

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Comisión Global de Ginecoobstetricia

NOVIEMBRE 2021

Grupo desarrollador Keralty

Equipo Temático

Dr. Juan David Solarte

Residente 3er año
Ginecología y Obstetricia
Fundación Universitaria Sanitas

Dr. Luis Fernando Rodríguez

Ginecología y Obstetricia
Sub especialista en Piso pélvico
Clínica Reina Sofía

Dr. Manuel Antonio Plata

Ginecología y Obstetricia
Sub especialista en Piso pélvico
Clínica Reina Sofía

Dra. Diana Cáceres

Ginecología y Obstetricia
Sub especialista en Piso pélvico
Clínica Reina Sofía

Equipo metodológico

Dra. Liliana Barrero Garzón

Médica Esp. Epidemiología Clínica
Centro de Evaluación de Evidencia para las Decisiones en Salud
Instituto Global de Excelencia Clínica
Presidencia de Salud Keralty

Comisión Global de Ginecoobstetricia

Dr. Joaquín Luna

Jefe Nacional de Ginecoobstetricia
Clínica Colsanitas

Dr. Diego Leyton

Gestor Programa de Control Prenatal
EPS Sanitas

Dr. Herson León

Jefe de Ginecoobstetricia
Clínica Universitaria Colombia

Dra. Carolina Villalba

Jefe Nacional de Salud Pública
Clínica Colsanitas

Dr. Mauricio Herrera

Jefe Medicina Materno Fetal
Clínica Colsanitas

Dra. Victoria López

Gerente de Gestión de Conocimiento
Colsanitas

Dr. Fernando Monsalvo

Jefe Nacional de Ginecología
EPS Sanitas

Dra. Olga Gómez

Instituto Global de Excelencia Clínica
Keralty

Dr. Leonardo Bonilla

Jefe Nacional de Obstetricia
EPS Sanitas

Dra. Nancy Yomayusa

Instituto Global de Excelencia Clínica
Keralty

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración de la presente guía declaran no tener conflictos de interés frente a las recomendaciones clínicas, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones y no hacer parte de grupos profesionales con conflictos de interés.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty en Colombia.

Citación

Este documento debe ser citado como: Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de mujeres con prolapso de órganos pélvicos. Keralty, noviembre 2021.

1. JUSTIFICACIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es una patología benigna y común en las mujeres, que puede o no generar diferentes síntomas como: dolor pélvico, sensación de peso vaginal o abultamiento, disfunción miccional, disfunción sexual y disfunción defecatoria, llevando consigo una angustia física, emocional y de gran impacto financiero para las pacientes y el sistema de salud (1).

Se estima que en Estado Unidos existe un riesgo de por vida del 13% de someterse a una cirugía de corrección de POP, siendo la población de mujeres mayores de 60 años la más afectada, con una tasa de recurrencia de hasta 30% (2). También se ha documentado, que una mujer tiene entre 11% y 19% de posibilidad de tener una disfunción del piso pélvico durante su vida (3).

Dado el envejecimiento de la población y aumento de expectativa de vida se estima que para el año 2030 el número de intervenciones por POP se incrementará hasta en un 35% (4). De lo anterior nace el propósito de esta guía que busca revisar los conceptos más actuales para el diagnóstico y manejo de pacientes con POP basados en la mejor evidencia disponible.

2. OBJETIVO

Establecer recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con prolapso de órganos pélvicos.

Objetivos específicos

- Optimizar los recursos para el diagnóstico de las distopias del piso pélvico.
- Estandarizar conceptos y terminología para los prolapsos de órganos pélvicos.
- Homogeneizar los criterios de tratamiento médico y quirúrgico de los diferentes grados de prolapsos de órganos pélvicos.
- Disminuir las tasas de recurrencia de prolapsos pélvicos.

3. POBLACIÓN OBJETO

Pacientes con sospecha o diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos que serán llevadas a manejo médico o quirúrgico y que estén afiliadas a las empresas de salud Keralty.

4. POBLACIÓN NO CUBIERTA EN LA GUÍA

Esta guía no hace referencia al manejo de pacientes con incontinencia urinaria o fecal de ninguno tipo.

5. USUARIOS DE LA GUÍA

Los usuarios finales de la presente guía serán los profesionales de los diferentes niveles de atención, que intervienen en el algoritmo de decisiones del diagnóstico y manejo de pacientes con prolapso de órganos pélvicos. La guía va dirigida a médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y personal en formación del área médica que estén en contacto con pacientes con dichos diagnósticos.

6. METODOLOGÍA

La construcción de la presente guía de práctica clínica (GPC) fue orientada por el *“Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia del Instituto Global de Excelencia Clínica Keralty, 2020”* (5).

Se conformó un equipo de trabajo compuesto por tres Ginecoobstetras especializados en piso pélvico, un Médico Residente de último año de Ginecoobstetricia y un médico epidemiólogo del Instituto Global de Excelencia Clínica como asesor metodológico, quienes definieron el alcance, objetivos y ocho preguntas clínicas de interés (ver tabla 1).

Tabla 1. Preguntas clínicas que resuelve la GPC:

| | |
|---|---|
| 1 | ¿Cómo se define el prolapso de órganos pélvicos (POP)? |
| 2 | ¿Cuáles son los factores de riesgo para POP? |
| 3 | ¿Cómo se realiza el diagnóstico de un POP? |
| 4 | ¿Cómo se clasifican los prolapsos de órganos pélvicos? |
| 5 | ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico para cada compartimento del prolapso de órganos pélvicos primario? |
| 6 | ¿Cómo manejar las recurrencias de un POP? |
| 7 | ¿Quiénes se benefician del uso de mallas sintéticas para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos? |
| 8 | ¿Cómo dar manejo médico a pacientes que no desean o no pueden ser llevadas a tratamiento quirúrgico por un POP? |

La identificación de evidencia partió de una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) en 11 sitios recopiladores y desarrolladores de GPC (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, , Guidelines International Network), CMA infobase, Guía Salud España, Ministerio de Salud de Chile, CENETEC México, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), New Zealand Guidelines Group, Australian Clinical Practice Guidelines y The American College of Obstetricians and Gynecologists), utilizando el término “prolapso” en inglés o español según la fuente consultada y limitando la búsqueda a los últimos cinco años.

Se preseleccionaron cuatro de siete documentos identificados, por lo que se amplió la búsqueda en Pubmed con la estrategia "Pelvic Organ Prolapse"[Mesh] AND "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] limitada a documentos en inglés y menor de 6 años de publicación, preseleccionando dos de doce documentos identificados. Los seis documentos preseleccionados (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) fueron tamizados (tamización primaria y secundaria) de acuerdo con los criterios del Manual, obteniendo cuatro GPC (**¡Error! No se encuentra el origen de la**

referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.) que fueron evaluadas en su calidad metodológica con el instrumento AGREE II (Ver Tabla 2).

Tabla 2. GPC seleccionadas y evaluación de calidad en dos dominios del instrumento AGREE II.

| Guía de Práctica Clínica | % Calidad AGREE II Dominio 3 | % Calidad AGREE II Dominio 6 |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 2019 NICE - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NG123) | 78% | 75% |
| 2021 SOGC - Surgical management of apical pelvic organ prolapse in women | 76% | 67% |
| 2017 SOGC - Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse | 76% | 63% |
| 2018 AJOG - Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines | 77% | 75% |

La formulación de recomendaciones se realizó a partir de la integración de la evidencia contenida en las GPC seleccionadas (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) y en algunos casos a partir de evidencia reciente proveniente de revisiones sistemáticas, consensos de organismos reconocidos en el manejo de pacientes con prolapso de órganos pélvicos a nivel internacional (ACOG, FIGO), estudios primarios y estudios clásicos considerados relevantes por el equipo de trabajo. El equipo realizó un análisis de la pertinencia y aplicabilidad de las recomendaciones en el contexto local, y elaboró las recomendaciones junto a la síntesis de evidencia. Este documento fue enviado a revisión por la Comisión Global de Ginecoobstetricia, donde cada especialista indicó su aprobación, desaprobación, o algún cambio basado en la evidencia.

Los aportes de los revisores fueron analizados por el equipo de trabajo y se realizaron los respectivos ajustes en el documento.

La actualización de las recomendaciones se realizará en cuatro años o antes si existen cambios en la evidencia científica.

Es responsabilidad de los Jefes de Servicio de las diferentes empresas Keralty divulgar las recomendaciones aquí contenidas y realizar el plan de implementación y seguimiento de la adherencia a las principales recomendaciones clínicas en sus equipos de salud.

7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS

1. *¿Cómo se define el prolapso de órganos pélvicos (POP)?*

El prolapso se define como el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto o intestino) dentro o más allá de la vagina por debilidad o lesión de uno o múltiples compartimentos (anterior, apical y posterior). Este solo debe considerarse patológico si causa síntomas que afecten la calidad de vida de la paciente en cualquier ámbito (social, económico, personal, familiar, conyugal), representados por: sensación de masa o bulto vaginal, incontinencia urinaria, disfunción sexual, dolor pélvico, erosiones vaginales y disfunción intestinal, síntomas que aparecen principalmente en estadios II en adelante (10,12).

2. *¿Cuáles son los factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos?*

Existen múltiples factores de riesgo (FR) estudiados dentro de los cuales se encuentran el tabaquismo, los desórdenes del tejido conectivo, la raza blanca, el sobrepeso, la obesidad, la paridad especialmente por vía vaginal y la edad, siendo los últimos dos los más asociados a POP (**Ver tabla 3**) (13, 14).

La revisión sistemática de Vergeldt y colaboradores, que incluyó 40.501 mujeres, evidenció que el parto vaginal y la multiparidad (3 o más partos) se asoció

estadísticamente con mayor incidencia de POP, al igual que un peso al nacer mayor a 4.500 gramos, la obesidad, la etnia, el estado menopáusico y la historia familiar de prolapso (13).

Espitia de la Hoz en un estudio de casos y controles con 13.824 mujeres, evidenció la histerectomía como un FR para POP, diagnosticándolo en un 68,38% de las pacientes histerectomizadas vs 31,62% de las pacientes no histerectomizadas. Factores de riesgo como diabetes, neumopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron otros factores de riesgo asociados a POP (14).

La suma de varios factores de riesgo aumenta de manera significativa el riesgo de desarrollar POP en algún momento de la vida.

El concepto de una cesárea programada para la prevención de trastornos del piso pélvico es controvertido ya que el solo hecho de estar en embarazo es un FR para POP con un OR de 3,1 (13), el aumento en la actividad de elastina, progesterona y estiramiento de fibras de los músculos elevadores del ano se da desde mucho antes del parto, sumado a los otros FR que interactúan hasta mucho más tarde en la vida como la menopausia, el sobrepeso, la obesidad y demás estilos de vida, hacen que la cesárea por sí sola no se considere costo efectiva para la prevención de POP (15).

Para lo anterior se ha propuesto el uso de un sistema de puntuación (UR-CHOICE) que ayuda a predecir el riesgo de una futura lesión del piso pélvico en el embarazo, evaluando FR como la etnia de la paciente, la edad de nacimiento del primero hijo, el índice de masa corporal, el peso fetal estimado, la altura de la madre, síntomas de incontinencia urinaria antes del embarazo, permitiéndonos seleccionar pacientes que se beneficiarían de una cesárea y no de un trabajo de parto. Sin embargo, aún faltan estudios a largo plazo que validen esta escala para mejorar la atención obstétrica de nuestras pacientes (16,17).

Tabla 3. Factores de riesgo para desarrollar Prolapso de órganos pélvicos

| FACTOR DE RIESGO | DEFINICIÓN | MEDIA DE ASOCIACIÓN |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| Vía del Parto | Parto vaginal vs Cesárea | OR: 5,6 IC 95%: (2,2 - 14,7) |
| Uso de Fórceps | Uso Vs No | OR: 7.5 IC 95%: (2,7- 20,9) |
| Uso de Vacuum | Uso vs No | OR: 0.7 IC 95% (0,4 -1,4) |
| Multiparidad | 3 o más partos | OR: 5.56 IC 95%: (3,29 - 9,40) |
| Peso al nacer | >4.500 g vs ≤4.500 g | OR: 1,3 IC 95%: (0,9 - 1,7) |
| Edad | > de 35 años en el 1er parto | OR: 3,1 IC 95%: (1,4 - 6,6) |
| Obesidad | IMC* > 30 | HR: 1,3 IC 95%: (1,1 - 1,5) |
| Hábito de fumar | de 3 a 20 cigarrillos / día | RR: 2,93 IC 95%: (2,04 - 4,21) |
| Terapia de reemplazo hormonal (TRH) | Exposición vs no exposición | HR: 1,1 IC 95%: (1,0 - 1,3) |
| Etnicidad | Negro vs blanco | HR: 0,5 IC 95%: (0,4 - 0,7) |
| Menopausia | Estado menopáusico | OR: 5,2 IC 95%: (3,4 - 8,0) |
| Historia familiar | Madre/hermana con prolapso | OR: 3,2 IC 95%: (1,1 - 7,6) |
| Histerectomía | Paciente histerectomizada | RR: 5,5 IC 95%: (3,1 - 9,7) |
| Estreñimiento | Estreñimiento vs No | OR: 3,9 IC 95%: (1,4 - 1,19) |
| Trabajo pesado | Trabajo pesado vs No | OR 1,3 IC 95% :(0,9 - 2,0) |
| Otros: | EPOC, diabetes, asma, enfermedades crónicas | OR: 1,1 |
| Factores del piso pélvico | | |
| Defecto del elevador | Unilateral vs no avulsión | OR: 2,8 IC 95%: (1,4 - 5,4) |
| | Bilateral vs no avulsión | OR: 4,0 IC 95%: (1,8 - 9,1) |
| Hiato genital | Área del hiato en Valsalva por c/d cm2 de mas | OR: 1,1 IC 95%: (1,1 - 1,1) |
| Factores quirúrgicos | | |
| Estadio preoperatorio | Estadio III o IV vs estadio I o II | OR: 3,9 IC 95%: (1,2 - 13,0) |
| | Estadio III o IV vs estadio I o II | OR: 2.4 IC 95%: (1,1 - 5,1) |
| | Cirugía POP previa | OR: 1,4 IC 95%: (0,5 - 4,0) |

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. POP: Prolapso de órganos pélvicos.

Fuente: Elaboración propia

3. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de un prolapso de órganos pélvicos?

La evaluación para una mujer con sospecha de POP incluye: historia clínica completa, evaluación de la

gravedad de los síntomas y el examen físico, siendo el aspecto más destacado la adecuada descripción de los síntomas, el grado de molestia y afectación de su calidad de vida (10) (ACOG 2019).

Se debe igualmente evaluar la función miccional incluyendo una evaluación sobre síntomas de incontinencia urinaria tipo esfuerzo o de urgencia y descartar la posibilidad de incontinencia urinaria oculta al reducir el prolapso durante el examen físico.

El uso de urodinamia se recomienda solicitar en los casos de incontinencia urinaria de urgencia o mixta, y no se recomienda de rutina en la incontinencia urinaria de esfuerzos franca (10) (ACOG 2019).

Se debe realizar una evaluación de la función intestinal documentando el uso de laxantes, incontinencia fecal, vaciado rectal incompleto, de igual manera si presenta trastornos de disfunción sexual relacionado con el prolapso (10) (ACOG 2019).

El uso de ecografía pélvica transvaginal no se recomienda de rutina para el diagnóstico de POP (7,10) (NICE, ACOG 2019).

4. ¿Cómo se clasifican los prolapsos de órganos pélvicos?

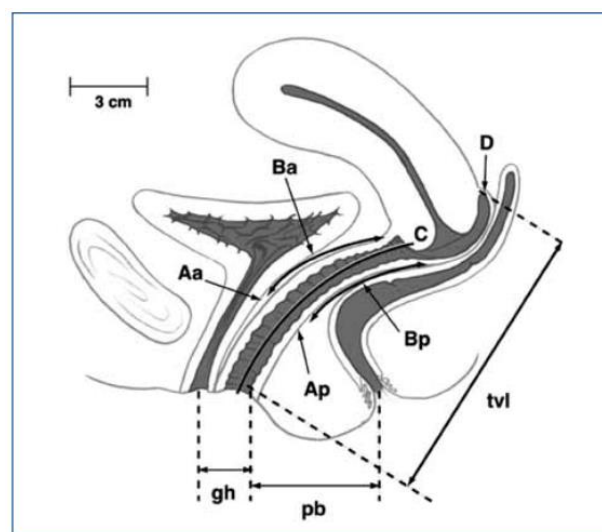
Se recomienda el examen físico como la herramienta que permite clasificar el estadio de un prolapso de órgano pélvico. Este se debe realizar con la paciente en posición de litotomía y de pie, con el uso de un espejo dividido, usando la valva posterior para examinar el compartimento apical y anterior (ápice y pared vaginal anterior) y con la misma valva examinar el compartimento posterior (pared vaginal posterior). El examen físico de una sospecha de POP se debe realizar siempre con la paciente en maniobras de valsalva (pujo sostenido, tos o ambas). *Opinión de Expertos de Clínica*

Se recomienda utilizar el sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POP-Q) desarrollado por Baden en 1996, antes de realizar un tratamiento médico o quirúrgico para tener una evaluación objetiva que permita comparar con los resultados pos tratamiento (Ver Figura 1), (10) (ACOG 2019).

Este sistema de cuantificación define nueve puntos medidos en la línea media y en relación con el himen, siempre evaluados durante la valsalva máxima, a excepción de la longitud vaginal total (TVL).

El punto Aa, se define como 3 cm proximal al meato uretral externo; Ba, la porción más prolapsada de la pared vaginal anterior; C, borde del cuello uterino o de la cúpula vaginal; gh, desde la mitad del meato uretral hasta la línea media del himen posterior; pb, desde la mitad del himen posterior hasta la mitad de la abertura anal; tvl, profundidad máxima de la vagina con prolapso reducido; Ap, 3 cm proximal al himen posterior; Bp, porción más prolapsada de la pared vaginal posterior; D, fondo de saco posterior en una mujer con cuello uterino (10) (ACOG 2019).

Figura 1. Sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POP-Q)



Esquema de los 9 sitios de medición: puntos A y B (Aa, Ba, Ap, Bp, C y D) donde (a) es anterior y (p) posterior. Las medidas de referencia: gh (hiato genital), pb (cuerpo perineal) y tvl (longitud vaginal). Tomado de: ACOG 2019 (10).

Tabla de los 9 puntos de medición durante el examen físico de una paciente con POP.

| | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| pared anterior Aa | pared anterior Ba | cuello uterino o manguito vaginal C |
| hiato genital gh | cuerpo perineal pb | longitud vaginal total tvL |
| pared posterior Ap | pared posterior Bp | fondo de saco posterior D |

De acuerdo con el sistema anterior, el POP se clasifica según el punto de máximo descenso, clasificándolo así (19):

- Estadio 0: los puntos Aa, Ap, Ba y Bp se encuentran máximo a-3 cm, del introito vaginal; además cualquier punto C o D no desciende más allá de 2 cm por debajo de la TVL.
- Estadio I: no se satisfacen los criterios de etapa 0 y el punto de más descenso del prolapso se encuentra máximo a-1 cm del introito vaginal.
- Estadio II: el punto de guía del prolapso se ubica por lo menos a-1 cm, pero no más de +1 cm del introito vaginal
- Estadio III: el punto de guía del prolapso es mayor de + 1 cm, pero no desciende más allá de 2 centímetros menos de la TVL.
- Estadio IV: el punto de guía del prolapso se localiza por debajo de la Etapa III, es decir, más allá de la TVL menos 2 cm, en otras palabras, un prolapso completo (10) (ACOG 2019).

5. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico para cada compartimento del prolapso de órganos pélvicos primario? (ACOG 2019)

El manejo quirúrgico solo está indicado para el tratamiento de POP en pacientes que refieran síntomas y que han rechazado el manejo médico o no lo desean. Existen vías de abordaje abdominal y vaginal con diferentes consideraciones clínicas para cada paciente, como el sitio de lesión, estadio clínico, gravedad del prolapso, comorbilidades de la paciente, riesgo de recidiva, experiencia del cirujano y las preferencias del paciente (10) (ACOG 2019). El tratamiento quirúrgico se puede realizar mediante el uso de tejido nativo o el uso de material protésico.

- **Reparo Compartimento Anterior:**

Es el compartimento más afectado y con mayor recidiva, con tasa de re intervención de hasta el 29% de las pacientes (20), basado en lo anterior podemos dividir el manejo en dos grupos, procedimientos con tejido nativo y procedimientos con mallas.

Tejido nativo: Se sugiere el uso de tejido nativo como la opción quirúrgica ideal para la mayoría de las mujeres con POP primarios (7,9). (NICE, SOGC)

Las reparaciones por compartimento con tejido nativo se realizan sin el uso de mallas sintéticas y la idea central del reparo quirúrgico es dejar las estructuras de forma ortotópica, eso significa, en su sitio de origen e inserción sin importar la vía quirúrgica que se elija vaginal o abdominal (21).

La colporrafia anterior busca lograr la corrección del defecto anterior reconstruyendo la fascia endopélvica de suspensión anterior, fundamentada en la identificación adecuada del defecto (central, transversal o paravaginal) obteniendo una corrección sitio específica, haciéndola el manejo indicado para defectos de compartimento anterior. El uso de injertos biológicos en la reparación vaginal del prolapso de la pared anterior proporciona un beneficio mínimo en comparación con la reparación del tejido nativo (20).

Corrección con colocación de malla:

Se sugiere el uso de mallas (el más frecuente monofilamento de polipropileno) en casos con factores de riesgo significativos de recurrencia (avulsión del elevador del ano, debilidad del piso pélvico, prolapso estadio III a IV) o en pacientes con recidiva de POP buscando la reconstrucción de la fascia endopélvica anterior creando neofascias, se recomienda la no colocación de malla en pacientes con dolor pélvico crónico como una contraindicación relativa (9,11). (SOGC, IUGA)

El uso de mallas vs tejido nativo de pared vaginal anterior mejora los resultados anatómicos y algunos subjetivos de las pacientes, pero se asocia con mayor morbilidad, mayor tiempo operatorio, mayor pérdida de sangre y riesgo de exposición de la malla en hasta el 12%, requiriendo re intervención en el 8% de las pacientes (22,23).

- **Reparo Compartimento Posterior:**

Los trastornos del compartimento posterior presentan afectación de la fascia rectovaginal. El objetivo de esta reparación es mejorar los síntomas rectales como sensación de masa, disfunción evacuatoria rectal, urgencia defecatoria y constipación.

Se recomienda la realización de una colporrafia posterior incidiendo la mucosa vaginal posterior, identificando la fascia, plicando la misma hacia la línea media y re insertándola al nivel más apical (cérvix o cúpula vaginal) logrando tasa de éxito de hasta el 83%. La miorrafia de los músculos elevadores no se recomienda de rutina dado el incremento de dispareunia post operatoria (10,24) (ACOG 2019).

No se sugiere el uso de mallas para la reparación del prolapso de la pared vaginal posterior (7,9,10) (NICE, SOGC, ACOG 2019).

El uso de malla sintética o injertos biológicos en la reparación del compartimento posterior no mejora los resultados y si presenta un aumento de las complicaciones como exposición de la malla (22).

Perineorrafia:

Se recomienda la reconstrucción del cuerpo perineal con la corrección de desgarros en los músculos transversos superficiales y bulbo cavernoso en pacientes con hiato genial amplio, mejorando así el sostén del compartimento posterior, recuperando la inserción distal de la fascia rectovaginal y disminuyendo la tasa de recidiva (10,11). (ACOG 2019, IUGA)

- **Reparo Compartimento Apical:**

Existe evidencia controversial sobre la reparación del compartimento apical con o sin preservación del útero. Sin embargo, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y el nivel de experiencia del equipo quirúrgico de la institución, se sugiere ofrecer (7,811):

- Histerectomía vaginal con suspensión de ligamentos uterosacros.
- Cirugía de Manchester
- Obliteración vaginal o Colpocleisis
- Sacrocolpopexia abierta o laparoscópica

La técnica de histerectomía vaginal sigue vigente como manejo de prolapsos apicales independiente del estadio en que se encuentre la paciente, debido al corte de los ligamentos cardinales y uterosacros, se recomienda a los cirujanos la re inserción de estas estructuras para la corrección y prevención de prolapsos (25). Se han descrito múltiples técnicas para la colposuspensión tanto por vía vaginal como abdominal (suspensión sacroespinal, ileococcigea o McCall). Se recomienda para pacientes jóvenes o pacientes con vida sexual activa la suspensión al sacro por vía abdominal o laparoscópica con malla de polipropileno, o la suspensión al ligamento sacroespinal por vía vaginal. Ambas técnicas muestran porcentaje de éxito y complicaciones similares por lo que la decisión final se dará por la experticia del cirujano tratante (25-27).

La amputación cervical como parte de la técnica de Manchester propuesta por Archibald Donald en 1888 se ha modificado de tal forma que no se desinserten los ligamentos uterosacros, sino que sean plicados logrando así obtener una mayor TVL como lo propone De Boer y col (28). Las cirugías de prolapso con preservación del útero mejoran los tiempos en quirófano, la pérdida de sangre y el riesgo de exposición de la malla en comparación con rutas quirúrgicas similares con histerectomía concomitante y no cambian significativamente los resultados en cuanto a recidiva anatómica y subjetiva. Se recomienda a los cirujanos ofrecer la preservación uterina idealmente para estadios I o II del sistema de estadificación POP-Q como una opción para las mujeres adecuadas (por ejemplo, bajo riesgo de cáncer de cuello uterino o endometrial) que deseen este manejo durante la reparación del prolapso apical (6).

En las pacientes sin vida sexual activa o con un alto riesgo quirúrgico por sus comorbilidades se recomiendan técnicas quirúrgicas de obliteración vaginal (Colpocleisis u operación de Lefort), cuyo fin es la resolución definitiva del prolapso mediante una técnica rápida y de poca morbilidad (29).

En el manejo del prolapso apical de cúpula vaginal, se recomienda la sacrocolpopexia con malla de polipropileno, pues se asocia con menor recurrencia que la fijación sacroespinal y la suspensión del ligamento uterosacro vaginal. La sacrocolpopexia laparoscópica se asocia con un mayor éxito objetivo que la reparación con sling apical vaginal sin embargo la cura subjetiva es similar, la conducta dependerá de la experticia del cirujano (11).

6. *¿Cómo manejar la recurrencia de un prolapso de órganos pélvicos?*

De acuerdo con la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) se recomienda evaluar los factores de riesgo asociados con mayor recurrencia de recidiva:

- Lesión por avulsión del elevador
- Debilidad de los músculos del piso pélvico
- Hiato genital amplio

- Etapa avanzada de prolapso.
- La falta de identificación y tratamiento de todos los defectos del suelo pélvico en el momento de la cirugía primaria, especialmente del compartimento apical (11).

Se recomienda realizar la cirugía de corrección de recurrencia abordando todos los defectos del piso pélvico haciendo énfasis en el compartimento apical para el prolapso avanzado del compartimento anterior y posterior (11).

Se recomienda el uso de malla vaginal con sling apical para compartimento apical ya que se asocia con menos fallas, sin embargo, es necesario tener en cuenta sus complicaciones y explicarlas al paciente.

Se sugiere el uso de malla de polipropileno en la reparación de la pared vaginal anterior pues se asocia con menor tasa de fracaso objetivo, aunque sin mejoría en el resultado subjetivo, pero con el riesgo de complicaciones asociados a la malla.

Para el prolapso del compartimento posterior, la plicatura de fascias y la reparación por vía vaginal se asocia con una menor recidiva que por la vía transanal, no se recomienda el uso de mallas en este compartimento (7,9,10,11). (NICE, SOGC, ACOG 2019, IUGA).

La elección del tratamiento debe basarse en una evaluación minuciosa de la paciente y después de discutirla a la luz de los beneficios y riesgos de cada técnica quirúrgica.

7. *¿Quiénes se benefician del uso de mallas sintéticas para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos?*

Se recomienda el uso de mallas sintéticas restringido a pacientes con alto riesgo de recidiva (pacientes con prolapso recurrente, tos crónica, presión abdominal crónicamente elevada, trastornos del colágeno entre otros) (30).

Se sugiere explicar a las pacientes los beneficios y riesgos de la cirugía con malla en comparación con las opciones no quirúrgicas o sin el uso de malla (30).

Dentro de las complicaciones asociadas al uso de mallas están la infección, erosión, contracción, granuloma, colecciones y dispareunia con una frecuencia de aparición del 5% a 18%, las cuales tienen un manejo conservador dado por observación en un periodo de 3 a 6 meses con o sin aplicación de estrógenos tópicos vaginales. La dosis de estrógenos en caso de no estar contraindicada es 1 gr cada noche por 2 semanas y luego 3 veces por semana por 3 a 6 meses, de ser fallido el manejo médico se indicará la remoción parcial o completa de la malla (31).

La importancia de la experiencia de los cirujanos para obtener óptimos resultados a largo plazo con el uso de materiales sintéticos es una declaración relativamente común en las asociaciones científicas.

8. ¿Cómo dar manejo médico a pacientes que no desean o no pueden ser llevadas a tratamiento quirúrgico por un POP?

El manejo médico para pacientes no candidatas a tratamiento quirúrgico reconstructivo u obliterativo o que no desean la intervención quirúrgica, se basa en el uso de pesarios y/o rehabilitación del piso pélvico.

Se recomienda el uso de pesarios como manejo médico siempre asociado a cambios en el estilo de vida como disminución de peso, cese del tabaquismo, uso de estrógenos tópicos vaginales y manejo adecuado de sus patologías de base que sean promotoras del POP (32).

El American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) recomienda un seguimiento cada 3 a 4 meses en pacientes con dificultad para su colocación y retiro. Para pacientes que si logran cumplir este requisito el seguimiento puede hacerse semestral (10).

Se han reportado tasas de éxito hasta del 92% en pacientes con uso de pesarios medidos por escalas de calidad de vida. Su indicación se recomienda principalmente en estadios II y III con pesario tipo anillo o dona y en estadio IV tipo Gellhorn (figura 2). En el 2 a 9% de las usuarias puede presentarse excoriaciones o erosiones que deben ser manejadas con el retiro del pesario y estrógenos tópicos por 2 a 4 semanas, junto con cremas vaginales medicadas de uso corriente en ginecología (10,33).

Se prefiere el uso de la rehabilitación de piso pélvico en estadios tempranos < II del POP-Q donde se ha evidenciado mejores tasas de curación o mejoría y poca evidencia en estadios avanzados, con el objetivo de fortalecer los músculos del piso pélvico, siendo de mejor apoyo como manejo complementario en el post operatorio de correcciones del piso pélvico, cuyos resultados no deben ser medidos antes de 12 semanas (10,34,35).

Figura 2. Modelos de pesarios. A) Anillo B) Anillo de Incontinencia C) Anillo con membrana D) Donut E) Dish F) Gellhorn G) Cubo.



Tomado de: Ralph T, Constanza. Uso de pesarios en mujeres menores de 65 años con diagnóstico de prolapso de órganos pelvianos (**Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

8. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

En la evolución de los pacientes, se tienen en cuenta una serie de parámetros, que van a permitir el egreso de la institución:

- Dolor leve referido por la paciente
- Sangrado vaginal escaso

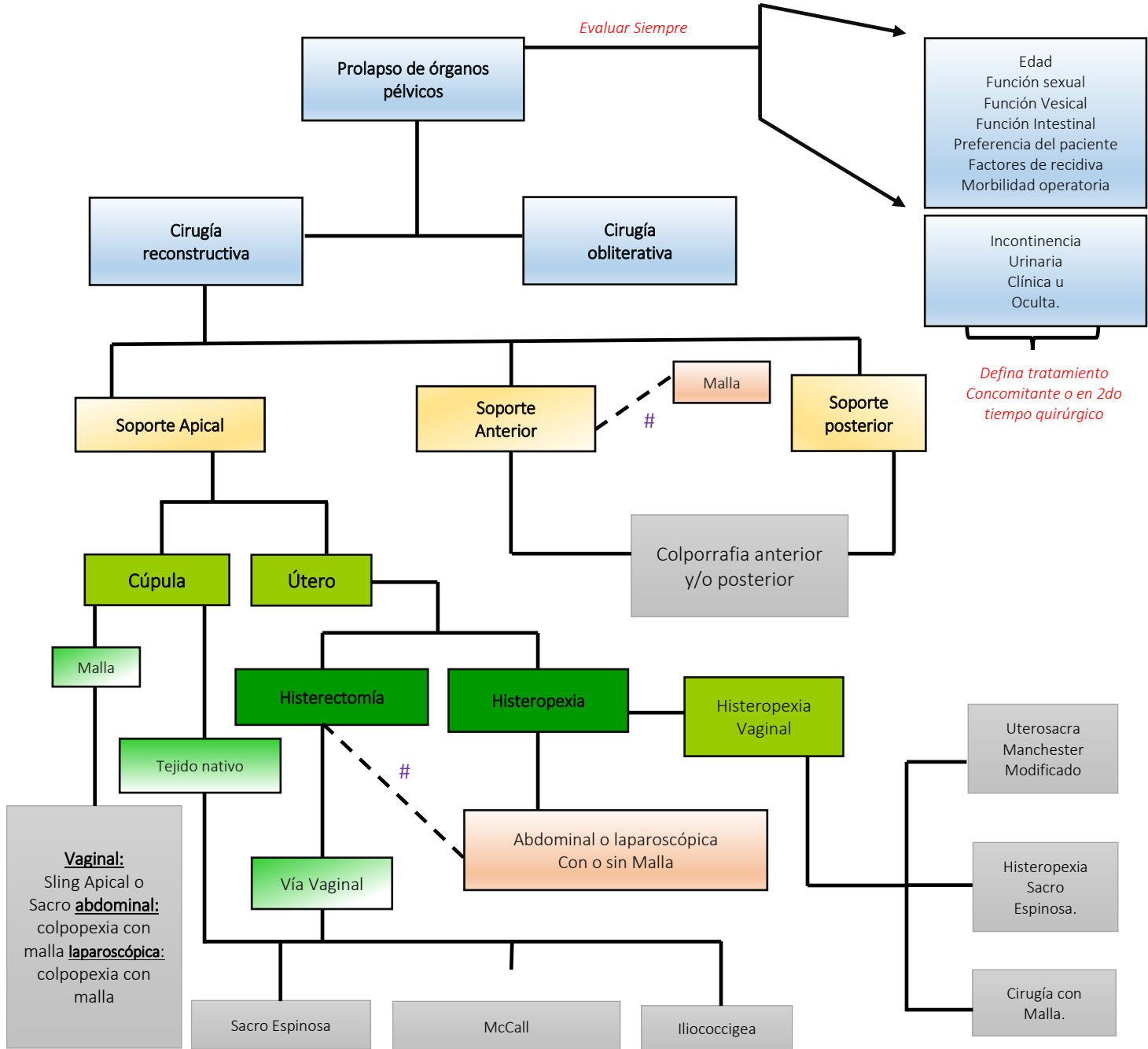
- Diuresis espontánea
- Tolerancia a la vía oral
- Deambulación espontánea sin signos de ortostatismo
- Estabilidad hemodinámica
- No fiebre

9. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y CUIDADORES

- Explicar a la paciente la toma de medicamentos formulados al egreso, generalmente analgésicos y, si aplica, el adecuado uso de medias anti embolicas o anticoagulación profiláctica.
- Dar las indicaciones nutricionales postoperatorias con ingesta abundante de líquidos y alimentos ricos en fibra para evitar constipación.
- Recomendar no realizar actividad física hasta nueva orden de ginecólogo tratante, evitar largos periodos de quietud en casa.
- Informar al paciente sobre los signos de alarma que motiven nuevo control por urgencias: alza térmica cuantificada $>38^{\circ}$, sangrado masivo con compromiso hemodinámico, fetidez en la secreción genital, distensión abdominal, vómito, diarrea, dificultad para orinar, dificultad respiratoria súbita, dolor y edema unilateral de pantorrillas que impida deambulación.
- Indicar la fecha de cita control por consulta externa.
- Explicar el aseo y manejo de la cicatriz quirúrgica.

10. DIAGRAMA DE FLUJO

Diagrama de flujo tratamiento quirúrgico del prolapso genital



(#) Valorar riesgo beneficio.

Tomado y modificado de: Maher et al. Surgical management of pelvic organ prolapse (iError! No se encuentra el origen de la referencia.).

11. REFERENCIAS

1. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol.* 2014 Jun; 123(6):1201-1206. Doi: 10.1097/AOG.0000000000000286. PMID: 24807341; PMCID: PMC4174312.
2. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014 Jan; 123(1):141-148. doi: 10.1097/AOG.0000000000000057. PMID: 24463674; PMCID: PMC3970401.
3. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2010 Nov; 116(5):1096-100. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f73729. PMID: 20966694.
4. Kirby AC, Lubner KM, Menefee SA. An update on the current and future demand for care of pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Dec; 209(6):584.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.09.011. Epub 2013 Sep 11. PMID: 24036399.
5. Barrero L, Mendivelso F, Barrera A, Castelblanco D, Potes D. Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia en Keralty. Comisión Global de Evaluación de Evidencia en Salud Keralty. Colombia, diciembre 2020.
6. Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, Grimes CL, Sleemi A, Singh R, Dieter AA, Crisp CC, Rahn DD. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Aug; 219(2):129-146.e2. Doi: 10.1016/j.ajog.2018.01.018. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29353031.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Last updated 24 June 2019.
8. Geoff ion R, Barouche M. Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021 Apr; 43(4):511-523.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2021.02.001.
9. Larouche M, Geoffrion R, Walter JE. No. 351-Transvaginal Mesh Procedures for Pelvic Organ Prolapse. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017 Nov;39(11):1085-1097. doi: 10.1016/j.jogc.2017.05.006.
10. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstet Gynecol.* 2019 Nov;134(5):e126-e142. doi: 10.1097/AOG.00000000000003519.
11. Ismail S, Duckett J, Rizk D, Sorinola O, Kammerer-Doak D, Contreras-Ortiz O, Al-Mandeel H, Svabik K, Parekh M, Phillips C. Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion. *Int Urogynecol J.* 2016 Nov; 27(11):1619-1632. Doi: 10.1007/s00192-016-3076-7. Epub 2016 Jul 5. PMID: 27379891.
12. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-7. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70243-0. PMID: 8694033.
13. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2015 Nov; 26(11):1559-73. doi: 10.1007/s00192-015-2695-8. Epub 2015 May 13. PMID: 25966804; PMCID: PMC4611001.
14. Espitia de la Hoz, F.J. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. *Urología Colombiana*, 2015; 24(1):12–18. doi.org/10.1016/J.UROCO.2015.03.003
15. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011 Oct;118(4):777-84. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182267f2f. PMID: 21897313; PMCID: PMC3178744
16. Giarenis I, Robinson D. Prevention and management of pelvic organ prolapse. *F1000Prime Rep.* 2014 Sep 4;6:77. doi: 10.12703/P6-77. PMID: 25343034; PMCID: PMC4166938.
17. Wilson D, Dornan J, Milsom I, Freeman R. UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J.* 2014 Nov;25(11):1449-52. doi: 10.1007/s00192-014-2376-z. Epub 2014 Apr 17. PMID: 24740445.
18. DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 May;192(5):1488-95. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.028.
19. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaer GN, Withagen MI. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016 Feb;27(2):165-94. doi: 10.1007/s00192-015-2932-1. PMID: 26755051.

20. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Dec;185(6):1299-304; discussion 1304-6. doi: 10.1067/mob.2001.119081. PMID: 11744900.
21. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, Cheong C, Consten ECJ, Cooper KG, Deffieux X, Dietz V, Gutman RE, van Iersel JJ, Nager CW, Sung VW, de Tayrac R. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric.* 2019 Jun;22(3):229-235. doi: 10.1080/13697137.2018.1551348. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30572743.
22. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 9;2(2):CD012079. doi: 10.1002/14651858.CD012079. PMID: 26858090; PMCID: PMC6489145.
23. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 30;11(11):CD004014. doi: 10.1002/14651858.CD004014.pub6. PMID: 27901278; PMCID: PMC6464975.
24. Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013 Nov;24(11):1835-41. doi: 10.1007/s00192-013-2174-z. PMID: 24142058.
25. Betschart C, Cervigni M, Contreras Ortiz O, Doumouchtsis SK, Koyama M, Medina C, Haddad JM, la Torre F, Zanni G. Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report. *Neurourol Urodyn.* 2017 Feb;36(2):507-513. doi: 10.1002/nau.22916. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26485226.
26. Morgan DM, Larson K. Uterosacral and sacrospinous ligament suspension for restoration of apical vaginal support. *Clin Obstet Gynecol.* 2010 Mar;53(1):72-85. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181cf2d51. PMID: 20142645.
27. Alas AN, Anger JT. Management of apical pelvic organ prolapse. *Curr Urol Rep.* 2015 May;16(5):33. doi: 10.1007/s11934-015-0498-6. PMID: 25874589.
28. Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. The Manchester procedure versus vaginal hysterectomy in the treatment of uterine prolapse: a review. *Int Urogynecol J.* 2017 Jan;28(1):33-40. doi: 10.1007/s00192-016-3100-y. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27485234.
29. Rosenblatt P. LeFort colpocleisis: where does this procedure fit in today? *Menopause.* 2016 Jun;23(6):591-2. doi: 10.1097/GME.0000000000000666. PMID: 27093618.
30. Ugianskiene A, Davila GW, Su TH; FIGO Urogynecology and Pelvic Floor Committee. FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Nov;147(2):147-155. doi: 10.1002/ijgo.12932. Epub 2019 Aug 20. PMID: 31353463.
31. Marcus-Braun N, von Theobald P. Mesh removal following transvaginal mesh placement: a case series of 104 operations. *Int Urogynecol J.* 2010 Apr;21(4):423-30. doi: 10.1007/s00192-009-1050-3. PMID: 19936589.
32. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD003882. doi: 10.1002/14651858.CD003882.pub4. PMID: 22161382.
33. Espitia De La Hoz, FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. *MÉD UIS.* 2015; 28(3):309-15. doi: org/10.18273/revmed.v28n3-2015005
34. Allon EF. The role of neuromuscular electrical stimulation in the rehabilitation of the pelvic floor muscles. *Br J Nurs.* 2019 Aug 8;28(15):968-974. doi: 10.12968/bjon.2019.28.15.968. PMID: 31393761.
35. Zhang FW, Wei F, Wang HL, Pan YQ, Zhen JY, Zhang JX, Yang KH. Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials. *Neurourol Urodyn.* 2016 Aug;35(6):666-74. doi: 10.1002/nau.22784. Epub 2015 May 1. PMID: 25932625.
36. Ralph T, Constanza, Ivanovic-Zuvic S, Danisa, Blümel M, Bernardita, Gonzalez L, Silvana, & Pizarro-Berdichevsky, Javier. (2014). Uso de pesarios en mujeres menores de 65 años con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos: estudio de factibilidad. *Revista chilena de obstetricia y ginecología,* 79(3), 161-165. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000300003>
37. CF Maher, KK Baessler, MD Barber, C. Cheong, ECJ Consten, KG Cooper, X. Deffieux, V. Dietz, RE Gutman, JJ van Iersel, CW Nager, VW Sung y R. de Tayrac (2019) Manejo quirúrgico de prolapso de órganos pélvicos, *climaterio,* 22: 3, 229-235, DOI: 10.1080 / 13697137.2018.1551348