muy escasos. Los principales resultados de este estudio transversal de gran tamaño

indican que el riesgo de prolapso uterino aumenta con la edad y con el número de partos vaginales, y que es mayor en mujeres con sobrepeso. No se encontró ninguna asociación entre la cesárea, antecedente de gestación con feto macrosómico, cirugía pélvica previa, patologías clínicas como diabetes mellitus o patología pulmonar para las tosedoras crónicas.

Las mujeres con obesidad parecen tener mayor riesgo de prolapso uterino, según el estudio de la Asociación de Planificación Familiar de Oxford ³ y el de Timonen⁶.

El presente estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal y que responde a un diseño de casos y controles, se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de distopia genital y con otros diagnósticos ginecológicos, durante el periodo comprendido 01 enero de 2012 al 30 de Mayo de 2013. La recogida de datos no parece estar afectada por el sesgo del recuerdo, puesto que sólo se consideró la información que era fácil de recoger.

Los resultados están de acuerdo con los de estudios anteriores. La edad, el número de partos vaginales, la presencia de patología pulmonar, fueron los determinantes más del prolapso uterino. El antecedente de cirugía pélvica aparece como un factor protector para distopia genital, ya que se consignaron aquellas cirugías con técnicas de soporte o fijación.

En términos biológicos, esto confirma la hipótesis de que el parto vaginal produce un dilatamiento importante del tejido del suelo pélvico y una lesión del nervio pudendo en la mayoría de las mujeres, que como consecuencia puede originar laxitud de los ligamentos pélvicos.^{15,16}

Es probable que la denervación del suelo pélvico y la lesión de las fibras musculares sean los primeros pasos de una vía que lleva al prolapso y a la incontinencia de esfuerzo. La denervación puede progresar con la edad y es posible que se produzca mayor denervación con partos posteriores.¹⁷

Snooks *et al* sugirieron que el sobrepeso era un factor predisponente asociado con una lesión más grave de la inervación del suelo pélvico y, como consecuencia, que originaba incontinencia urinaria y/o anorrectal. También se asoció con la lesión del nervio pudendo, implicando que el paso del feto a través del canal del parto es en sí un factor

importante de daño de la inervación del músculo del suelo pélvico.¹⁹ En este estudio no encontramos ninguna asociación entre los antecedentes del parto de un hijo que pesara 4.000 gramos o más.



CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados con distopia genital en nuestro estudio fueron: multiparidad vaginal ($p= 0.000$ y $OR= 26.3$), patología pulmonar ($p= 0.000$ y $OR = 8.6$) y la edad de la mujer mayor a 50 años ($p= 0.000$ y $OR = 6.1$).

El antecedente de haber tenido una cirugía pélvica con técnicas de suspensión o fijación resulta como un factor protector para distopia genital ($p= 0.005$ y $OR = 0.4$)



RECOMENDACIONES

1. Evitar la obesidad modificando estilos de vida hacia hábitos saludables.
2. Realizar un adecuado tratamiento de presentar patología pulmonar a fin de evitar la tos crónica.
3. Proporcionar un adecuado manejo del climaterio y menopausia.
4. Realizar en forma frecuente ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico, tanto en pacientes perimenopáusicas y en multíparas.
5. Promoción de hábitos de alimentación y estilo de vida saludable por parte del Servicio de Ginecología, a través de charlas, y apoyo visual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams Ginecología.2009 Prolapso de órganos pélvicos. Cap 24. Pag 232 -555.
2. Cervigni M, Natale F, Weir J, Galante L, Panei M, Agostini M, et al. Prospective randomised trial of two new materials for the correction of anterior compartment prolapse: Pelvicol and Prolene Soft. Neurourology and Urodynamics 2005; 24(5/6):585-6.
3. Brubaker L, Cundiff G, Fine P, Nygaard I, Richter H, Visco A, et al. A randomized trial of colpopexy and urinary reduction efforts (CARE): design and methods. Controlled Clinical Trials 2003; 24(5):629-42.
4. McClure LA, Brown MB. A likelihood approach to analyzing clinical trial data when treatments favor different outcomes. Contemporary Clinical Trials 2006; 27(4):340-52.
5. Colombo M, Vitobello D, Proietti F, Milani R. Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. British Journal of Obstetrics &Gynaecology 2000; 107(4):544-51.

6. Culligan P, Blackwell L, Goldsmith J, Rogers A, Heit M. A double-blind, randomized controlled trial comparing solvent-dehydrated cadaveric fascia lata and polypropylene mesh for sacral colpopexy. Proceedings of the International Continence Society (34th Annual Meeting) and the International Urogynecological Association; 2004: 23-27.
7. Culligan PJ, Blackwell L, Goldsmith LJ, Graham CA, Rogers A, Heit MH. A randomized controlled trial comparing fascia lata and synthetic mesh for sacral colpopexy. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 106(1):29-37.
8. Ragni E, Lousguy R, Costa P, Delmas V, Haab F. Risk factors and prevention of genitourinary prolapse. *Progres en urologie*. 2009; 19(13):932-8.
9. Lien YS, Chen GD, Ng SC. Prevalence of and risk factors for pelvic organ prolapse and lower urinary tract symptoms among women in rural Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Nov; 119 (2): 185-8.
10. Weemhoff M, Vergeldt TF, Notlen K, Serroyen J, Kampschoer PH, Roumen FJ. Avulsion of puborectalis muscle and other risk factors for cystocele recurrence: a 2-year follow-up study. *IntUrogynecol J* 2012;23(1):65-71.

11. Obregón Y. Prolapso genital en la maternidad “concepción palacios. Revista de la Facultad de Medicina. 2009; 32(2) : (139-143).
12. Fritel X. Pelvic floor and pregnancy. GynecologieObsetrique and Fertilité 2010;38(5):332-46.
13. Grupo de Estudio Proyecto Menopausia Italia. Factores de riesgo de prolapso genital en mujeres no histerectomizadas cercanas a la menopausia. ReproductiveBiology (Ed. Española) 2001; 1: 226-231.
14. De Ridder D, Claehout F, Verleyen P, Boulanger S, Deprest J. Procine dermis xenograft as reinforcement for cystocele stage III repair: a prospective randomized controlled trial. Neuroulogy and Urodynamics 2004; 23:435-6.
15. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrel DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. Br J ObstetGynaecol.
16. Gandhi S, Kwon C, Goldberg RP, Abramov Y, Beaumont JL, Koduri S, et al. A randomized controlled trial of fascia lata for the prevention of recurrent anterior vaginal wall prolapse. Neuroulogy&Urodynamics 2004; 23(6):558.
17. Kwon C, Goldberg R, Evaston IL, Koduri S, Franklin WI, Gandhi S, et al. Preliminary results of a prospective

randomized trial of tutoplast processed fascia lata to prevent recurrent cystoceles and rectoceles. *The Journal of Urology* 2002; 167:203.

18. Jeng CJ, Yang YC, Tzeng CR, Shen J, Wang LR. Sexual functioning after vaginal hysterectomy or transvaginal sacrospinous uterine suspension for uterine prolapse: a comparison. *Journal of Reproductive Medicine* 2005; 50(9):669-74.
19. Snooks SJ, Swash M, Henry MM, Setchell M. Risk factors in childbirth causing damage to pelvic floor innervation. *Int J Colorectal Dis* 1989; 1:20-4.
20. Culligan Patrick J. Manejo no quirúrgico del Prolapso de órganos Pélvicos. *Obstetrics and Gynecology* 2012; 119: 852-60.
21. Adams E, Thomson A, Maher C, Hagen S. Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2.
22. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2.
23. Maher C, Carey M, Hagen S, Adams EJ. Surgical management of pelvic organ prolapse in women (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2003.
24. Samuelsson EC, Arne Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of

genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. Am J ObstetGynecol 1999; 180:299- 205.



ANEXO N°02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL PACIENTE:.....
FECHA DE INGRESO:.....
EDAD:.....PROCEDENCIA:.....
GRADO DE INSTRUCCIÓN:.....OCUPACIÓN:.....
FECHA DE ALTA:.....

2.-ANTECEDENTES GINECO OBTÉTRICOS:

GESTA:.....PARA:.....
PARTO INSTRUMENTADO: SÍ () NO ()
CIRUGÍA PÉLVICA: SÍ () NO ()
ANTECEDENTE DE FETO MACROSÓMICO: SÍ () NO ()

3.-ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES:

DIABETES: SÍ () NO ()
PATOLOGÍA PULMONAR: SÍ () NO ()
OBESIDAD: SÍ () NO ()
IMC:.....
OTROS:.....
MEDICAMENTOS ACTUALES:.....

4.- EXAMEN FÍSICO:

GRADO DE PROLAPSO:I () I () III () IV ()
CISTOCELE:.....URETROCELE:.....
RECTOCELE:.....
PROLAPSO UTERINO:.....

ANEXO N° 1: DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

	Variables	Indicador	Unidad / Categoría	Escala	fuentes
Distopia Genital	Uretrocele	Grado	I II III	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Cistocele	Grado	I II III	Ordinal	
	Uterocele	Grado	I-IV	Ordinal	
	Rectocele	Grado	I,II, III	Ordinal	
Características sociodemográficas	Edad	Fecha de nacimiento	Años	Razón	
Características Ginecobstétricas	Gestas y paridad	Gestaciones y partos	< de una gestación y parto >de una gestación y parto	Nominal	
	Antecedente de parto vaginal	Dx	Sí/No	Nominal	
	Antecedente de feto macrosómico	Frecuencia	Recién nacido con más de 4000 gramos	Nominal	
	Antecedente de cirugía pélvica	Histerectomía, cura quirúrgica de distopia genital, suspensión y fijación de órganos pélvicos.	Sí, No	Nominal	
Características clínicas	Antecedentes patológicos	Diabetes, patología pulmonar (tosidora crónica)	Sí, no	Nominal	
	Índice de masa corporal	Peso/talla ²	Bajo peso, eutrófico, sobrepeso, obesidad leve, moderada, severa	Ordinal	