

PROLAPSO GENITAL - ETIOPATOGENIA Y CLINICA

Dr. VICTOR DIAZ H.

Dr. CARLOS MUÑOZ T.

SUMARIO

Se estudian 547 pacientes con el diagnóstico de Prolapso Genital internadas en el Servicio de Ginecología del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Arzobispo Loayza" durante los años 1971-1973.

Se estudia la etiopatogenia del Prolapso Genital considerando los 3 principales factores: la debilidad congénita del desarrollo de los soportes, las lesiones sufridas durante el parto y la atrofia de los tejidos de sostén en el climaterio.

La frecuencia de esta afección en el Servicio es de 37.9%. La distribución etaria fluctúa entre los rangos de 26 años para la menor y 81 años para la mayor, con un promedio de 53 años. En lo que respecta al promedio de partos/mujer fue de 6,27, lo que revela la importancia que adquiere la multiparidad en la patogenia de esta afección.

Se discute y da información estadística en relación a su agrupación en grados según su desarrollo siendo la lesión que mayor número de casos presenta el Cistocele con el 92.8%, seguidos del Rectocele 57.9% e Histerocele 26.1%.

Se adopta una clasificación anatómica en grupos, que se determinan teniendo en cuenta la funcionalidad del tratamiento. Estas fueron: 1.— El prolapso de la nuligesta, ningún caso. 2.— El prolapso de origen obstétrico de mujeres en edad genital, 49.1%. 3.— El prolapso genital con incontinencia urinaria al esfuerzo, 34.9%. 4.— El prolapso de la post-menopáusica o senil, 11.3%. 5.— Prolapso genital recidivado, 2%. 6.— Prolapso genital y embarazo, 0.9%. 7.— Prolapso del muñón cervical, 0.8%. 8.— Prolapso del muñón vaginal, 0.5% y 9.— Prolapso genital y hernia del fondo de saco posterior con el 0.5%.

El síntoma más frecuente es la sensación de tumoración vaginal en el 91.9%, le siguen la polaquiura en el 35.6% y la incontinencia urinaria a los medianos esfuerzos en el 34.7%.

Las complicaciones patológicas más importantes fueron: la infección urinaria, en el 9.2%, la queratinización de la mucosa vaginal, en el 6.4%, la hipertrofia del cervix en el 4.2% y la úlcera de decúbito en el 3.2%.

La asociación patológica más importante fue con el cáncer cervical en el 0.73%.

Se discute algunas consideraciones respecto del diagnóstico clínico.

INTRODUCCION

Cumpliendo con la honrosa designación para ser relatores de uno de los Temas Oficiales del Vº Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología titulado Prolapso Genital, hemos realizado un estudio clínico de los casos internados con esa afección, en nuestro servicio del Hospital Arzobispo Loayza en un lapso de 3 años, comprendidos entre 1971-1973.

Al estudiar el Prolapso Genital nos ocupamos de una afección bastante común, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad que en las jóvenes.

La palabra prolapso o procidencia deriva del latín "PROCIDERE" que significa caer. Y, esto es lo que ocurre, el descenso o caída hacia abajo de la vagina y el útero.

El descenso del útero, puede ser de un grado variable, y ser acompañado en su desplazamiento por todos los órganos relacionados con él, de ahí que la denominación genérica de "PROLAPSO GENITAL" sea conveniente. Estos órganos son: la vagina, los anexos y en casi todos los casos, la vejiga y el recto.

Esta afección que compromete a tantos órganos es progresiva, y en el curso del tiempo se acentúa lenta pero paulatinamente. Este tiempo de evolución es variable y depende de los siguientes factores: de su etiopatogenia, de la edad de la mujer, sus hábitos de vida, condiciones socio-económicas y defectos nutricionales.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian 547 casos de prolapso genital internados en el Servicio de Ginecología del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza durante los años 1971-1973.

Hacemos un resumen de los conceptos etiológicos y determinamos su frecuencia. Se analiza la distribución etaria y la paridad de las pacientes, determinando la incidencia de las alteraciones anatómicas - patológicas. Se adopta una clasificación anatomoclínica y finalmente hacemos un estudio de la sintomatología conjuntamente con las complicaciones y asociaciones patológicas, discutiendo algunas consideraciones respecto del diagnóstico clínico.

Estática uterina y soporte de los órganos genitales.— El útero se mantiene en su posición anatómica normal de anteverso flexión por su peso, por los ligamentos redondos que mantienen el fondo hacia adelante y por los ligamentos útero-sacros que mantienen al cérvix en una posición posterior. Los ligamentos anchos y su tejido celular actúan también como soportes del útero, pero de una manera secundaria. Los ligamentos anchos y redondos, no tienen ninguna importancia en la prevención del descenso del útero, esta función la realizan casi enteramente los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y sus prolongaciones posteriores los ligamentos útero-sacros. En conjunto las fibras que se distribuyen en forma radiada a partir de la porción supra vaginal del cervix forman una fuerte armazón, dichas fibras que se insertan en la porción supravaginal del cervix, lo hacen también en la parte superior de la vagina, produciendo un

soporte para la cúpula vaginal que también es importante en la prevención del prolapso uterino (12).

La vagina se halla sostenida, en su parte superior, por los fascículos inferiores de los ligamentos cardinales, que se fusionan con su cubierta fascial. Más abajo la sostienen las fibras del músculo elevado del ano, que insertan en sus paredes laterales. La pared anterior de la vagina junto con la uretra y la base de la vejiga están sostenidas por la fascia cervical. Cuando la mujer está de pie, también intervienen en el mantenimiento de la estática uterina la pared vaginal posterior y el periné. La pared posterior de la vagina descansa sobre la fascia rectovaginal y el periné.

El sostén que el periné da a las paredes vaginales es mínimo, se ha demostrado vastamente que el prolapso de cualquier tipo no es una secuela de la ruptura parcial o completa de este.

ETIOPATOGENIA

La ocurrencia del prolapso implica la falla de uno o más de los soportes del útero y vagina. Se sabe que en el 95% de los casos la paciente es múltipara y se considera que el parto es un factor causal importante, por tanto el prolapso genital es raro en las nulíparas.

Sin embargo debe tenerse en cuenta que por lo menos el 80% de las mujeres de mediana edad han tenido varios partos y muchas de ellas no aquejan de prolapso genital, por lo que el papel desempeñado por el parto no debe sobre estimarse, más bien hay que tener presente sobre todo en nuestro país, la deficiencia o carencia de asistencia médica obstétrica (8), (10).

Entre los factores predisponentes debemos señalar:

- La debilidad congénita del desarrollo de los soportes.
- Las lesiones sufridas durante el parto y
- La atrofia de los tejidos de sostén en el climaterio (1).

Debilidad congénita en el desarrollo de los soportes.— Es el más importante de los factores, actúa tanto en la producción del prolapso de múltiparas como en el de primíparas y explica porque "el prolapso aparece a menudo después del parto fácil más que del difícil" (8), pues la debilidad inherente a los tejidos fibromusculares permite una dilatación o ruptura de los elementos del canal del parto.

Otros aspectos del desarrollo que favorecen la producción de los prolapsos son: Cortedad de la vagina, fondos de saco peritoneales útero-vesical y útero-rectal profundos, y la retroversión uterina.

Aunque el verdadero prolapso congénito es raro, cuando este ocurre se le relaciona con la presencia de la espina bífida, en estos casos se señala que la debilidad de los tejidos de soporte se debe a defectos de la innervación.

Lesiones sufridas durante el parto.— Se considera al parto como un factor etiológico importante, ya que es inevitable que el nacimiento de un nuevo ser distienda y algunas veces desgare los soportes de las vísceras y si estos están debilitados por alguna causa previa, la incidencia será mayor.

La lesión exacta y el mecanismo que las producen son desconocidos, se enumeran varios hechos que se consideran importantes: la tracción de la presentación antes que el cuello esté

completamente dilatado podría deteriorar los ligamentos cardinales pero esto sucede cada vez menos en la obstetricia actual, en que la atención pre, intra y post natal es hecha por un médico. Las tentativas par extraer manualmente la placenta tienen igual importancia. La aplicación incompetente del forceps y las versiones internas son otras maniobras obstétricas que provocan distensión y destrucción de los tejidos que favorecen la ocurrencia del prolapso.

Igualmente los puerperios prolongados y/o febriles que producen una subinvolución del útero y de los tejidos pelvianos tienen importancia en el desarrollo de esta alteración.

Es conveniente resaltar aquí, que los desgarros del periné y la vagina, por sí solos, aunque se infecten, no causan prolapso, ya que desde muy antiguo se les señaló como causa principal en la Etiología de esta afección.

Atrofia de los tejidos de soporte en el climaterio.— Las alteraciones en el desarrollo o la debilidad congénita de los soportes pelvianos y sus lesiones obstétricas, no suelen manifestarse hasta después de la menopausia. La atrofia de estos tejidos sigue al cese de la acción trófica de las hormonas ováricas, y es seguida por el desarrollo del prolapso en un tiempo variable.

De esta manera los efectos de las lesiones obstétricas, pueden evidenciarse en forma de prolapso uterino y sus asociaciones distópicas, muchos años después del último embarazo y parto.

Podemos concluir que en el prolapso uterino ocurren en primer término la lesión del tejido conjuntivo del retículo peri-uterino y de las fascias, (5) esto produce una retroflexión uterina y el

descenso del útero después. La presencia de las alteraciones del aparato de suspensión determinan secundariamente las alteraciones accesorias o complementarias en la anatomía patológica del prolapso genital. Se reconocen otras causas desencadenantes: la acción traumática por caídas, el aumento de la presión intra abdominal en tosedoras crónicas y estreñidas, y en algunas profesiones que requieren la estación de pie prolongadamente.

Frecuencia

El prolapso genital es una de las afecciones ginecológicas más frecuentes en nuestro Servicio. En un lapso de 3 años (1971-1973), de un total de 1,440 ginecopatas internadas, 547, el 37.9% presentaron alguna de las formas clínicas de prolapso. Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

PROLAPSO GENITAL — HOSPITAL ARZOBISPO
LOAYZA — DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA

SALAS: IIº y IIIº — 3 AÑOS: 1971-1973

FRECUENCIA

Ginecopatas	Prolapso Genital	%
1,140	547	37.9

Edad

En el Cuadro N° 2 estudiamos la distribución etaria de las pacientes. En él podemos observar que los rangos corresponden a 26 años la menor y 81 la mayor con un promedio de 53, cifra similar a la señalada por varios autores (3), (8), (10). La mayor incidencia corresponde al grupo etario de 45-48 años con un 13.1% le siguen en orden sucesivo; las mujeres entre 49-52 años

con 12%, las de 53-56 años con 10.8% y las del grupo de 57-60 años con 10.2%. Si sumamos todos estos grupos vemos que entre los 45 y 60 años está comprendido el 46.1% del grupo estudiado.

Las mujeres de más edad entre 61 y 81 años están comprometidas en un 16.3%. por tanto podemos concluir que el 62.4% corresponden a mujeres pre y post menopáusicas, lo que demuestra el rol que juega la edad madura y senil para el desarrollo de esta afección.

CUADRO N° 2
PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
EDAD: ESTUDIO EN 547 CASOS

Edad	N° de Casos	%
25-28	12	2.1
29-32	28	5.1
33-36	33	6.0
37-40	68	12.4
41-44	66	12.0
45-48	72	13.1
49-52	66	12.0
53-56	58	10.8
57-60	56	10.2
61-64	26	4.8
65-68	33	6.0
69-72	15	2.9
73-76	9	1.8
77-80	3	0.5
81-	2	0.3
TOTAL:	547	100.0

Paridad

En el Cuadro N° 3 podemos ver la cantidad de partos que han tenido las mujeres portadoras de prolapso genital.

Observamos que la mayor incidencia está en las mujeres que tuvieron 4 partos o sea el 14.9%.

El 57.9% de pacientes tuvieron de 4 a 8 partos y el 22.7% tuvieron entre

CUADRO N° 3
PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
PARIDAD — ESTUDIO EN 547 CASOS

Partos	Casos	%
1	23	4.2
2	36	6.7
3	46	8.5
4	82	14.9
5	68	12.4
6	63	11.6
7	57	10.4
8	47	8.6
9	44	8.0
10	23	4.2
11	19	3.4
12	15	2.9
13	11	2.0
14	2	0.3
15	7	1.2
16	3	0.6
20	1	0.1
TOTAL:	547	100.0

9 y 20. Con 3 partos o menos, el 19.4%.

El promedio de partos/mujer fue de 6.27. Lo que revela la importancia que adquiere la multiparidad en la patogenia de esta afección.

Patología Clínica

En el estudio de la patología clínica, realizado en las 547 pacientes internadas por prolapso genital las clasificamos en los tres grados del descenso del útero y de los órganos vecinos que habitualmente lo acompañan, o lo hacen separadamente. Seguimos el concepto comunmente aceptado del incremento en grados según que, el menor o mayor descenso de dichos órganos, no alcance el introito vaginal, lo alcance o lo sobrepase.

Señalaremos en cuantos casos de las 547 historias clínicas estudiadas de prolapso genital, se han descrito, apar-

te de su registro en forma independiente o concomitante, las manifestaciones clínicas o lesiones anatómicas, siguientes: (Cuadro N° 4). El cistocele en el cual se incluye el descenso de la uretra, debiendo denominársele más propiamente cistouretrocele, en 508 de los casos o sea en el 92.8%; el prolapso del útero e histerocele en 143 de las pacientes, en el 26.1% de éstas; el rectocele en 317 enfermas, que significa en el 57.9% de ellas.

CUADRO N° 4
PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
LESIONES ANATOMICAS (*):
ESTUDIO EN 547 CASOS

Tipo de lesión	N° de Casos	%
Cistocele	508	92.8
Histerocele	143	26.1
Rectocele	317	57.9
Desgarro perineal	384	70.2

(*) Lesiones asociadas

En el Cuadro N° 5 podemos ver lo que se encontró en cada grupo de estas lesiones, en el Grado I, 22 de los cistocelos, el 4.3% de ellas; 13 de los histerocelos, el 9.0% de éstos; y 22 de los rectocelos, el 6.9% de esos. En el Grado II, 398 de los cistocelos, el 78.3%; 55 de los histerocelos, el 38.4%; y 269 de los rectocelos, 84.8%. En el Grado III, 88 de los cistocelos, 17.3%, 75 de los histerocelos 52.4%; y 26 de los rectocelos, 8.2%.

El desgarro perineal se asoció en 384 casos que corresponden al 70.2%, de todos los casos estudiados, siendo

CUADRO N° 5
PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
LESIONES ANATOMICAS: ESTUDIO EN 547 CASOS

Tipo de Lesión	Grado	N° Casos	% del Grupo
Cistocele	Iº	22	4.3
	IIº	398	78.3
	IIIº	88	17.3
Histerocele	Iº	13	9.0
	IIº	55	38.4
	IIIº	75	52.4
Rectocele	Iº	22	6.9
	IIº	269	84.9
	IIIº	26	8.2
Desgarro	Iº	8	2.0
Perineal	IIº	375	97.6
	IIIº	1	0.2

el de mayor frecuencia el Grado II con el 97.0%, el Grado I, en el 2% y apenas en 0.2 el grado III.

La retroflexión uterina en sus diferentes gradaciones se halló acompañando a los prolapso genitales en el 64.2%.

Clasificación Anatómico Clínica

Estos 547 casos de prolapso genital los hemos agrupado, siguiendo la clasificación anatómico-clínica aprobada en el Iº Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, celebrado en 1959 (1).

Esta clasificación tiene en cuenta no solo los factores etiopatogénicos, tal como el constitucional, el traumatismo obstétrico y el factor estrogénico, sino ciertas complicaciones clínicas y contingencias muy importantes de considerar, ya que determinan particularidades al abordar el tratamiento de estas pacientes. Así tenemos: (Cuadro N° 6).

CUADRO N° 6
PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
CLASIFICACION ANATOMO CLINICA
ESTUDIO EN 547 CASOS

Tipo	N° Casos	%
Prolapso de la nuligesta o vaginal	0	0
Prolapso de origen obstétrico	269	49.1
P.G. con incontinencia urinaria de esfuerzo	190	34.9
Prolapso de la post menopáusica	62	11.3
Prolapso recidivado	11	2.0
Prolapso genital y embarazo	5	0.9
Prolapso de muñón cervical	4	0.8
Prolapso de muñón vaginal	3	0.5
P.G. y hernia del fondo de saco posterior	3	0.5
TOTAL:	547	100.0

1° El prolapso de la nuligesta o el vaginal.—Aquí el factor constitucional tiene enorme importancia, existe hipoplasia genital, por tanto hallamos un útero pequeño, en mayor o menor grado prolapsado, generalmente se trata de un simple histerocele; es de rara observación. No tenemos ningún caso.

2° El prolapso de origen obstétrico de mujeres en edad genital.—En estas pacientes el traumatismo del parto ha lesionado más o menos considerablemente el aparato de sostén y suspensión, hallándose histeroceles de segundo o tercer grado acompañados de cistocele y rectocele mayor o menormente pronunciados, frecuentemente asociándose la retroflexión uterina. Estos hechos determinan para su debido tratamiento, que ha de considerar la conversión de la función generativa, operaciones plásticas complejas.

Hemos hallado 269 casos que representan el 49.1%.

3° Prolapso genital con incontinencia urinaria al esfuerzo.—Esta complicación es debida, la mayoría de las veces, a una dislocación del mecanismo esfinteriano del cuello vesical por el traumatismo del parto, generalmente partos prolongados, forceps, etc., en estos casos se observa casi siempre un cistocele más o menos grande (7). Debe hacerse el diagnóstico cistográfico, el que dará la pauta del grado de lesión y por tanto el tipo de operación ha elegir para la curación de la incontinencia. Tuvimos 190 enfermas representando el 34.9%.

4° El prolapso de la post-menopáusica o de la senil.—El hipoestrinismo propio de ese estado al determinar una atrofia con falta de elasticidad de los tejidos, en un aparato genital previamente condicionado por un traumatismo obstétrico, ocasiona el prolapso, que generalmente es de 3° grado o total. Encontramos 62 pacientes que significan un 11.3%.

5° Prolapso genital recidivado.—Subsecuentemente a intervenciones quirúrgicas incompletas, mal realizadas o no correctamente indicadas. Puede confundirse de primer momento con la elongación o hipertrofia del cervix. que debió ser amputado en la primera operación. Hemos hallado 11 pacientes en nuestra casuística que representa el 2%.

6° Prolapso genital y embarazo.—Es de observación rara, con el desarrollo de la gestación, el útero ascenderá paulativamente desapareciendo el prolapso temporariamente, para luego del

parto reaparecer, probablemente más acentuado. Tan solo 5 casos hemos registrado, significando 0.9%.

7º Prolapso del muñón cervical.— Consecutivo a histerectomía subtotal en pacientes con una previa relajación del suelo pelviano y con un cervix en cierto modo descendido. Con 4 casos observados en este estudio representa el 0.8%.

8º Prolapso del muñón vaginal.— En este caso consecutivo a una histerectomía total, ya sea por vía abdominal o vaginal. En nuestra serie 3 casos que representa el 0.5%.

9º Prolapso genital y hernia del fondo de saco posterior.— Es una asociación rara, se debe a la persistencia de un fondo de saco peritoneal, que desciende entre el recto y el útero y vagina por delante: es conveniente tenerla presente, para llevar a cabo el debido tratamiento del saco herniario. Solamente 3 asociaciones de este tipo hemos hallado en el presente estudio, constituyendo el 0.5% (2), (3).

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología del prolapso no es característica y puede ser de intensidad variable, dado que es una enfermedad progresiva, que se desarrolla con el tiempo. Además existen muchas variantes por las múltiples asociaciones con los órganos vecinos.

Podemos pues reconocer síntomas comunes a todos ellos y otros particulares para cada variedad, sea que esta, se presente en forma aislada, o que, un órgano más prolapsado dé lugar a un síntoma que predomina sobre los demás.

Es importante resaltar que muchas veces la intensidad de la sintomatología reseñada por la enferma no guarda relación con los hallazgos del examen ginecológico.

Así hemos podido observar que en un 20% de nuestros casos, en las que la procidencia del útero era total, los síntomas presentaban mínimas molestias que permitían llevar a la mujer una vida normal o muy cercana a ésta, el caso inverso no es infrecuente.

Por lo general uno o varios síntomas se asocian para presentar una sintomatología que guarda relación con las formas anatómo-clínicas que hemos descrito anteriormente.

Lo característico es que casi todos los síntomas presentan un alivio inmediato y completo en la posición de decúbito (10).

En nuestro estudio realizado en 547 pacientes hemos encontrado la siguiente sintomatología, desde un punto de vista general, tal como podemos ver el Cuadro N° 7.

CUADRO N° 7

PROLAPSO GENITAL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA		
SINTOMATOLOGIA — ESTUDIO EN 547 CASOS		
Síntoma	Nº Casos	%
Sensación de tumoración en la vagina	503	91.9
Polaquiuria	195	35.6
Incontinencia urinaria de esfuerzo	190	34.7
Dorsalgia	113	20.6
Molestia tipo tirantez en abdomen o pelvis	102	18.6
Flujo vaginal	98	17.9
Dificultad en vaciar el recto	27	4.9
Dificultad en vaciar la vejiga	25	4.5

En el 91.9% de los casos las pacientes señalan en primer término sensación de tumoración en la vagina, que puede manifestarse como una sensación de plenitud vaginal, que se exagera con el esfuerzo y que en algunos casos puede desaparecer con el reposo o el decúbito. En el examen ginecológico la tumoración señalada puede estar representada por el cuello uterino, el cistocele o el rectocele o los tres al mismo tiempo.

La Polaquiuria es el síntoma que ha sido referido en segundo lugar por su frecuencia en 195 casos o sea en el 35.6%. Su presencia se debe a la irritación mecánica que se produce sobre el trigono vesical, en su inicio es diurna pero al acentuarse el proceso mecánico se hace diurna y nocturna. Muchas veces cuando se agrega un proceso infeccioso se asocia la disuria.

En tercer lugar tenemos la incontinencia urinaria a los medianos esfuerzos. Se presentó en 190 pacientes, el 34.7%. Es debida a una alteración del mecanismo esfinteriano del cuello de la vejiga por acción traumática, generalmente está presente en las variedades con uretrocistocele.

La dorsalgia es el síntoma referido en orden de frecuencia en el cuarto lugar con 113 casos, el 20.6%. Este síntoma puede ser descrito como dolor de espaldas o a nivel lumbo-sacro o sacro. Se caracteriza por ser difuso y se alivia con el reposo, se instala progresivamente en el transcurso del día al iniciarse las actividades físicas. El prolapso vaginal no produce lumbalgia pero sí está presente en el prolapso uterino, se debe a la tracción sobre los ligamentos cardinales y útero sacros.

El siguiente síntoma que hemos estudiado es la molestia de tipo tirantez en el abdomen inferior o pelvis, se manifiesta como una sensación de pujo, causada por la tumoración en la vagina y por el estiramiento de ligamentos y mesos, produciendo la necesidad de evacuar la vejiga lo anotamos en 102 casos, el 18.6%.

El flujo vaginal se presentó en 98 casos, el 17.9%. Con las características cas de ser blanco amarillento, algunas veces purulento y no infrecuentemente sanguinolento. Esto según exista una actividad incrementada de las glándulas cervicales asociada con la congestión del cervix, o en concordancia con la presencia de procesos inflamatorios y lesiones ulceradas de la mucosa cervical (3), (5), (8), (10).

Dificultad en vaciar el recto y la vejiga.— En el primer caso hemos tenido 27 pacientes el 4.93%. Este síntoma se debe a que las heces son retenidas en una especie de bolsa que forma la ampolla rectal, propiciando muchas veces la formación de escibalos o coprolitos que hacen difícil su evacuación a menos que dicha bolsa sea rechazada hacia atrás, se presenta en el rectocele.

La dificultad en vaciar la vejiga se presenta en el cistocele, lo hemos tenido en 25 casos, el 4.5%. Cuando la paciente orina le queda una sensación de seguir miccionando, y es producida por lo difícil que resulta evacuar la orina residual de la "cámara muerta", llamada así por los urólogos, si la paciente realiza un mayor esfuerzo para eliminar el resto de orina la dificultad se acentúa, y se agranda al máximo cuando esta alteración anatómica propicia la infección urinaria.

Cuando la mujer es aleccionada ayuda a evacuar la vejiga al sostenerla con los dedos.

COMPLICACIONES Y ASOCIACIONES PATOLOGICAS DEL PROLAPSO GENITAL

Buen número de pacientes además del prolapso tienen una serie de complicaciones patológicas y en otras se halla asociado con otra patología digna de estudiarse, ya que de acuerdo a éstas cada caso merecerá una conducta especial en la elección del tratamiento quirúrgico.

Complicaciones:

En nuestro estudio, en 547 pacientes hemos encontrado 126 casos, el 23%, que tenían varias complicaciones patológicas que enriquece la sintomatología de las distopías.

Como podemos observar en el Cuadro N° 8, 50 casos, el 9.2% presentaron infección urinaria. De observación corriente cuando el fondo de saco de

un cistocele es bajo y no se vacía totalmente durante la micción, la orina residual favorece el desarrollo bacteriano, por lo que la cistitis complica al cistocele (7). Puede ocurrir también pielitis y pielonefritis. Sobre todo si el tracto urinario superior está dilatado pudiendo en casos extremos llegarse a la insuficiencia renal.

La segunda complicación en orden de frecuencia es la queratinización de la vagina con 35 casos, el 6.4%, aquí la mucosa de la vagina prolapsada y la de la porción intravaginal del cuello uterino se hallan constantemente expuestas al medio ambiente y al trauma por rozamiento especialmente durante la deambulacion (5). El epitelio de estas mucosas se engrosa, se pone rugosa y adquieren un color blanquecino con una capa superficial de queratina, propiciando alteraciones tróficas en la mucosa.

La hipertrofia del cervix se presentó en 23 casos, el 4.2%. Esta complicación se produce por la elongación de la porción supravaginal del cuello uterino cuando la parte inferior de éste y la cúpula vaginal descienden, estando la parte superior bien soportada, así el cervix supra vaginal se alarga por tironeamiento continuo. De esta manera la longitud total del útero se incrementa notablemente (8), esta complicación patológica debe saber reconocerse pues merece un manejo especial en la elección del tratamiento quirúrgico.

La úlcera de decúbito es otra complicación importante, presente en nuestras pacientes en 18 casos, el 3.2%.

Esta lesión es producida por el trauma que representa el roce continuo de los tejidos prolapsados con los muslos, la ropa y toallas sanitarias. Algunos

CUADRO N° 8
PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
COMPLICACIONES — ESTUDIO 547 CASOS

Complicación	Nº Casos	%
Infección urinaria	50	9.2
Queratinización de la vagina	35	6.4
Hipertrofia del cervix	23	4.2
Úlcera de decúbito	18	3.2
Lesión obstructiva del tracto urinario	—	—
Encarcelación del prolapso	—	—
TOTAL:	126	23.0

autores (8) han observado que la lesión ulcerativa se encuentra localizada mayormente en la parte más pendiente del cuello uterino lo que estaría en favor de adicionar como factor etiológico en su producción los trastornos circulatorios y nutricionales de estos tejidos. Otras complicaciones como: lesión obstructiva del tracto urinario y encarcelación del prolapso han sido señaladas (8). En nuestra casuística no hemos tenido ninguno de estos problemas.

ASOCIACION PATOLOGICA CON EL PROLAPSO GENITAL. (Cuadro N° 9)

En 547 pacientes con Prolapso Genital hemos encontrado que 13, el 2.36% presentaron asociaciones con otra patología de las cuales la más importante fue el cáncer cervical, con 4 casos el 0.73%. Uno de ellos fue un carcinoma epidermoide infiltrante diagnosticado en el pre-operatorio y fue derivado al Instituto de Enfermedades Neoplásicas para su tratamiento.

Los otros 3, fueron de carcinoma intraepitelial, diagnosticados en el estudio histopatológico de la pieza ope-

ratoria, después de la amputación del cuello uterino en operaciones de Manchester. La presencia de esta asociación obliga a practicar antes del tratamiento quirúrgico un exhaustivo examen para detectar patología maligna.

La tuberculosis genital, adenomiosis, pólipo cervical y fistula perineal ciega estuvieron presentes con un caso cada una o sea el 0.18% respectivamente. Finalmente el prolapso genital asociado con gestación se presentó en el 0.91%, 5 casos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico puede realizarse con una simple inspección, o anteladamente lo trae la enferma.

Lo que interesa es precisar el grado del prolapso, el estado del útero y determinar el compromiso de otros órganos que pueden acompañarlo en su descenso: cistocele, rectocele, enterocele, etc. y determinar el estado en que se encuentra el suelo de la pelvis (6), (9), (11), (4).

Por tanto se debe tener en cuenta los siguientes hechos:

1. Grado del prolapso y eventualidad de lesiones asociadas: despistaie del cáncer genital y determinar la existencia del cisto y rectocele.
2. Estado del suelo de la pelvis y de los músculos perineales.
3. Localización de la vejiga y el recto para saber como están situados.
4. En caso de existir incontinencia urinaria de esfuerzo investigar el grado de compromiso del esfínter vesical.
5. Evaluación y valoración final para la elección de la técnica operatoria adecuada.

CUADRO N° 9

PROLAPSO GENITAL
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
ASOCIACIONES ESTUDIO EN 547 CASOS

Tipo de Asociación	N° Casos	%
Cáncer del cervix	4	0.73
T.B.C. genital	1	0.18
Adenomiosis	1	0.18
Polipo cervical	1	0.18
Pústula perineal ciega	1	0.18
Embarazo	5	0.91
TOTAL	13	2.36

CONCLUSIONES

1. En la etiopatogenia del Prolapso Genital se consideran 3 factores importantes:
 - La debilidad congénita en el desarrollo de los soportes.
 - las lesiones sufridas durante el parto y
 - la atrofia de los tejidos de sostén en el climaterio.
2. La frecuencia del Prolapso genital en el Servicio de Ginecología del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza durante los años 1971-73, fue de 37.9%.
3. La edad de las pacientes que sufren esta afección fluctúa entre los 26 y 81 años, con un promedio de 53 años.
4. La multiparidad tiene un rol importante en el desarrollo de esta enfermedad. El promedio de partos/mujer en el grupo estudiado es de 6.27.
5. Las lesiones clínico-patológicas en orden de frecuencia son: cistocele en el 92.8%, rectocele en el 57.9% e histerocele en el 26.1%.
6. Es conveniente adoptar una clasificación anatómico-clínica, en grupos, lo que se determinan teniendo en cuenta la funcionalidad del tratamiento. Hemos adoptado la clasificación aprobada en el Segundo Tema Oficial de Ginecología del Iº Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.
7. El síntoma más frecuente señalado por nuestras pacientes fue, el de sensación de tumoración vaginal en el 91.9% de los casos. Le siguen, la polaquiuria en el 35.6%, la incontinencia urinaria a los medianos esfuerzos, en el 34.7%, la dorsalgia en el 20.6%.
8. La complicación patológica más frecuente fue, la infección urinaria en un 9.2% de los casos. Le siguen en frecuencia, la queratinización de la mucosa vaginal en un 6.4%, la hipertrofia del cervix uterino en un 4.2% y la úlcera de decúbito en un 3.2%.
9. La asociación patológica más importante es con el cáncer cervical, con una frecuencia de 0.73%. La presencia de esta asociación obliga a practicar antes del tratamiento un exhaustivo examen para detectar patología maligna.
10. El diagnóstico clínico no ofrece dificultades, pero es importante precisar el grado del prolapso uterino y determinar el compromiso de otros órganos que lo pueden acompañar en su descenso. Se tendrá en cuenta la eventualidad de la presencia de las lesiones asociadas realizando especialmente la detección del cáncer uterino. Se debe evaluar el estado del suelo de la pelvis y de los músculos perineales y en caso de existir incontinencia urinaria de esfuerzo se investigará el grado de compromiso del esfínter vesical.
11. La evaluación y valoración final, en cada caso particular, determinará la elección de la técnica operatoria para la corrección de la distopia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARENAS, NORMANDO: Tratamiento quirúrgico del Prolapso genital. Primer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo I: 162, 1969.
- 2) BADEN, WAYNE F. y WALKER, THOMAS A.: Origen del perfil vaginal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1.048: Dic. 1974.
- 3) BOTELLA LLUSIA, JOSE: Transtornos generales del aparato genital. Tratado de Ginecología. Enfermedades el aparato genital femenino. Tomo III; 272, 1963.
- 4) CROSSEN H. S. y CROSSEN R.J.: Lesiones del suelo pélvico. Ginecología operatoria. Tomo II: 601, 1941.
- 5) CALATRONI J.C. y RUIZ V.: Tratamiento del prolapso genital. Terapéutica ginecológica VIII edición: 598, 1969.
- 6) DURFEE R.B.: Simposio sobre prolapso Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: 991, Dic. 1966.
- 7) GREEN T.H., Jr.: Incontinencia urinaria de esfuerzo. Progresos de la Ginecología. Volumen IV: 563, 1971.
- 8) JEFFCOATE, NORMAN: Prolapso Genital. Ginecología: 246, 1ª Edición, 1971.
- 9) SHIRODKAR, V.N.: Una nueva visión para comprender la anatomía y el tratamiento del prolapso uterino. Progresos en Ginecología y Obstetricia, Vol. I: 659, 1970.
- 10) NOVAK R., EDMUND: Tratado de Ginecología. Relajación de la abertura vaginal: 293, 1971.
- 11) TE LINDE, R.W.: Ginecología operatoria. Prolapso del útero: 502, 1971.
- 12) TESTUT, L. y LATARJETA: Tratado de anatomía humana. El aparato genital femenino. Tomo IV, 1932.