

# PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

## Clínica y exploración POP-Q.

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Sara García Pombo	María Isabel Valdivia Jiménez	Febrero 2024
Sonia Prados López	Mariña Naveiro Fuentes	Fecha revisión
		29 febrero 2024

### INTRODUCCIÓN

La definición de prolapso de órganos pélvicos (POP), según la terminología de la clasificación ICS/IUGA (International Continence Society-International Urogynecological Association), es «el descenso de uno o más» de los elementos anatómicos que conforman la cavidad vaginal: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero o cúpula vaginal en las mujeres con histerectomía previa.

Los defectos anatómicos que presentan las mujeres con POP se asocian a menudo a distintas disfunciones del tracto urinario inferior (TUI), anorrectales y sexuales. Las disfunciones del TUI más frecuentes son la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la incontinencia urinaria de urgencia, la vejiga hiperactiva sin incontinencia o síndrome de urgencia-frecuencia, y la disfunción del vaciado vesical.

La realización de Guía de Asistencia Práctica sobre prolapsos de órganos pélvicos pretende contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y a homogenizar la evaluación en consulta y clasificación de dicha patología, presentando métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas para ello.

En el año 1996 la introducción del *“Pelvic Organ Prolapse Quantification System”* o POP-Q de la *International Continence Society (ICS)*, estandarizó la forma en que se evalúa clínicamente el prolapso Genital. Sin embargo, su introducción en la práctica clínica diaria no fue fácil. En el año 2004, 8 años tras su introducción, sólo un 40% de los miembros de la ICS y la *American Urogynecologic Society (AUGS)* lo utilizaban en su práctica clínica habitual y sólo un 60% en el contexto de la investigación. En la actualidad, se estima que existe un importante grupo de especialistas que aún no se sienten familiarizados con esta clasificación. Una explicación a este fenómeno se puede encontrar en lo complejo que inicialmente resulta su aplicación para la mayoría de los ginecólogos, lo que ha motivado el desarrollo de versiones simplificadas del **POP-Q**. A pesar de ello, ésta es la clasificación

más utilizada en la actualidad para la evaluación de esta patología, la cual ha permitido estandarizar los estadios del prolapso en la literatura internacional.

## EPIDEMIOLOGIA

El prolapso genital es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general. En un 3 a 6% de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales llega o desciende por debajo del himen, y la necesidad de cirugía oscila entre el 10 a 20%. Todo esto implica un fuerte impacto en la calidad de vida de estas mujeres en lo social y en lo económico.

Existen diferentes factores de riesgo relacionados con las disfunciones del suelo pélvico, siguiendo la clasificación de Bumb y Norton se diferencian:

- Factores predisponentes: raza (*mujeres afroamericanas tienen menor prevalencia de POP sintomático*), variaciones anatómicas (*extrofia vesical*) o colágeno (*síndrome de Ehlers-Danlos*).
- Factores iniciadores: parto vaginal, cirugía pélvica (*el riesgo va a depender de la edad, si hay prolapso en el momento de la histerectomía y del abordaje quirúrgico*) o radioterapia.
- Factores favorecedores: déficit estrogénico (*los receptores estrogénicos se encuentran en estructuras clave de soporte pélvico*), ejercicio físico de impacto, sobrepeso u obesidad (IMC > 25) o presión intraabdominal elevada (*estreñimiento o tos crónica*).
- Factores descompensadores: comorbilidades, tratamiento farmacológico o edad avanzada.

## CLÍNICA

El prolapso de órganos pélvicos en su estadio inicial es con frecuencia asintomático, siendo un hallazgo casual durante la exploración ginecológica por otro motivo. La sintomatología asociada al prolapso es muy variada, pudiéndose agrupar en:

- a. Síntomas de prolapso:
  - Ver o sentir un bulto en vagina.
  - Presión o pesadez en pelvis o vagina.
- b. Síntomas urinarios:
  - Incontinencia urinaria de esfuerzo y/o urgencia.
  - Aumento de la frecuencia miccional diurna.
  - Nocturia.
  - Dificultad para el inicio de la micción.
  - Sensación de vaciado incompleto.
  - Necesidad de reducción manual del prolapso o cambio de posición para iniciar o completar la micción.
- c. Síntomas ano-rectales:
  - Incontinencia de gases o heces.

- Sensación de vaciado incompleto.
  - Gran esfuerzo para defecar.
  - Urgencia defecatoria.
  - Necesidad de ayuda digital (presionar en vagina o periné) para iniciar o completar la evacuación.
  - Sensación de obstrucción durante la defecación.
- d. Síntomas sexuales: dispareunia, sequedad vaginal, disminución de la sensibilidad o disminución del deseo u orgasmo.
- e. Dolor: dolor en la vagina, vejiga o recto, dolor pélvico o lumbar.

## DIAGNÓSTICO. EXPLORACIÓN POP-Q

Para una correcta evaluación del POP se debe realizar una anamnesis y una exploración física detallada. Las disfunciones del suelo pélvico cursan frecuentemente, como ya se ha mencionado, de forma asociada, por ello, en algunas ocasiones, se requerirán otras pruebas complementarias.

### ANAMNESIS

La anamnesis inicial deberá incluir los antecedentes personales y los diferentes factores de riesgo que puedan favorecer la aparición de un prolapso. También debemos identificar aquellos síntomas específicos del POP, así como los de otras disfunciones del suelo pélvico con las que con frecuencia se asocian. Se debe investigar el tiempo de evolución de la clínica, la severidad y la afectación de la calidad de vida de las pacientes. Además, se deben recopilar los tratamientos que la paciente ha realizado previamente.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Una correcta exploración física del POP incluye:

- Inspección de las áreas vulvar, perineal y perianal; identificando la presencia de desgarros perineales o cicatrices.
- Exploración ginecológica de los genitales internos.
- Exploración sistemática de las paredes vaginales con espéculo desarticulado o valvas vaginales (retractor de Sims), estableciendo los tipos y estadios del prolapso mediante el *sistema de cuantificación de POP-Q*, así como, el trofismo vaginal.
- Test de esfuerzo para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo que pueda estar asociada al prolapso. Posteriormente, se repetirá el procedimiento con el prolapso reducido para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta.
- Valoración del tono, la capacidad contráctil y los posibles defectos y asimetrías de los músculos elevadores del ano.

- Exploración ano-rectal.

#### Exploración mediante la clasificación de Baden

Es una de las clasificaciones más utilizadas en la *práctica clínica habitual*, y la mayor parte de los ginecólogos estamos familiarizados con ella, pero le falta reproductibilidad y especificidad. Utiliza la nomenclatura clásica de cistocele, uretrocele, prolapso uterino o de cúpula vaginal, rectocele y enterocele, para definir el órgano que se encuentra prolapsado en cada caso. El **cistocele** es el descenso de la vejiga, el **uretrocele** es el descenso de la uretra, el **rectocele** se corresponde con el descenso del recto. El **prolapso uterino** es el descenso del útero. El **prolapso de la cúpula vaginal** es el descenso de la cúpula vaginal en pacientes histerectomizadas. El **enterocele** se correspondería con el descenso del fondo de saco de Douglas donde con frecuencia se incluyen asas intestinales.

Divide el prolapso en cuatro grados y toma como punto de referencia el himen:

- Grado I: el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen.
- Grado II: el compartimento prolapsado está a la altura del himen.
- Grado III: el compartimento prolapsado sobrepasa el himen.
- Grado IV: prolapso total del compartimento.

#### Exploración mediante el sistema Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q).

El Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q) está constituido por un conjunto ordenado de valores que permiten una descripción precisa del soporte pélvico sin necesidad de establecer un grado de severidad. Facilita la evaluación de la estabilidad o progresión del prolapso y está estandarizado y aprobado por diferentes asociaciones internacionales.

El POP-Q está basado en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto de referencia, el himen (*Imagen 1*). Estas medidas se expresan en centímetros e irán precedidas de un signo negativo “-” si el punto se encuentra proximal o por encima del himen; o de un signo positivo “+” cuando el punto está distal o por debajo del himen. Si la posición de estos puntos coincide con el plano del himen se le asigna un valor de 0. También se pueden utilizar incrementos de 0,5 cm, si es clínicamente útil.

Los *puntos vaginales* son los siguientes:

- Punto **Aa**: se trata de un punto fijo localizado en la línea media de la pared vaginal anterior a 3 cm del meato uretral externo. Su valor oscila entre -3 y + 3 cm.
- Punto **Ba**: se trata de un punto que no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa.
- Punto **Ap**: se trata de un punto fijo localizado en la línea media de la pared vaginal posterior a 3 cm del himen.
- Punto **Bp**: se trata de un punto que no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal posterior y el punto Ap.
- Punto **C**: es el punto más distal del cérvix o de la cúpula vaginal en pacientes histerectomizadas.

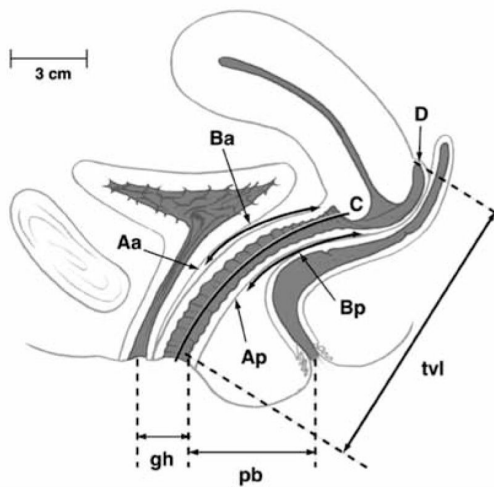
- Punto **D**: es el punto más distal del fórnix vaginal posterior o fondo de saco de Douglas. Este punto solo se mide en pacientes con cérvix uterino. La medición de este punto distingue entre insuficiencia suspensoria del ligamento útero-sacro-cardinal o prolapso uterino y la elongación cervical (ésta última, si el punto C es significativamente más positivo que el punto D).

El POP-Q también incluye otras medidas que nos describen la *anatomía del suelo pélvico*:

- El hiato genital (**gh**): se mide desde la línea media del meato uretral externo hasta la línea media posterior del himen.
- El cuerpo perineal (**pb**): se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la mitad del orificio anal.
- La longitud vaginal total (**tvI**) medida con el prolapso reducido.

Para la medición utilizaremos un histerómetro o un depresor lingual graduado en centímetros, un espéculo desarticulable o valvas vaginales y, en ocasiones, se precisará una pinza de anilla. Los nueve puntos estandarizados se transcriben a una tabla de 3 por 3 (*Tabla 1*).

1. Medición del hiato genital (**gh**) desde el centro del meato uretral hasta la implantación del himen en la línea media de la pared posterior del introito.
2. Medición del cuerpo perineal (**pb**) desde la línea media de la pared posterior del introito hasta el centro del ano.
3. Mediante el tacto vaginal, se introduce el medidor a través del introito (histerómetro o depresor lingual graduado en centímetros) hasta el fondo de saco vaginal posterior para así realizar la medición de la longitud vaginal total (**tvI**) en reposo y el fondo de saco de Douglas (**D**) en Valsalva. Éste último, en el caso de pacientes hysterectomizadas se omite.
4. Mediante el tacto vaginal se identifica la porción más inferior del cuello uterino, situando el extremo del medidor y, tras la maniobra de Valsalva, se mide su localización con respecto al himen (**C**).
5. Utilizando la mitad del espéculo a modo de valva apoyado en la pared vaginal posterior, identificamos el punto **Aa** (a 3 cm del meato uretral) y, tras la maniobra de Valsalva, se mide la distancia entre este punto y el himen. Posteriormente, se determina si existe un punto entre éste y el cérvix/cúpula vaginal que descienda por debajo del anterior y se mide su localización con respecto al himen (**Ba**); si no lo hay, se localiza a igual distancia que Aa.
6. Se efectúa igual maniobra para la pared posterior, colocando la mitad del espéculo apoyado en la pared vaginal anterior. Se identifica el punto **Ap** en la línea media de la pared vaginal posterior (a 3 cm del himen) y, tras la maniobra de Valsalva, se mide la distancia entre este punto y el himen. Posteriormente, se determina si existe un punto entre éste y el cérvix/cúpula vaginal que descienda por debajo del anterior y se mide su localización con respecto al himen (**Bp**); si no lo hay, se localiza a igual distancia que Ap.



POP-Q		
Aa	Ba	C
gh	pb	tvl
Ap	Bp	D

**Imagen 1/Tabla 1.** Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q).

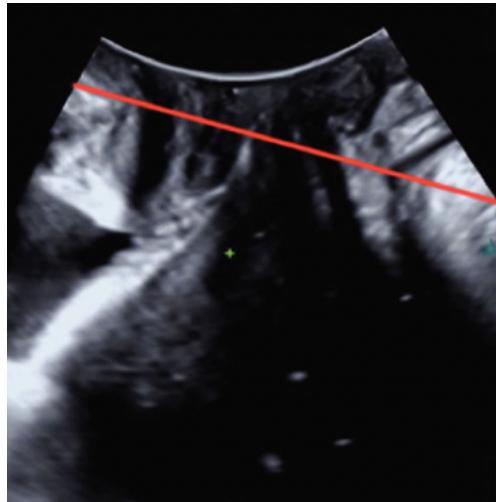
Los valores que se obtienen con la exploración siguiendo este sistema se pueden agrupar en estadios que se asignan teniendo en cuenta la porción más severa del prolapso:

- Estadio I:** la parte más distal del prolapso no alcanza el himen.
- Estadio II:** la porción más distal del prolapso está entre 1 cm por encima del himen y 1 cm por debajo del mismo.
- Estadio III:** la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total ( $tvl - 2$  cm).
- Estadio IV:** se corresponde con la eversión completa de la longitud vaginal total. La porción más distal del prolapso protruye al menos la longitud vaginal total menos 2 cm.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Ecografía ginecológica y/o de suelo pélvico.** La ecografía transperineal ha supuesto un avance importante en el estudio de la patología del suelo pélvico, permitiendo valorar qué órgano está realmente implicado en el prolapso. La imagen básica es el plano medio-sagital en reposo y las mediciones se realizan respecto a la línea de referencia que pasa por el borde postero-inferior de la sínfisis del pubis (*Imagen 2*). El punto de corte para considerar un prolapso sintomático del compartimento anterior o cistocele es cuando la vejiga sobrepasa  $> 10$  mm por debajo de esta referencia. Por otro lado, el prolapso significativo del compartimento medio se ha definido como un descenso del cérvix  $> 15$  mm por debajo de la línea de referencia. Además, la ecografía nos permite realizar el diagnóstico diferencial entre el prolapso uterino y la elongación cervical sin prolapso, siendo la diferencia entre la distancia pubis-fondo uterino en reposo y Valsalva, el

parámetro más útil para el mismo (*diferencia > 15 mm se correlaciona con prolapso uterino*). Por último, en el compartimento posterior, un descenso > 15 mm de la ampolla rectal por debajo de la sínfisis del pubis se relaciona con un POP significativo. La ecografía también es de utilidad en el diagnóstico diferencial entre el rectocele, hipermovilidad perineal, enterocele, recetoenterocele e intususcepción rectal.



**Imagen 2. Plano medio-sagital**

- Sistemático de orina y urocultivo en mujeres con síntomas urinarios.
- Valoración del residuo postmiccional en mujeres con clínica de disfunción del vaciado o dificultad miccional. Existen tres fórmulas para ello: Haylen5 (volumen en mL=  $height \times depth \times 5,9 - 14,6$ ), Dietz et al (volumen en mL=  $height \times depth \times 5,6$ ) y Dicuio et al. (volumen en mL=  $height \times depth \times transverse \times 0,52$ ).
- Realización del test de esfuerzo con la finalidad de demostrar la presencia de una pérdida de orina con el esfuerzo es una parte fundamental de la exploración de la mujer con POP, sobre todo si se le ha indicado un tratamiento quirúrgico. Los estudios realizados sobre la asociación de prolapso y la IUE nos permiten afirmar que aproximadamente el 40% de mujeres con prolapso se quejan de síntomas de IUE y más de la mitad de las que no se quejan tienen signos positivos de IUEO( IUE oculta) al reducir el prolapso. La incidencia de la IUEO presenta unos valores muy variables, de entre el 6 y el 83%, dependiendo del método usado para su identificación.
- Estudio urodinámico, fundamentalmente en mujeres que puedan ser candidatas a la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso.
- Valoración funcional de los músculos del suelo pélvico (test de Oxford y clasificación ICS/IUGA) Escala de Oxford para medir la capacidad de contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico :

0. Ninguna contracción.
1. Muy débil: contracciones fluctuantes.
2. Débil: ligero aumento de la tensión muscular.
3. Moderada: tensión muscular moderada.
4. Buena: mantiene la tensión con resistencia.
5. Fuerte: mantiene la tensión con fuerte resistencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- A.L. Olsen, *et al.* Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 89 (4) (1997), pp. 501-506.
- Adoption of the pelvic organ prolapse quantification system in peer-reviewed literature. Muir TW, Stepp KJ, Barber MD. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(6):1632.
- Díez Itza I. Exploración física del prolapso. Introducción del sistema POPQ. *Suelo Pélvico* 2008;4:18-23.
- Dietz HP, Velez D, Shek KL, Martin A. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. *Int Urogynecol J*. 2012; 23(12): 1.749-1.752.
- Espuña M, Filloi M, Martin A, Pascual MA, Aragón M, Berdie C, et al.; GISPEM. Cough stress test in women with advanced pelvic organ prolapse with and without symptoms of stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2013; 32(6): 865-866.
- Malak M. The role of anti-incontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J*. 2011; 23(7): 823-825.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(1):54-59.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Ecografía de suelo pélvico. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(1):92-102. DOI: 10.20960/j.pog.00174
- S. Swift, *et al.* Pelvic organ support study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*, 192 (2005), pp. 795-806.