



La cirugía para el prolapso de los órganos pélvicos

Una de cada cuatro mujeres tendrá un **trastorno del piso pélvico** durante su vida. El **prolapso de los órganos pélvicos** es un trastorno del piso pélvico donde uno o más órganos pélvicos descienden de su posición normal. La mayoría de las mujeres con prolapso presentan síntomas leves o ningún síntoma. En aproximadamente un 2–6% los síntomas tienden a ser de leves a graves. Con el tratamiento adecuado, es posible reducir o eliminar los síntomas. Generalmente se prueban primero las opciones de tratamiento no quirúrgico. Si estas opciones no dan resultado y si sus síntomas son graves, podría considerar la posibilidad de una cirugía.

Este folleto explica

- los tipos, las causas, y las señales y los síntomas del prolapso de los órganos pélvicos
- las opciones de tratamiento no quirúrgico
- cuándo se debe considerar una cirugía
- las opciones de tratamiento quirúrgico

El prolapso de los órganos pélvicos: los tipos, las causas, y las señales y los síntomas

El prolapso de los órganos pélvicos ocurre cuando se debilita el apoyo normal que proporcionan los músculos y tejidos del **piso pélvico**. La causa principal de

prolapso de los órganos pélvicos es el embarazo y el parto, especialmente por vía vaginal. Otros factores son haber tenido una cirugía pélvica previa, la **menopausia** y el proceso de envejecimiento. Las actividades o las situaciones que pueden aumentar la presión en el abdomen, como una tos persistente, la obesidad o

tener que forzar las evacuaciones intestinales debido a estreñimiento, pueden contribuir al prolapso de los órganos pélvicos. El prolapso también es hereditario.

El prolapso de los órganos pélvicos generalmente implica más de un órgano. Los órganos que se pueden afectar son los siguientes:

- El **útero**
- La parte superior de la **vagina** en las mujeres que han tenido una **histerectomía** (la **cúpula vaginal**)
- La pared delantera (anterior) de la vagina (generalmente con la **vejiga**, que se llama **cistocele**)
- La pared trasera (posterior) de la vagina (generalmente con el **recto**, que se llama **rectocele**)
- La cavidad entre el recto y la pared posterior del útero (generalmente con una parte del intestino delgado, que se conoce como **enterocele**)

En los casos graves de prolapso, la mujer puede ver o sentir la masa de tejido en la entrada o fuera de la entrada de la vagina. En la mayoría de las mujeres el prolapso es leve—los órganos descienden solo un poco y no sobresalen de la entrada de la vagina—y no presentan ninguna señal ni síntoma. Algunas mujeres con prolapso leve y las mujeres con prolapso grave presentan síntomas, que pueden ser los siguientes:

- Sensación de llenura o pesadez en la región pélvica
- Sensación de tirantez o sensibilidad dolorosa en la parte baja del abdomen o la pelvis
- Relaciones sexuales dolorosas o incómodas
- Dificultad para orinar o para tener evacuaciones intestinales

Opciones de tratamientos no quirúrgicos

Si no presenta síntomas o si sus síntomas son leves, no tiene que recibir ningún tipo de seguimiento ni tratamiento especial más allá de los exámenes regulares. Si presenta síntomas, el prolapso se puede tratar con o sin cirugía.

Generalmente las opciones de tratamiento no quirúrgico se prueban primero. A menudo la primera opción no quirúrgica que se prueba es un **pesario**. Este aparato se introduce en la vagina para apoyar los órganos pélvicos. Hay muchos tipos de pesarios disponibles. Un proveedor de atención médica puede ayudarle a encontrar el pesario adecuado de manera que se adapte cómodamente. Otra opción es tratar los síntomas específicos. Por ejemplo, los problemas intestinales se pueden abordar haciendo cambios en el comportamiento y la dieta (como agregar más fibra a la dieta) y usar ablandadores de heces. Los **ejercicios de Kegel** se pueden recomendar además del tratamiento relacionado con los síntomas para ayudar a fortalecer el piso pélvico. Bajar de peso puede disminuir la presión en el abdomen y ayudar a mejorar la salud en general.

La decisión de someterse a una cirugía

Si sus síntomas son graves e interfieren en su vida, y si las opciones de tratamientos no quirúrgicos no han sido útiles, podría considerar una cirugía. Someterse a una cirugía es una decisión importante. Un factor importante en esta decisión es la gravedad de sus síntomas. Los siguientes factores adicionales se deben tener en cuenta a la hora de decidir si debe optar por una cirugía:

- Su edad—Si se opera mientras es joven el prolapso puede volver a ocurrir y posiblemente requerir otros tratamientos. Si se hace la cirugía a una edad mayor, ciertos problemas generales de salud y las demás cirugías que haya tenido pueden influir en el tipo de cirugía que tenga.
- Sus planes para tener hijos—Preferiblemente, las mujeres que planean tener hijos (o más hijos) deben posponer la cirugía hasta que hayan terminado de tener hijos para evitar que el riesgo de prolapso vuelva a ocurrir después de la cirugía de corrección.
- Estado de salud—Todos los procedimientos quirúrgicos conllevan ciertos riesgos, como infección, sangrado, coágulos de sangre en las piernas y problemas relacionados con la **anestesia**. La cirugía puede ser más riesgosa si tiene un problema médico, como diabetes, una enfermedad del corazón o problemas respiratorios, o si fuma o es obesa.

También debe tener en cuenta que no es posible garantizar que un tratamiento específico—inclusive la cirugía de prolapso pélvico—alivie todos sus síntomas. El prolapso pélvico en un mismo lugar puede volver a ocurrir después de la cirugía. El prolapso puede también ocurrir en un nuevo lugar después de la cirugía. La presencia de síntomas determinará la necesidad de opciones de tratamientos no quirúrgicos adicionales, como el de un pesario, o practicar una cirugía.

La cirugía puede además contribuir a nuevos problemas, como dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico o **incontinencia** urinaria. La incontinencia urinaria ocurre debido a que antes de la cirugía, la parte prolapsada evitaba salidas accidentales de orina al reírse, toser o estornudar, torciendo la **uretra**. Al corregir el prolapso se corrige la torcedura de la uretra y pueden ocurrir síntomas de incontinencia urinaria. Para evitar esta complicación, el procedimiento de incontinencia urinaria por esfuerzo a menudo se realiza durante algunos tipos de cirugía de prolapso.

Resumen general de las cirugías de prolapso de los órganos pélvicos

En general, hay dos tipos de cirugía: 1) **cirugía con obliteración** y 2) **cirugía de reconstrucción**. En la cirugía con obliteración se estrecha o cierra la vagina para apoyar los órganos prolapsados. No es posible

tener relaciones sexuales después de este procedimiento. El índice de éxito de la cirugía con obliteración es alto y puede ser una buena opción para las mujeres que no planean tener relaciones sexuales en el futuro y que desean un procedimiento que se realiza fácilmente.

La mayoría de las mujeres que se someten a una cirugía para tratar el prolapso de los órganos pélvicos se hacen una cirugía de reconstrucción. Esta cirugía reconstruye el piso pélvico con el objeto de reponer la posición original de los órganos. Algunos tipos de cirugía de reconstrucción se hacen por medio de una incisión en la vagina. Otras se realizan por medio de una incisión en el abdomen o por **laparoscopia**. En esta última se puede usar un robot quirúrgico para facilitar el procedimiento.

Si el útero se ha prolapsado, otra opción es la histerectomía (extracción del útero). Cuando se practica una histerectomía para tratar el prolapso, se puede hacer otro procedimiento para ayudar a prevenir el prolapso de la cúpula vaginal en el futuro.

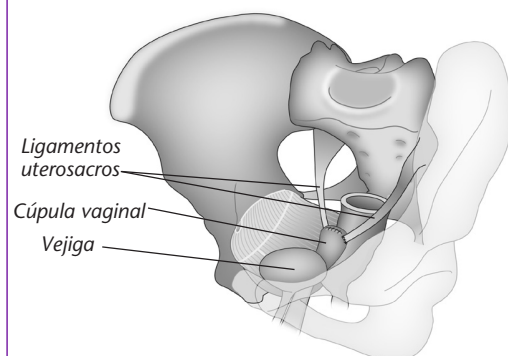
Tipos de cirugía de reconstrucción

Hay muchos tipos de procedimientos de cirugía de reconstrucción. A menudo, se hace más de un tipo de cirugía a la misma vez para corregir varios problemas. El tipo que usted y su proveedor de atención médica seleccionen depende del problema específico y su situación individual. Ciertos factores del estilo de vida, como su peso, si fuma o si su empleo requiere un esfuerzo físico en el que tiene que levantar objetos pesados, también influyen en el tipo de procedimiento que se hará.

Fijación o suspensión por medio de sus propios tejidos

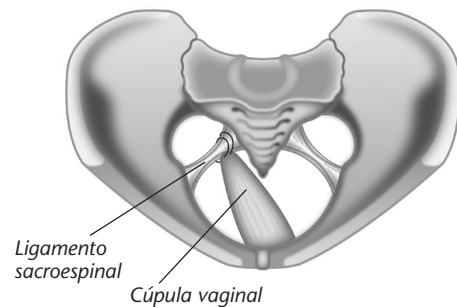
Este tipo de cirugía a menudo se refiere como “reparación de tejido propio” porque usa sus propios tejidos para tratar el prolapso uterino o de la cúpula vaginal.

Suspensión de ligamentos uterosacos



La cúpula vaginal prolapsada se fija a los ligamentos uterosacos.

Fijación sacroespinal



La cúpula vaginal prolapsada se fija al ligamento sacroespinal en un lado (ilustrado) o en ambos lados (no ilustrado).

La cirugía se practica a través de una incisión en la vagina. La parte prolapsada se adhiere por medio de suturas a un **ligamento** o a un músculo de la pelvis.

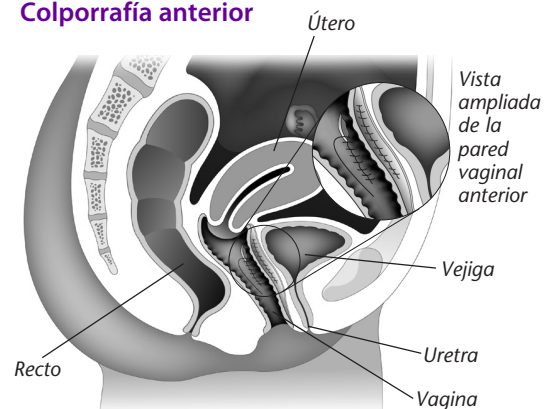
Puesto que se realiza a través de la vagina, este tipo de cirugía tarda menos en hacerse que la cirugía que se practica por una incisión en el abdomen. La recuperación también es generalmente más breve.

Las complicaciones son lesión a los **uréteres**, los intestinos o la vejiga; dolor con las relaciones sexuales e incontinencia urinaria. Se puede hacer también un procedimiento para evitar la incontinencia urinaria a la misma vez. Una de cada diez mujeres experimenta dolor en los glúteos en las primeras semanas. En raras ocasiones puede ocurrir sangrado intenso que puede ser potencialmente mortal.

Colporrafia

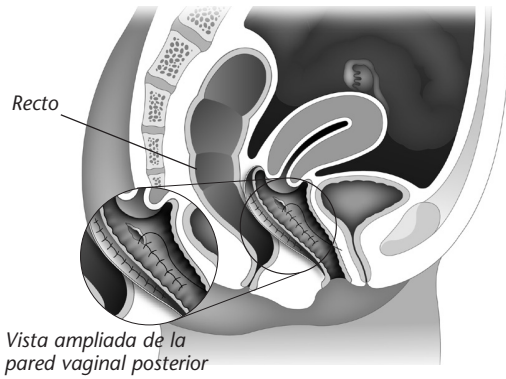
La **colporrafia** se usa para tratar el prolapso de la pared anterior de la vagina y el prolapso de la pared posterior de la vagina. Este tipo de cirugía se realiza a

Colporrafia anterior



La pared anterior de la vagina se fortalece con suturas de manera que apoye nuevamente la vejiga.

Colporrafía posterior



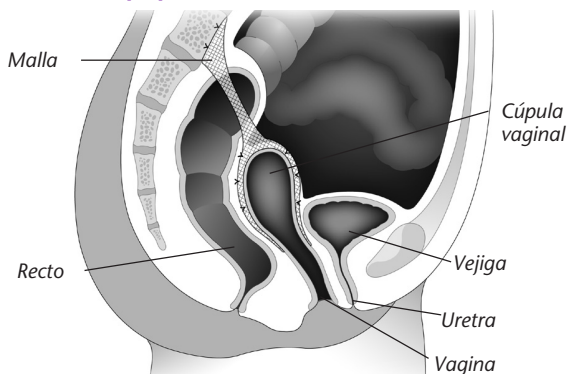
La pared posterior de la vagina se fortalece con suturas de manera que apoye nuevamente el recto.

través de la vagina. En la colporrafía anterior, se usan suturas para fortalecer la pared anterior de la vagina de manera que apoye una vez más la vejiga. En la colporrafía posterior, se usan suturas para fortalecer la pared posterior de la vagina de manera que apoye una vez más el recto. Algunos de los riesgos son dolor durante las relaciones sexuales y lesión en la vejiga, los uréteres o el recto.

Sacrocolpopexia

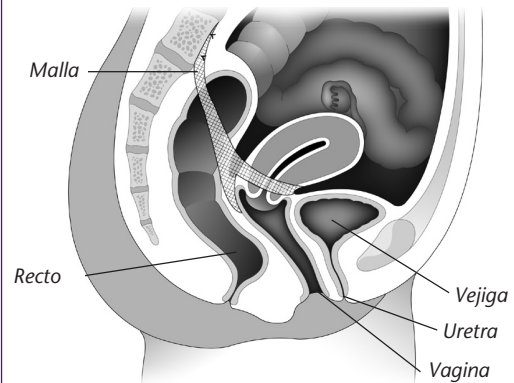
La **sacrocolpopexia** se usa para tratar el prolapso de la cúpula vaginal y el enterocele. Se puede realizar con una incisión abdominal o por laparoscopia con o sin la ayuda de un robot. Mediante el procedimiento, se coloca una malla quirúrgica en las paredes anteriores y posteriores de la vagina. Se puede usar una malla especial en forma de Y. Los extremos de la malla se fijan entonces al sacro (el hueso de la cola). De esta manera se sube la vagina para que vuelva a quedar en su lugar. Un procedimiento parecido, que también se practica mediante una incisión abdominal, se llama

Sacrocolpopexia



Mediante una incisión abdominal, se fija la malla quirúrgica a la cúpula de la vagina y se adhiere al sacro.

Sacrohisteropexia



La malla quirúrgica se fija al cuello uterino y al sacro.

sacrohisteropexia. Este procedimiento se usa para tratar el prolapso uterino cuando la mujer no desea someterse a una histerectomía. Mediante el mismo, se coloca una malla quirúrgica en la parte anterior y posterior del **cuello uterino** y encima de la vagina y después en el sacro, de manera de subir el útero para que vuelva a quedar en su lugar.

Un beneficio de este tipo de cirugía es que las mujeres podrían tener menos dolor durante las relaciones sexuales que después de los procedimientos que se practican por la vagina. Sin embargo, con la incisión abdominal, hay un riesgo de daño a los intestinos y un riesgo de complicaciones debido a **adherencias**. También hay un riesgo mínimo (3%) de erosión de la malla (desplazamiento de la malla por los tejidos) hacia adentro de la vagina. Esta erosión puede provocar la formación de tejido cicatrizante y dolor persistente. Para extraer la malla puede que sea necesario recurrir a otra cirugía. Otras complicaciones son dolor pélvico, dolor durante las relaciones sexuales y daño a la vejiga, los intestinos, los uréteres o los vasos sanguíneos.

Cirugía mediante mallas colocadas vaginalmente

En algunos procedimientos de prolapso, la malla quirúrgica se coloca por una incisión en la vagina para ayudar a subir los órganos prolapsados de manera que caigan en su lugar o para reforzar reparaciones efectuadas a las paredes vaginales. Este tipo de malla se puede usar para tratar todos los tipos de prolapso de los órganos pélvicos, aunque se usa con más frecuencia para tratar el prolapso de la vejiga.

La cirugía con malla vaginal se puede usar para reparar el prolapso en las mujeres cuyos propios tejidos no son lo suficientemente resistentes para la reparación con tejido propio. En las mujeres en las que esto no aplica, se debate si los resultados de la malla colocada vaginalmente son mejores que los de otros tipos de cirugía para el prolapso de vejiga. No hay suficiente información para determinar si la malla

Preguntas que puede hacer sobre la malla colocada vaginalmente

Antes de decidir hacerse una cirugía con malla debido a prolapso, es importante que considere los riesgos y los beneficios de la cirugía y que tome en cuenta las demás opciones de tratamiento. Algunas preguntas que puede hacerle a su proveedor de atención médica sobre el uso de la malla en una cirugía de prolapso de los órganos pélvicos son las siguientes:

- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de usar una malla quirúrgica en mi caso en particular? ¿Puede hacerse exitosamente mi reparación sin usar una malla?
- Si se debe usar malla, ¿cuál ha sido su experiencia para implantar este producto en particular? ¿Qué experiencia han tenido sus demás pacientes con este producto?
- ¿Cuál ha sido su experiencia para tratar las complicaciones que pueden ocurrir?
- ¿Cómo me podría sentir después de la cirugía y por cuánto tiempo?
- ¿Hay efectos secundarios específicos que debo informarle después de la cirugía?
- ¿Qué sucede si la malla no corrige el problema que tengo?
- Si presento alguna complicación relacionada con la malla, ¿es posible extraer la malla y cuáles serían las posibles consecuencias?
- Si se debe usar una malla, ¿dispone el producto de información para el paciente y, si es así, puedo tener una copia de la misma?

De la U.S. Food and Drug Administration, Medical Devices, Medical Device Safety. Alerts and Notices. Surgical mesh. 13 de julio de 2011.

colocada vaginalmente para el prolapso de la cúpula vaginal, el prolapso uterino o el rectocele ofrece mejores o peores resultados en lo que respecta a aliviar los síntomas del prolapso de órganos pélvicos que los procedimientos que no usan malla.

La malla colocada vaginalmente también conlleva considerables riesgos de complicaciones graves. Estas complicaciones son erosión de la malla hacia adentro de la vagina, la vejiga o los intestinos; dolor que interfiere en la vida diaria; infecciones; dolor durante las relaciones sexuales y lesión en la vejiga o los intestinos. Algunas de estas complicaciones requieren hacer otras cirugías. El riesgo general de complicaciones relacionadas con la malla colocada vaginalmente por cirugía puede ser de hasta un 15%. Aunque a menudo es posible extraer la malla, puede requerir más de un procedimiento quirúrgico para lograrlo. Incluso es posible que no se pueda extraer toda la malla. Si esto sucede, a veces el dolor y las demás complicaciones no desaparecen del todo.

Debido al alto riesgo de complicaciones, en la actualidad se recomienda que los procedimientos con el uso de malla vaginal se reserven para las mujeres cuyos beneficios justifiquen los riesgos. Por ejemplo, en las mujeres con prolapso anterior que ha vuelto a ocurrir después de una cirugía previa o que tienen un problema médico que les impida someterse a una operación más larga por medio de una incisión en el abdomen.

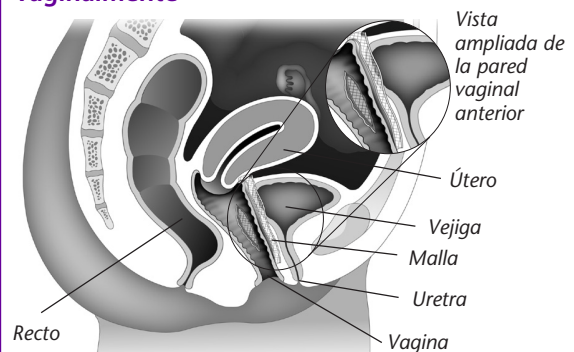
En muchos casos es posible tratar el prolapso exitosamente sin el uso de una malla. Si está considerando un procedimiento quirúrgico mediante la colocación de malla vaginalmente, pídale a su proveedor de atención médica información detallada sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones (consulte el cuadro).

Seguimiento después de la cirugía

El tiempo de recuperación depende del tipo de cirugía. Generalmente debe ausentarse del trabajo por unas semanas. En las primeras semanas, debe evitar hacer ejercicio vigoroso, levantar objetos pesados y los esfuerzos físicos. También debe evitar tener relaciones sexuales por unas semanas después de la cirugía.

Se desconoce si hay algo que se pueda hacer para evitar que el prolapso vuelva a ocurrir después de la cirugía. No hacer actividades que ejerzan más presión dentro del abdomen puede ser beneficioso, como controlar su peso, evitar el estreñimiento y no levantar objetos pesados. Dejar de fumar puede controlar una tos persistente y brindar muchos otros beneficios también. Si tiene nuevos síntomas, hable con su proveedor de atención médica.

Cirugía mediante malla colocada vaginalmente



La malla quirúrgica se coloca por medio de una incisión en la vagina para ayudar a subir los órganos prolapsados de manera que vuelvan a su lugar o para reforzar reparaciones ya hechas a las paredes vaginales.

Por último...

Muchas mujeres tienen algún tipo de prolapso de los órganos pélvicos, pero en su mayoría no presentan síntomas ni necesitan tratamiento. Si tiene síntomas y estos interfieren en sus actividades normales, podría necesitar tratamiento. Muchas mujeres se benefician de las opciones de tratamiento que no implican cirugías. Si estas opciones no le dan resultado y cree que su calidad de vida no es la que debe ser, quizás daba considerar la opción de una cirugía. Es importante que entienda los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones antes de tomar la decisión de someterse a una cirugía. Hay muchos tipos de procedimientos quirúrgicos disponibles. Hable con su proveedor de atención médica sobre todas las opciones indicadas para usted.

Glosario

Adherencias: Tejido cicatrizante que une las superficies de los tejidos.

Anestesia: Alivio del dolor mediante la pérdida de la sensación.

Cirugía de obliteración: Tipo de cirugía para el prolapso de los órganos pélvicos donde se estrecha o cierra la vagina para apoyar los órganos prolapsados.

Cirugía de reconstrucción: Cirugía para reparar o reponer una parte del cuerpo lesionada o alterada.

Cistocele: Parte de la vejiga que sobresale en la vagina.

Colporrafia: Tipo de cirugía que se practica por la vagina para reparar el prolapso vaginal anterior y el prolapso vaginal posterior reforzando (o reparando) los propios tejidos de la mujer.

Cuello uterino: El extremo inferior y más estrecho del útero ubicado encima de la vagina. Cúpula vaginal: La parte superior de la vagina después de una histerectomía.

Cúpula vaginal: La parte superior de la vagina después de una histerectomía.

Ejercicios de Kegel: Ejercicios del músculo pélvico para fortalecer el control de la vejiga y los intestinos y ayudar con la función sexual.

Enterocele: Parte del intestino que sobresale en la parte superior de la vagina.

Histerectomía: Extracción del útero.

Incontinencia: Incapacidad para controlar las funciones fisiológicas del cuerpo, como la micción (expulsión de orina).

Laparoscopia: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce un instrumento que se llama laparoscopio en la cavidad pélvica a través de una incisión pequeña. El laparoscopio se usa para ver los órganos pélvicos. Se podrían usar otros instrumentos para practicar cirugías.

Ligamento: Banda de tejido que conecta a los huesos o apoya los órganos internos grandes.

Menopausia: Período en la vida de la mujer cuando cesa la menstruación; se define como la ausencia de períodos menstruales durante 1 año.

Piso pélvico: Región muscular en la base del abdomen adherida a la pelvis.

Pesario: Aparato que se introduce en la vagina para apoyar órganos flácidos que han descendido (prolapsados) o para ayudar a controlar la pérdida accidental de orina.

Prolapso de los órganos pélvicos: Afección en la cual descienden los órganos pélvicos, como el útero o la vejiga. Se origina por la debilidad de los músculos y los tejidos que apoyan estos órganos.

Recto: La última parte del aparato digestivo.

Rectocele: Parte del recto que sobresale en la pared vaginal.

Sacrocolpopexia: tipo de cirugía para reparar el prolapso de la cúpula vaginal mediante la cual la cúpula se fija al sacro por medio de una malla quirúrgica.

Sacrohisteropexia: Tipo de cirugía para reparar el prolapso uterino mediante la cual el cuello uterino se fija al sacro por medio de una malla quirúrgica.

Trastorno del piso pélvico: Cualquier trastorno que implique los músculos y tejidos que apoyan los órganos pélvicos; estos trastornos pueden provocar la pérdida del control de la vejiga o los intestinos o causar el descenso (prolapso) de uno o más órganos pélvicos.

Uréteres: Dos conductos, cada uno de ellos conecta a los riñones con la vejiga.

Uretra: Estructura tubular a través de la cual fluye la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo.

Útero: Órgano muscular ubicado en la pelvis de la mujer que contiene al feto en desarrollo y lo nutre durante el embarazo.

Vagina: Estructura tubular rodeada por músculos y ubicada desde el útero hasta la parte externa del cuerpo.

Vejiga: Órgano muscular donde se almacena la orina.

Este Folleto Educativo para Pacientes fue elaborado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). Diseñado para ayudar a los pacientes, presenta información actualizada y opiniones sobre temas relacionados con la salud de las mujeres. El nivel de dificultad de lectura de la serie, basado en la fórmula Fry, corresponde al grado escolar 6to a 8vo. El instrumento de Evaluación de Idoneidad de Materiales (Suitability Assessment of Materials [SAM]) asigna a los folletos la calificación "superior". Para asegurar que la información es actualizada y correcta, los folletos se revisan cada 18 meses. La información descrita en este folleto no indica un curso exclusivo de tratamiento o procedimiento que deba seguirse, y no debe interpretarse como excluyente de otros métodos o prácticas aceptables. Puede ser apropiado considerar variaciones según las necesidades específicas del paciente, los recursos y las limitaciones particulares de la institución o tipo de práctica.

Derechos de autor noviembre 2013 por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, almacenarse en un sistema de extracción, publicarse en Internet, ni transmitirse de ninguna forma ni por ningún método, sea electrónico, mecánico, de fotocopiado, grabación o de cualquier otro modo, sin obtener previamente un permiso por escrito del editor.

ISSN 1074-8601

Las solicitudes de autorización para hacer fotocopias deben dirigirse a: Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923.

Para pedir Folletos de Educación de Pacientes en paquetes de 50, sírvase llamar al 800-762-2264 o hacer el pedido en línea en sales.acog.org.

The American College of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
PO Box 96920
Washington, DC 20090-6920