

TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO. USO DE PESARIOS

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Miguel Calero Rojas	Maria Isabel Valdivia Jiménez	14 febrero 2024
Beatriz Pineda Reyes	Rosa M ^a Oña López	Fecha revisión
		19 febrero 2024

INTRODUCCIÓN. GENERALIDADES. ASPECTOS TEÓRICOS

El prolapso de órganos pélvicos es una patología cuya presencia se está incrementando en nuestras consultas de ginecología; entre otras razones por el aumento de la esperanza de vida, la gestación a edades más tardías, la obesidad y el empoderamiento de la mujer actual, que hace que no asuma como “normal” esta patología.

Además, en Europa se estima que entre el 20-40% de todas las mujeres, en algún momento de su vida, van a experimentar síntomas derivados del prolapso de órganos pélvicos que van a afectar a su calidad de vida. Estos síntomas comprenden: sensación de bulto, dificultades en las relaciones sexuales, alteración de la imagen corporal y pérdida de autoestima, sensación de pesadez en bajo vientre, dolor lumbar y/o genital, dificultades para la defecación y anomalías en la micción (urgencia, incontinencia, dificultad de vaciamiento)

El prolapso de órganos pélvicos puede tratarse dependiendo de muchos factores (comorbilidades, gestión de lista de espera quirúrgica, severidad y número de síntomas, impacto de éstos en la calidad de vida, preferencias, edades y tipo de vida de las pacientes) con tratamientos conservadores, tales como el entrenamiento de la musculatura de suelo pélvico (EMSP), uso de pesarios y/o tratamientos tópicos.

En cuanto al entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, solamente se ha demostrado eficaz en el caso de ser supervisados por profesionales cualificados y aunque la multitud de pautas posibles dificulta la calidad de la evidencia científica de las recomendaciones, lo que sí está claro es que pueden

resultar favorables en la mejora de los síntomas y no producen daño. Además pueden asociarse a otros tratamientos conservadores y reconstructivos

Los tratamientos tópicos (hidratantes, lubricantes y estrógenos locales) mejoran la sintomatología local del disconfort debido a sequedad genital y roce durante las actividades comunes diarias.

Los pesarios son dispositivos mecánicos flexibles, que puede estar fabricados en diferentes materiales como látex, silicona, polietileno o PVC , disponibles en diferentes tamaños y que introducidos en la vagina tiene la función de restaurar la anatomía vaginal alterada por el prolapso y de esta manera reducir los síntomas asociados a éste. Por lo tanto, constituyen una alternativa terapéutica conservadora, viable para mujeres con prolapso con un nivel de evidencia.

Todos los estudios informaron datos sobre la mejoría percibida de los síntomas del prolapso.

Según la revisión sistemática Cochrane de 2020 no se puede saber con certeza si los pesarios mejoran los síntomas del prolapso de los órganos pélvicos en las mujeres en comparación con ningún tratamiento o el EMSP, pero la experiencia de muchas mujeres es favorable. Los pesarios asociados a EMSP probablemente mejoran los síntomas de prolapso de los órganos pélvicos de las mujeres y la calidad de vida específica del prolapso. No obstante, podría haber un mayor riesgo de episodios adversos con los pesarios en comparación con el EMSP. Los ensayos futuros deben incorporar un número suficiente de mujeres y medir desenlaces clínicamente importantes como la calidad de vida específica del prolapso y la resolución de los síntomas del prolapso.

Conforme aumenta el tiempo de uso del pesario, en las pacientes postmenopáusicas se puede reducir el grado del prolapso e incluso el tamaño del hiato genital.

La necesidad de seguimiento hace que muchas pacientes opten por la cirugía. Aún no sabemos con certeza el coste-eficiencia del manejo conservador con pesarios.

Es fundamental la buena relación médico-paciente a la hora de plantear el tratamiento con pesarios (las pacientes tienen que ser aptas, que lo deseen, que entiendan cómo funciona y que sean capaces del manejo en caso de erosiones/infecciones) y hay que establecer unas vías de comunicación y asistencia clínica (telefónica y presencial) claras y efectivas. Se hace necesario establecer unos circuitos asistenciales integrados entre Ginecología, enfermería/matronas y Atención Primaria para la mejor gestión del seguimiento, optimizándolo: favoreciendo la accesibilidad, equidad y comodidad de las pacientes, a la vez que minimizando la sobrecarga de una consulta subespecializada de suelo pélvico en el hospital.

TIPOS DE PESARIOS

De soporte

- *Anular*

Es el pesario más usado a nivel global. Se puede usar para todo tipo de prolapsos, suelen requerir un periné en buen estado para sujeción. Existen en varios materiales y tamaños. Recomendamos usar pesarios de silicona en general por su elasticidad, menor daño y mayor capacidad de autogestión, sin embargo en algunos casos pesarios de PVC confieren un mayor soporte en determinadas pacientes.

Se introducen en la vagina comprimido por una mano y suele ser de ayuda empujar el pesario con la mano no dominante.

Se aconseja cambio de pesario cada 3-6 meses, si el mismo no estuviera deteriorado puede colocarse el mismo tras higienizarlo; no se aconseja hervirlos puesto que a largo plazo pierden elasticidad. En caso de autogestión del pesario puede ofrecerse cita anual. Para la autogestión se le explicará en consulta a la paciente signos de alarma y se le instará a retirar el pesario con una frecuencia variable entre a diario o como máximo cada 15 días (retirar cada noche y reinsertarlo a la mañana siguiente).



Imagen pesario sumsa

- *Anillo con soporte*

Es similar al anillo en forma pero añade un soporte duro que se colocara retro púbico para hacer presión en cuello vesical y de esta forma corregir la incontinencia urinaria. Es importante comprobar que la paciente que va a usarlo de forma continua vacía la vejiga por completo con el pesario colocado, si esto no fuera así debemos elegir un pesario de menor tamaño.

Es una opción para pacientes con incontinencia urinaria relacionada con determinados esfuerzos como por ejemplo realización de deporte, usándose de manera intermitente solo para la actividad que provoca la incontinencia.



Imagen pesario sumsa

- *Gehring*

Se usan sobre todo cuando el anular ha fallado.

Son muy útiles para prolapsos anteriores y posteriores, por el apoyo que permite su forma sobre las paredes vaginales. Existen una variante con una protuberancia anterior diseñado para cistoceles que asocian incontinencia urinaria de esfuerzo. Son mas difíciles de colocar por lo cual no suelen permitir la autogestión de mismo.



Imagen pesario sumsa

- *Hodge*

Presenta una doble curvatura y son flexibles , disponibles en diferentes tamaños y usados sobre todo para la incontinencia urinaria. Existe una variante con una membrana para cuando asocian prolapso uterino.



Imagen pesario sumsa

- *Shaatz*

Este pesario tiene una forma circular convexa con unos orificios de drenaje y disponible también en diferentes tamaños.

Se usan para prolapsos apicales leves moderados y que asocien o no prolapsos anteriores .

Son usados para prevención de parto prematuro



Imagen pesario sumsa

Ocupantes de espacio (de relleno)

Se suelen preferir en casos de hiatos genitales exageradamente grandes, en casos con avulsiones del músculo elevador del ano, o con cuerpos perineales disminuidos, dado que la posibilidad de fracaso (expulsión) de los de tipo anular en estos casos es frecuente.

Muchas veces se recurre a ellos no como primera opción, sino cuando se han probado varios anillos de diverso tallaje e igualmente han resultado ser infructuosos.

Tienen una desventaja y es que son más difíciles de retirar de manera autónoma por la paciente, aunque si se enseña la técnica, con tiempo y paciencia, se suele conseguir.

- *Gellhorn*

Quedaría colocado a modo de copa menstrual, se compone de placa circular que quedaría sujetando los órganos pélvicos en el interior de la vagina y vástago central en el canal vaginal.

Existen de varias medidas, para su elección hay que tener en cuenta dos medidas diferentes , la de la placa circular y la del vástago, los hay de vástago corto o largo, siendo los primeros más adecuados para casos en los que la longitud vaginal sea pequeña.

Requieren tanto para su introducción como para su extracción, doblar el vástago sobre la placa para introducirlo o removerlo. En el caso de los de silicona, con dos dedos (pulgar y corazón) se puede

lograr esto. En el caso de los de PVC puede requerirse pinza tipo Kocher para que el vástago consiga doblarse junto a la placa.



Imagen pesario sumsa

- *Cúbico*

Sus caras cóncavas le confieren la capacidad de adherirse a las paredes vaginales gracias a efecto vacío.

Existen una variedad con perforaciones para facilitar el drenaje de fluidos hacia el exterior.

Para su colocación se aconseja usar mayor cantidad de lubricante (vaselina habitualmente) que en otros modelos, para que no hagan daño las aristas del cubo y se coloca con el tamaño más reducido posible entre los dedos y el hilo hacia afuera; una vez dentro de la vagina al retirar los dedos el pesario se expande y finalmente se le empuja ligeramente hacia dentro para que quede bien colocado y no le moleste a la paciente, es necesario liberar este “pseudovacío” cuando se pretende retirarlo para higienizarlo diariamente. Se consigue pasando un dedo entre el cubo y la vagina, para posteriormente volcarlo hacia el tercio inferior de la misma asociando ligera tracción del hilo. Finalmente se introducen dos dedos a modo de pinza para reducir su calibre y completar la extracción.

Requieren cambio diario por lo que precisan cierta destreza por parte de la paciente para ello. En casos muy seleccionados, en pacientes con cirugía contraindicada y fallo de otros tipos de pesario puede usarse de forma más continua con control estrecho cada 1-3 meses dado que el riesgo de erosiones vaginales es mayor.

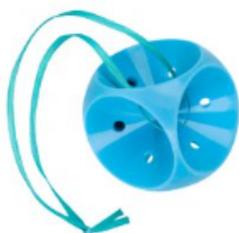


Imagen pesario sumsa

- *Donut*

Son de la misma forma pero mas gruesos que el pesario anular. Se reservan para casos de prolapsos mas severos , sobre todo en pacientes que aun conservan útero .

Están disponibles en diferentes tamaños y en diferentes materiales existiendo un tipo inflable

Se introducen en la vagina con cierto efecto sacacorchos y una vez dentro empujarse hacia la parte superior de la vagina.

Se deben vigilar con una periodicidad de cada 3-6 meses



Imagen pesario sumsa

INDICACIONES

- Tratamiento a corto o largo plazo de síntomas asociados a prolapso
- Pacientes con síntomas asociados a prolapso y contraindicación o desestimación temporal para tratamiento quirúrgico
- Solución provisional mientras espera solución definitiva o para evaluar el efecto de la corrección de prolapso previo a corrección definitiva

CONTRAINDICACIONES

- Infección vaginal o pélvica activa
- Lesiones malignas o pre malignas de vagina o cérvix
- Sangrado ginecológico no filiado
- Erosiones vaginales por mallas o fistulas
- Alergia a material
- Atrofia vaginal severa - Radioterapia vaginal previa
- Pacientes incapaces de asistir a seguimiento o de hacer autogestión del pesario
- Operadas con mallas sintéticas (relativa)

- Dolor vaginal previo (relativa)

COMPLICACIONES Y POSIBLES SOLUCIONES.

- Muy frecuentes:
 - Flujo vaginal aumentado, espeso o maloliente. Se recomienda retirar pesario y uso de antisépticos vaginales durante 3-7 días
- Frecuente
 - Malestar asociado al uso de pesario o cambio de pesario: Cambio de talla y/o de pesario
 - Expulsión de pesario : Cambio de talla y/ o de pesario
 - Síntomas nuevos como incontinencia o urgencia miccional: Valoración de incontinencia oculta. Valorar cambio de pesario y /o talla.
- Poco frecuente:
 - Ulceración vaginal : Retirar pesario, uso de tratamiento tópico y nueva revisión en 2-3 semanas. Si persistencia de ulcera valorar biopsia.
 - Incarceración (ver foto). Se puede pautar tratamiento con estrógenos locales si es posible durante 2-3 semanas e intentar retirar después. Se puede cortar el pesario con elementos mecánicos como tijeras y al separar los extremos extraerlo (como si se quisiera extraer un pendiente de aro de la oreja)
 - Infección vaginal persistente (la leucorrea y la vaginosis sí es frecuente): Tratamiento según tipo de infección tras realización de cultivo.
 - Fístula vaginal: Retirar pesario y tratamiento según tipo de fístula y paciente (conservador, quirúrgico, endoscópico)



Pesario encarcerado

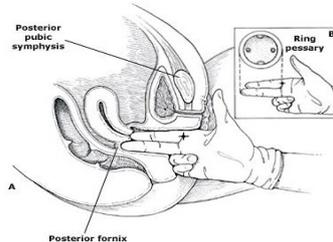
INSERCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO

Información previa a la colocación del pesario para dar usuaria

-Es necesario un seguimiento que podrá espaciarse en el tiempo según el uso que la paciente haga con el pesario, si es auto recambio o cambio en consulta

-Es necesario cumplir requisitos mínimos de higiene

Estimación del tamaño del pesario vaginal necesario



(A) Se realiza un examen bimanual para juzgar la distancia desde el fondo de saco posterior hasta la sínfisis púbica posterior.

(B) Se marca mentalmente el lugar donde descansa la sínfisis púbica en la mano examinadora. Luego se acercan los pesarios de muestra a la mano del examinador para estimar el tamaño adecuado del pesario.

UPTODATE

Escojer el tamaño adecuado y colocación del pesario:

- Para determinar la talla adecuada del pesario se debe hacer un tacto vaginal, midiendo la longitud desde introito hasta fundus vaginal (foto). Es bueno quedarse corto un cm o cm y medio, puesto que hay que tener en cuenta que la longitud vaginal no es la única limitación mecánica, también hay que tener en cuenta el grado de apertura de la pelvis y elasticidad vaginal.
- Es recomendable el uso de algún humectante o lubricante para facilitar la inserción del pesario.
- Se debe introducir el pesario habiendo disminuido su tamaño mediante presión digital para una vez dentro de la vagina expandirse.
- Debe hacerse un tacto para comprobar la ausencia de zonas de presión excesiva
- Pediremos a la paciente que realice una maniobra de Valsalva para comprobar que la talla es adecuada y no lo expulsa.
- Un pesario adecuado no debe notarse una vez la paciente se habituó a él, si la paciente nota excesiva presión en recto o disminución del chorro miccional, deberemos cambiarlo por una talla menor, si la paciente nota desplazamiento del pesario hacia introito deberemos probar con una talla mayor o tal vez se trate de una insuficiente introducción del pesario en vagina (viene bien hacer una prueba de reacomodación)
- Si la dinámica de consulta lo permite es de utilidad recomendar a la paciente que camine unos minutos antes de marcharse, sino debe ofrecerse una atención telefónica o en caso de molestias intensas no demorables el acceso a urgencias.

Seguimiento:

- Primera cita a las 4-6 semanas colocación para valorar ajuste y comodidad. Puede sustituirse

por cita telefónica.

- Revisiones cada 6 meses ,pudiendo espaciarse en el tiempo (hasta 12 meses) si el pesario es usado de forma discontinua o se lo cambia la paciente. Estas pautas de seguimiento varían según el tipo de pesario.
- Se recomienda extraer el pesario para revisar cavidad vaginal por completo con espejulo, si el pesario continua en buen estado puede lavarse y volver a colocar el mismo. En caso de mal estado se recomienda usar uno nuevo. Una buena opción es que la paciente disponga de dos pesarios intercambiables en revisiones.

Mantenimiento :

- Lavado 1-2 vez a la semana con soluciones vaginales
- Ese mismo día colocar humectante o lubricante y movilizar ligeramente si es posible
- En caso de no existir contraindicación se recomienda la administración de estrógenos locales 2-3 días en semana
- Si aparece flujo maloliente debe recomendarse la retirada del pesario y lavados vaginales con soluciones limpiadoras así como el uso de antisépticos durante días consecutivos al menos de 3 a 7 días.
- Si aparece un flujo maloliente persistente o sangrado la paciente debe ser vista en consulta de suelo pélvico. En caso de aparición de una úlcera se debe pautar un tratamiento y citar de nuevo a la paciente en 2-3 semanas, en caso de úlcera persistente debemos pensar en biopsiar la úlcera.
- Si sangrado vaginal es preciso retirar el pesario y adelantar la cita para valorar si se trata de una úlcera vaginal (más frecuente) o sangrado ginecológico (cervical, uterino) a estudio.

Tabla 1. ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL USO DE PESARIOS

¿Uso continuo o discontinuo?	Vigilancia clínica. Autonomía paciente
Condiciones físicas a tener en cuenta	Elasticidad y trofismo tisular, actividad sexual
Tipo de pesario a elegir	Soporte vs Relleno
Medida del pesario	Medidas hiato genital, longitud vaginal total, apertura ramas isquiopubianas
Recomendaciones a la paciente tras inserción	Antisepsia + Estrógenos locales + Vigilancia

BIBLIOGRAFIA

1. Boyd SS, et al. Pelvic organ prolapse severity and genital hiatus size with long-term pessary use. Randomized controlled trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021 Feb 1;27 (2): e360-e362
2. Bugge C, et al. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Nov 2020
3. Dwyer L, Bugge C, et al. Theoretical and practical development of the TPSY self-management intervention for women who use a vaginal pessary for pelvic organ prolapse. Randomized Controlled Trial. *Trials* 2022 Sep 5; 23(1): 742
4. Guías de Asistencia Práctica SEGO: Prolapso de órganos pélvicos (2019)
5. Guideline No.411: Vaginal Pessary Use. Practice Guideline. *J Obstet Gynecol Can.* 2021 Feb; 43 (2): 255-266
6. Gyhagen M., Bullarbo M., Nielsen T. F. & Milsom I. (2012) Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120 (2), 152–160.
7. Pelvic Obstetric and Gynaecological Physiotherapy & UK Continence Society (2021). UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organs prolapse
8. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, number 214. November 2019, Vol 134 (5), p e126-e142