

Sobre «cómo valorar» el grado de prolapso. ¿Todos exploramos igual?

Los criterios que se siguen para la clasificación de los defectos anatómicos de las mujeres con prolapso genital están definidos por grupos de expertos de sociedades científicas, que han llegado a un acuerdo sobre «cómo definir» cada grado de prolapso. No obstante, lo que no se ha definido con claridad es el «cómo explorar» a estas mujeres para poder identificar y describir correctamente todas las alteraciones anatómicas existentes.

Según la definición de prolapso que se ofrece en el último informe de terminología de la ICS/IUGA (International Continence Society/International Urogynecological Association), el prolapso es «el descenso de uno o más» de los siguientes elementos anatómicos: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero o cúpula vaginal en las mujeres con histerectomía previa. En esta definición se puntualiza claramente que cualquiera de estos signos se ha de correlacionar con síntomas sugestivos de prolapso y además se añade que lo más común es que esos síntomas se produzcan «cuando el descenso llega a nivel del himen» (Haylen et al., 2010). En cambio, llama la atención lo poco definido que está en este informe el «cómo debe realizarse la exploración pélvica», ya que sólo se indica que la exploración del prolapso «debe hacerse con la vejiga vacía y si es posible con el recto también vacío». Sin embargo, no hay ninguna referencia a la posición en la que debe realizarse la exploración de la mujer; únicamente se señala que, de todas las posibles posiciones en las que puede explorarse una mujer con síntomas de prolapso (decúbito lateral, decúbito supino o de pie), hay que elegir la que mejor consiga reproducir esos síntomas. Esta descripción resulta claramente insuficiente y pone de manifiesto la necesidad de llegar a un acuerdo sobre «el cómo» proceder para determinar el tipo de defecto y el grado de descenso durante la exploración pélvica de las mujeres con síntomas de prolapso. También en los trabajos publicados en revistas de la especialidad, la descripción del *cómo* se ha realizado la exploración pélvica en estas mujeres suele ser poco detallada, una descripción que reviste especial interés en los artículos donde se publican resultados sobre el tratamiento de esta patología. Sólo cuando el método se detalla es posible su reproducción y la comparación de resultados entre distintos autores.

Aunque todos estamos de acuerdo en que el prolapso es más sintomático cuando la mujer está de pie, en la mayoría de los centros no se explora a las mujeres en esta posición. En algunos lugares el prolapso se explora en decúbito lateral, pero en general la posición que más se utiliza es la de litotomía. En esta posición es importante precisar algunos aspectos que pueden hacer variar el grado del descenso observado por el médico, como la utilización o no de una valva vaginal tipo Sims, y la posición del respaldo de la camilla (es decir, si el tronco de la mujer está en posición horizontal o semisentada). Además, en todas las posiciones, en el descenso de los órganos prolapsados puede influir el hecho de que la mujer tenga poca fuerza para empujar hacia abajo, o que limite esta fuerza por miedo a poner a prueba su continencia urinaria o de gases. Sin embargo, de todos los métodos utilizados, el que más variabilidad puede presentar es el de traccionar del cérvix o de la cúpula vaginal para poner en evidencia el grado de descenso del componente apical, sobre todo si esta maniobra se hace con la paciente bajo el efecto de la anestesia. Se ha demostrado que todos los cérvix, cuando se tracciona de ellos, pueden llegar a 1 cm del introito (Foon et al., 2012)

M. España Pons

Unidad de Suelo Pélvico.
Servicio de Ginecología.
Institut Clínic de
Ginecologia, Obstetrícia i
Neonatologia (ICGON).
Hospital Clínic. Barcelona

y que, bajo el efecto de la anestesia, el descenso de las paredes vaginales, sobre todo del componente apical, es significativamente mayor que sin anestesia (Brazell et al., 2012).

El hecho es que, en la práctica clínica, todas las mujeres que han sido sometidas a una cirugía de prolapso habrán sido exploradas previamente y los defectos anatómicos identificados durante la exploración pélvica habrán sido clasificados de acuerdo con el grado de descenso observado. Lo más relevante es que la indicación del tipo de cirugía (qué defectos se corrigen, si se hace histerectomía o no, etc.) se establece en función de esta exploración pélvica. En una encuesta realizada a ginecólogos ingleses, en la que se les preguntaba sobre las indicaciones de histerectomía en pacientes con síntomas de prolapso que iban a ser sometidas a una colporrafia anterior, el 50% de los ginecólogos respondieron que harían una histerectomía simultánea a la corrección del defecto de la pared vaginal anterior si al traccionar del cérvix éste llegaba a un 1 cm por encima del introito (Coats et al., 2010).

En estos momentos hay un debate abierto sobre la indicación del tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Se acepta que la indicación de tratamiento ha de basarse en los síntomas que refiere la paciente y en su deseo de ser tratada o no, y no sólo en los defectos anatómicos observados por el especialista. En mujeres con prolapso sintomático y que desean ser operadas, la indicación del tipo de cirugía debería basarse en una exploración pélvica llevada a cabo en unas condiciones bien definidas y reproducibles. Desde el punto de vista estrictamente científico, debería concluir diciendo que hacen falta estudios prospectivos, con seguimiento a largo plazo, en los que de forma aleatorizada la decisión sobre el tipo de cirugía en las mujeres con prolapso sintomático que desean ser operadas se base en la exploración pélvica realizada, en unos casos, en la consulta en unas condiciones bien definidas y, en otros, en el quirófano, en las mismas condiciones pero bajo anestesia. No obstante, en el momento actual, mi conclusión es que es imprescindible abrir un debate sobre cómo exploramos a las mujeres que nos consultan por sensación de tener un bulto en los genitales. No podemos partir de la premisa de que todos exploramos del mismo modo a las pacientes con prolapso genital. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Brazell H, Sage C, Moore L, Dereska N, Hudson S, Swift S. Does neuromuscular blockade affect the assessment of pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J.* 2012; 23(11): 1.599-1.603.
- Chao FL, Rosamilia A, Dwyer PL, Poyakov A, Schierlitz L, Agnew G. Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomised controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2012; 23(4): 417-422.
- Coats E, Agur W, Smith P. When is a concomitant hysterectomy performed during anterior colporrhaphy? A survey of current practice amongst gynaecologists. *Int Urogynaecol J.* 2010; 21(Suppl 1): S158-S160.
- Foon R, Agur W, Kingsly A, White P, Smith P. Traction on the cervix in theatre before anterior repair: does it tell us when to perform a concomitant hysterectomy? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012; 160(2): 205-209.
- Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29(1): 4-20.