

# SUELO, PÉLVICO

ISSN: 1885-0642

REVISTA ESPAÑOLA SOBRE  
MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO  
DE LA MUJER Y CIRUGÍA  
RECONSTRUCTIVA

VOLUMEN 8 • NÚMERO 2

## EDITORIAL

- Cirugía del prolapso genital con malla vaginal.  
Un año después del comunicado de la FDA** 25  
M. Espuña Pons

## ARTÍCULO ORIGINAL

- Neuroestimulación del nervio tibial posterior como tratamiento  
para la incontinencia urinaria de urgencia** 28  
A. Martín Martínez, M. Armas Roca, E. Luelmo Buitrón, J. Expósito Hernández,  
B. Navarro Rivero, I. Martínez Toledano, J.A. García Hernández

## REVISIÓN

- Consenso de terminología y clasificación de la IUG y la ICS sobre  
las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios  
de la mujer en la cirugía del suelo pélvico** 32  
D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila,  
M. Fillol Crespo

## ESTADO DE LA CUESTIÓN

- Fortalecimiento de suelo pélvico y gestación** 39  
R. Montejo

## CASO CLÍNICO

- Evisceración intestinal transvaginal sin cirugía previa** 44  
J.M. Hidalgo Fernández, A. del Rey Moreno, J.J. Hidalgo Díaz

- RESUMEN VI CONGRESO NACIONAL DE SUELO PÉLVICO** 47  
F. Muñoz



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
SEGO



# SUELO, PÉLVICO

REVISTA ESPAÑOLA SOBRE  
MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA  
MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

## SUMARIO

### EDITORIAL

25

#### **Cirugía del prolapso genital con malla vaginal. Un año después del comunicado de la FDA**

M. Espuña Pons

### ARTÍCULO ORIGINAL

28

#### **Neuroestimulación del nervio tibial posterior como tratamiento para la incontinencia urinaria de urgencia**

A. Martín Martínez, M. Armas Roca, E. Luelmo Buitrón, J. Expósito Hernández, B. Navarro Rivero, I. Martínez Toledano, J.A. García Hernández

### REVISIÓN

32

#### **Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico**

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

### ESTADO DE LA CUESTIÓN

39

#### **Fortalecimiento de suelo pélvico y gestación**

R. Montejo

### CASO CLÍNICO

44

#### **Evisceración intestinal transvaginal sin cirugía previa**

JM Hidalgo Fernández, A del Rey Moreno, JJ Hidalgo Díaz

### RESUMEN VI CONGRESO NACIONAL DE SUELO PÉLVICO

47

F. Muñoz

#### **Director honorífico:**

Xavier Iglesias Guiu (Barcelona)

#### **Director científico:**

Montserrat Espuña Pons (Barcelona)

#### **Comité científico:**

Lluís Amat Tardiu

Pere Brescó Torras

Manuel Carmona Salgado

Juan Fernando Cerezuela Requena

Manuel Fillol Crespo

Eduardo Luelmo Buitrón

Julián Marcos Esteban

Juan Carlos Martínez Escoriza

Pilar Miranda Serrano

Eloy Moral Santamarina

Francisco Muñoz Garrido

María Antonia Pascual Amorós

Antoni Pessarrodona Isern

[www.suelopelvico.org](http://www.suelopelvico.org)  
[www.sego.es](http://www.sego.es)

Volumen 8 n.º 2

Revista Española sobre Medicina  
del Suelo Pélvico de la Mujer  
y Cirugía Reconstructiva

Órgano Oficial de la Sección  
de Suelo Pélvico de la SEGO

Con el patrocinio de:



Edita:



Aribau, 185-187  
08021 Barcelona

Paseo de la Habana, 46  
28036 Madrid

Preimpresión: M4 Autoedición  
Asociados

Impresión: Press Line

Depósito legal: B-27.967-05

ISSN: 1885-0642

©Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos.  
Queda prohibida la reproducción  
total o parcial de los contenidos,  
aun citando la procedencia, sin la  
autorización del editor.

[suelopelvico@edicionesmayo.es](mailto:suelopelvico@edicionesmayo.es)

[www.edicionesmayo.es](http://www.edicionesmayo.es)

EDITORIAL

## Cirugía del prolapso genital con malla vaginal. Un año después del comunicado de la FDA

El último comunicado de la Food and Drug Administration (FDA) ha colocado el tema de la cirugía pélvica reconstructiva en el ojo del huracán. Sin lugar a dudas el tema que provoca más controversia en Uroginecología continúa siendo la reparación del prolapso genital con malla vaginal sintética frente a la cirugía vaginal del prolapso con tejidos propios, lo que denominamos también cirugía vaginal clásica.

Todas las series que publican resultados del tratamiento quirúrgico del prolapso con cirugía vaginal clásica presentan una incidencia de recurrencia anatómica cuyas cifras se mueven en un amplio rango; no obstante, sólo una parte de las pacientes con recurrencia anatómica tendrán síntomas atribuibles al prolapso y precisarán una reintervención. La dimensión real de esta recurrencia ha sido evaluada en la mayoría de estudios de forma muy poco homogénea y bastante superficial, lo que ha servido para que estos datos hayan sido interpretados a gusto de los defensores de la malla o de los que defienden la cirugía con tejidos propios. No obstante, y dado que la causa principal de la recurrencia se atribuye a la «deficiente calidad de los tejidos de la paciente», la investigación destinada a buscar soluciones técnicas que permitan fijar mejor y de una forma más duradera las estructuras anatómicas que están prolapsadas se sigue considerando necesaria.

En el 2003 la FDA aprobó el primer «kit» de malla para ser colocada vía vaginal en la corrección del prolapso genital. A partir de este momento, la «fiebre de la malla vaginal» se extendió rápidamente por todo el mundo de la Uroginecología, de forma que estos kits fueron proliferando de una forma exagerada. Paralelamente, tanto los profesionales ginecólogos como los urólogos y uroginecólogos se fueron posicionando entre los «defensores de la malla vaginal» y los «defensores de la cirugía vaginal sin mallas». En el 2008 la misma FDA lanza una advertencia a los médicos y alerta a los usuarios acerca de las «nuevas complicaciones» secundarias a la cirugía de prolapso con mallas vaginales. A pesar de esta advertencia, la utilización de mallas siguió aumentando y también las publicaciones que advertían sobre nuevos tipos de complicaciones que aparecían a medio y largo plazo. Hace justo un año, en julio del 2011, la FDA publica un comunicado en el que advierte de una forma mucho más contundente del creciente número de complicaciones comunicadas y a la escasa evidencia sobre las ventajas de la utilización de mallas vaginales en cuanto a la mejoría global de la calidad de vida de las pacientes. Este comunicado va seguido de 15 recomendaciones a los profesionales de la salud, que van desde la necesidad de un entrenamiento quirúrgico específico a una exhaustiva información a la mujer sobre riesgos y beneficios y unas recomendaciones sobre el seguimiento óptimo de las pacientes con mallas implantadas para detectar complicaciones. Estas recomendaciones a los profesionales van unidas a las 17 recomendaciones a las pacientes, que se refieren a las preguntas que deberían hacer a su médico antes de la cirugía y cómo debería ser el control de su prótesis después de la cirugía. La mayoría de sociedades científicas relacionadas con la Uroginecología han reaccionado apoyando las recomendaciones y solicitando un cambio de actitud tanto de los que comer-

M. España Pons

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

cializan estos productos como de los profesionales que los implantan. Aunque este comunicado creó preocupación y bastante confusión entre los profesionales y las pacientes, si se analiza detalladamente describe un marco de actuación que ofrece posibilidades de franca mejora de la situación existente.

La evidencia de que las mallas sintéticas no son una solución perfecta ni siquiera para las hernias abdominales y el hecho de que la vagina no es la pared abdominal eran las primeras preocupaciones de los profesionales críticos con la malla vaginal. Aún actualmente, con una enorme cantidad de mallas vaginales implantadas, hay muy poco conocido sobre la respuesta de la vagina humana a la implantación de este material protésico. Los estudios que analizan la respuesta de tejido huésped son heterogéneos con respecto a la metodología, al tipo de animales en los que se han implantado las mallas y la duración del seguimiento. En los estudios con animales, se ha observado que existe un fino equilibrio entre la respuesta inflamatoria durante la incorporación en el tejido y la cicatrización. Las variables de esta respuesta inflamatoria incluyen la arquitectura del implante, la duración, la colonización bacteriana y respuesta individual del huésped. En el momento actual podemos decir que aún no existe una material ideal para el implante vaginal y que son necesarios estudios que controlen todos los aspectos de cada nueva malla y sus efectos en la vagina del huésped.

Otro hecho importante que acentúa la confusión en la que estamos se basa en que no existen suficientes datos de calidad para definir unas indicaciones de la cirugía vaginal con mallas, es decir, no tenemos elementos objetivos que nos permitan poder hacer una selección óptima de las pacientes que claramente se pueden beneficiar de la cirugía del prolapso con mallas vaginales, en relación con la cirugía clásica o la cirugía con malla vía abdominal. Algunas sociedades científicas como la International Urogynecological Association (IUGA) han publicado sus recomendaciones, en parte basadas en la revisión sistemática de la literatura y en parte en la opinión de un comité de expertos (Davila et al. 2012). Definen los potenciales beneficios del uso de la malla vaginal en cuatro niveles: «beneficio probable», «beneficio posible», «beneficio improbable» y «no recomendable». La probabilidad de que la cirugía con malla vaginal sea mejor para la mujer que la cirugía con tejidos propios, los expertos de la IUGA la limitan a las mujeres con recurrencia del prolapso en el compartimento anterior o apical y algunos casos de cirugía primaria del cistocele de grado III o mayor, en mujeres con incremento crónico de la presión intraabdominal o con evidencia de una fascia deficiente.

El tema ahora, un año después del comunicado de la FDA, es definir a dónde vamos. Sólo hay dos posibilidades: el abandono de la malla vaginal o seguir andando por este camino, pero sin saltarnos ningún paso. Sin lugar a dudas la segunda opción es la adecuada, pero siguiendo los pasos marcados por la FDA. Esto supone identificar los múltiples factores que interaccionan para que el resultado con este tipo de cirugía sea óptimo, reduciendo al máximo las complicaciones. La hoja de ruta se podría resumir diciendo:

- Antes de comercializar un nuevo producto, es imprescindible una investigación básica que permita tener datos sobre el posible efecto en los tejidos de la vagina de los materiales que se van a implantar. Esta investigación ha de ir seguida de una investigación clínica de calidad, que evalúe los resultados a largo plazo y con las medidas adecuadas que permitan demostrar la superioridad de los resultados en cuanto a éxito del tratamiento y menor incidencia de complicaciones. La comunidad médica ha de rechazar el uso de cualquier producto, independientemente del precio, que no vaya acompañado de estos datos.
- Antes de indicar una cirugía con malla vaginal, es imprescindible analizar todos los elementos que permitan una correcta selección de las pacientes, de forma que para una paciente concreta la cirugía con malla vaginal tenga altas probabilidades de dar mejor resultado, a medio y largo plazo, tanto desde el punto de vista anatómico como funcional y de calidad de vida, que si se hiciera cirugía con tejidos de la propia paciente o cirugía con malla por vía abdominal.
- Antes de optar por una cirugía con malla vaginal, la paciente ha de ser informada de todas las ventajas y posibles complicaciones de esta técnica y de las demás alternativas quirúrgicas, de forma que sea ella misma la que decida

si prefiere asumir el riesgo de las complicaciones de la malla o el riesgo de tener que ser reintervenida por prolapso en el futuro.

- Antes de que un cirujano se inicie en la corrección del prolapso con implante de malla vaginal, ha de ser consciente de que, aunque sea un experto en cirugía vaginal clásica, la cirugía con malla vaginal requiere unos conocimientos y unas habilidades distintos de los que posee. Esto significa que ha de adquirir los conocimientos sobre la biología de los implantes y sobre la anatomía de los espacios pélvicos que estas técnicas utilizan. Ha de aceptar que el nuevo procedimiento tiene una curva de aprendizaje que deberá seguir siendo tutelada por un cirujano experto en la cirugía vaginal con mallas.

El impacto del comunicado de la FDA nos ha de servir para reactivar el interés en mejorar los resultados de la cirugía vaginal con tejidos propios, de forma que de la mano de cirujanos expertos, los nuevos conceptos anatómicos, puedan incorporarse a la cirugía vaginal clásica, mejorando la técnica y disminuyendo la recurrencia. No obstante, cuando ésta se produce, el disponer de técnicas con material protésico que hayan demostrado su eficacia y seguridad es sin lugar a dudas una alternativa a considerar. La formación óptima de los profesionales que vayan a implantar mallas para, corrección del prolapso por vía vaginal debería hacerse en cooperación con sociedades científicas, la industria y los centros de excelencia, y debería acreditarse. El comunicado de la FDA nos da la oportunidad de unir nuestros esfuerzos para trabajar juntos en beneficio de todas las mujeres que confían en nuestro cuidado. ■

## Bibliografía

- Actualización sobre las complicaciones asociadas a la colocación transvaginal de una malla para la corrección del prolapso de órganos pélvicos. Resumen del comunicado de seguridad de la Food and Drug Administration (FDA). *Suelo Pélvico*. 2011; 7(3): 61-63.
- Davila GW, Baessler K, Cosson M, Cardozo L. Selection of patients in whom vaginal graft use may be appropriate. Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: optimizing safety and appropriateness of graft use in transvaginal pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 Suppl 1: S7-14.
- FDA Safety Communication: Update on serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse. Disponible en: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm262435.htm>
- Slack M, Ostergard D, Cervigni M, Deprest J. A standardized description of graft-containing meshes and recommended steps before the introduction of medical devices for prolapse surgery. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 Suppl 1: S15-26.
- Winters JC, Jacquetin B, Castro R. Credentialing for transvaginal mesh placement--a case for «added qualification» in competency. Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: optimizing safety and appropriateness of graft use in transvaginal pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 Suppl 1: S27-31.

ARTÍCULO ORIGINAL

## Neuroestimulación del nervio tibial posterior como tratamiento para la incontinencia urinaria de urgencia

A. Martín Martínez<sup>1</sup>, M. Armas Roca<sup>1</sup>, E. Luelmo Buitrón<sup>1</sup>, J. Expósito Hernández<sup>2</sup>, B. Navarro Rivero<sup>2</sup>, I. Martínez Toledano<sup>2</sup>, J.A. García Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

### RESUMEN

Presentamos los resultados preliminares de un estudio prospectivo, cuyo objetivo era evaluar el impacto de la estimulación eléctrica percutánea del nervio tibial posterior en la calidad de vida de 12 pacientes con síntomas de hiperactividad vesical, tras un periodo de seguimiento de 11 meses. La mayoría de ellas manifestaron una clara mejoría de todos los síntomas. Aunque se trata de una serie corta, tanto en el tiempo como en el número de pacientes, creemos que la electroestimulación del nervio tibial posterior es un tratamiento eficiente, seguro y no invasivo, que mejora significativamente los síntomas de vejiga hiperactiva y la calidad de vida de las pacientes.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Electroestimulación, nervio tibial posterior, vejiga hiperactiva, incontinencia urinaria de urgencia.

### ABSTRACT

#### Management of urgent urinary incontinence with posterior tibial nerve electrical stimulation

*This paper presents the preliminary results of a prospective study aimed at assessing the impact of percutaneous electrical nerve stimulation of the posterior tibial nerve on the quality of life of 12 patients with overactive bladder symptoms after a follow-up period of 11 months. Most of them showed clear improvement in all symptoms. Although this is a short series, both in time and the number of patients, we believe posterior tibial nerve electrical stimulation treatment is efficient, safe and noninvasive, which significantly improves patients' overactive bladder symptoms and quality of life.*

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Electrical stimulation, posterior tibial nerve, overactive bladder, urgent urinary incontinence.

### Introducción

La hiperactividad vesical es un síndrome que engloba a pacientes con un aumento de la frecuencia miccional y urgencia, asociada o no a incontinencia urinaria. La vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia de urgencia, posee un alto impacto en la calidad de vida<sup>1</sup>.

Tanagho y Schmidt, en 1981, describieron la neuroestimulación del plexo sacro para la incontinencia anal. Observaron una mejoría en la continencia anal en el 80% de los pacientes tratados con esta técnica. Posteriormente, McGuire et al., en 1983, diseñaron la técnica de la neuroestimulación transcutánea del nervio tibial posterior para pacientes con vejiga hiperactiva. Esta técnica produce una

mejora del primer volumen de contracción involuntario del detrusor<sup>2</sup> y aumenta la capacidad cistomanométrica máxima<sup>3</sup>. Es una técnica de neuroestimulación mínimamente invasiva y fácil de realizar, que incluso se puede utilizar en niños<sup>4</sup>. Las tasas de éxito publicadas estiman que dos tercios de los pacientes tratados presentan mejoría tras su aplicación. Además, en los pacientes en que exista una contraindicación para el uso de los anticolinérgicos, permitirá disponer de otra terapia no invasiva<sup>5</sup>.

El mecanismo de acción se centra en la estimulación retrógrada de las raíces del plexo sacro relacionadas con el control visceral y muscular del suelo pélvico.

En la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, en colaboración con el Servicio de Neurofisiología del mismo centro, se ha instaurado

#### Dirección para correspondencia:

A. Martín. Correo electrónico: aliciammartinez@gmail.com

Neuroestimulación del nervio tibial posterior como tratamiento para la incontinencia urinaria de urgencia

A. Martín Martínez, M. Armas Roca, E. Luelmo Buitrón, J. Expósito Hernández, B. Navarro Rivero, I. Martínez Toledano, J.A. García Hernández

recientemente un protocolo de actuación para las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia refractaria a tratamiento médico y para las que presenten contraindicación en la toma de medicación anticolinérgica.

## Contenido del protocolo de actuación. Normas generales

En la primera sesión se le explica a la paciente en qué consiste el tratamiento. Se realiza a las pacientes un test de Sandvik para evaluar su calidad de vida al inicio del tratamiento, y se les entrega un diario miccional, que será la herramienta básica para evaluar los cambios al inicio de cada una de las sesiones. En esta primera visita también se realiza un estudio neurofisiológico del nervio tibial posterior.

### Pauta de tratamiento

- Sesiones de 30 minutos de duración.
- Periodicidad. Se realiza un primer ciclo con sesiones 1 vez a la semana, procurando que sea el mismo día y a la misma hora, durante los 3 primeros meses. Si las pacientes han notado mejoría, se realiza un segundo ciclo de 3 meses de duración con sesiones cada 15 días y, finalmente, un tercer ciclo de recuerdo con sesiones mensuales.

### Material

- Electrodo estimulador. Tiene las siguientes características: aguja subdermal monopolar desechable de 12 mm de longitud y 0,4 mm de diámetro, con cable de 0,31 × 13 mm y de 1 m de longitud, que se inserta en el equipo de estimulación.
- Equipo de estimulación: electromiógrafo Schwarzen Topas de 4 canales.

### Método

- Posición de sedestación sobre el sillón de exploración/tratamiento.
- Se limpia la zona con gel de arrastre NUPREP.
- Se localiza el punto de inserción del electrodo estimulador de aguja a 2 cm lateral y por delante del maléolo interno de la extremidad inferior. Se inserta el electrodo estimulador en dirección rostral y con un ángulo de 30°. Se coloca el electrodo de referencia neutro superficial sobre el maléolo interno.

### Características del estímulo

- Pulso eléctrico cuadrado, de intensidad creciente hasta un máximo de 9 mA.
- Frecuencia de estimulación de 20 Hz.
- Duración del estímulo de 0,2 ms.

### Disposiciones finales

Al terminar el primer ciclo se hará una evaluación general de la efectividad del tratamiento, mediante la aportación de la evolución de la micción, la valoración de la calidad de vida de la paciente mediante el test de Sandvik y los estudios funcionales neurofisiológicos. Tras evaluar los resultados del primer ciclo, se decidirá finalizarlo o continuarlo hasta un máximo de 3 ciclos, con sesiones quincenales o mensuales.

### Resultados

Se han incluido en el estudio 12 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de urgencia refractaria a tratamiento médico y un paciente con miastenia *gravis*, cuyo primer escalón terapéutico fue la neuroestimulación del tibial posterior. El tiempo de seguimiento del grupo es de 11 meses (rango: 9-15) desde la finalización del tratamiento. La visita para la valoración de los resultados se ha realizado en el tercer mes tras finalizar las sesiones de neuroestimulación. Para evaluar los resultados empleamos el test de Sandvik, el estudio urodinámico, la media de unidades de material absorbente (UMA) empleadas por las pacientes, el número de escapes diarios, la frecuencia miccional diaria (FMD) y la frecuencia miccional nocturna (FMN).

Entre los antecedentes personales de las pacientes tratadas destaca un caso con antecedente de accidente cerebrovascular, otro con lupus eritematoso sistémico y otro con miastenia *gravis*.

El motivo de consulta fue la incontinencia urinaria en todos los casos; ninguna de las pacientes refirió síntomas de incontinencia anal.

El test de Sandvik en 11 pacientes mostró una puntuación de 12; en una paciente se obtuvo una puntuación de 8. La media de las UMA empleadas por las pacientes fue de 15 al día (rango: 7-19).

El número de escapes diarios fue de 9 (rango: 7-26), la media de la FMD registrada fue de 14 (rango: 13-24) y la de la FMN de 4 (rango: 3-8).

En todas las pacientes se observaron contracciones no inhibidas durante la fase de llenado en el estudio urodinámico; la capacidad cistomanométrica máxima media observada fue de 288 mL (rango: 135-310).

La media de sesiones aplicadas a este grupo ha sido de 6 (rango: 5-9).

La puntuación en el test de Sandvik a la finalización del tratamiento ha sido de 0 en una paciente, 4 en seis pacien-

tes, 6 en dos pacientes, 8 en dos pacientes y 12 en dos pacientes. Esto supone que de las 13 pacientes incluidas en el estudio, 11 (84,7%) han mejorado su calidad vida y 2 (15,3%) no han percibido mejoría. De las pacientes del grupo de mejora hay que destacar que 7 de ellas (70% del grupo) tienen una puntuación en el test de Sandvik <4.

El número de escapes diarios fue de 3 (rango: 1-14), la media de la FMD registrada fue de 8 (rango: 6-16) y la media de la FMN de 2 (rango: 0-5).

Con respecto a los parámetros urodinámicos, se observa una disminución de las contracciones no inhibidas durante la fase de llenado en las 13 pacientes sometidas a neuroestimulación. Asimismo, se observa un incremento en la capacidad cistomanométrica máxima en 5 (38,4%) de las pacientes estudiadas.

## Discusión

Paralelamente al desarrollo de la neuroestimulación central, en los Países Bajos y Estados Unidos surgen grupos de trabajo que demuestran la utilidad de la estimulación eléctrica del nervio tibial posterior, en pacientes con vejiga hiperactiva idiopática y en pacientes con diagnóstico de cistitis intersticial<sup>6,7</sup>.

Aunque actualmente el tratamiento farmacológico debe ser la primera opción en las mujeres con síntomas clínicos de vejiga hiperactiva, el cumplimiento terapéutico es bajo, especialmente por los efectos secundarios que conducen a su suspensión en el 60% de los casos<sup>4,8</sup>; por otro lado, no todas las pacientes responden al tratamiento.

Los resultados que aquí se presentan son una propuesta preliminar, por lo que debemos ser cautos para extraer conclusiones, pues es necesario sopesar la perdurabilidad del beneficio obtenido, así como sus costes globales en el caso en que sean necesarias dosis de recuerdo para asegurar dicho beneficio.

Todas las pacientes incluidas fueron estudiadas mediante pruebas urodinámicas, lo que asegura la objetividad de los criterios diagnósticos y de los resultados obtenidos.

Podemos observar una disminución significativa en las variables de frecuencia miccional y nocturna en la mayoría de las mujeres del grupo de estudio. La normalización de la frecuencia miccional diaria se ha conseguido en la mayoría de las mujeres de la muestra. Van der Pal et al.<sup>9</sup> también observaron una disminución en el número de micciones diarias, así como de las UMA empleadas, como en las mujeres de nuestra serie. Fall et al.<sup>10</sup> utilizaron este recurso en el tratamiento de la cistitis intersticial, obteniendo una mejoría en los síntomas referidos por las mujeres, así como unos periodos intermiccionales de mayor duración.

Observamos que la nocturia también mejoró en la mayoría de las pacientes estudiadas en nuestro centro. La bibliografía muestra que la nocturia es uno de los síntomas que causa mayor impacto en la calidad de vida. Coyne et al.<sup>11</sup>, en 2002, utilizaron el cuestionario OAB-Q para evaluar la repercusión de los síntomas de nocturia sobre la calidad de vida, y observaron una interferencia en el sueño y la interacción social. McGuire et al.<sup>6</sup>, en su estudio de 22 mujeres con síntomas clínicos de vejiga hiperactiva, encontraron 12 casos (55%) de mujeres continentales y 7 (32%) con mejoría, después del tratamiento con estimulación eléctrica del nervio tibial posterior.

En el presente estudio hemos observado un 70% de mejoría en el grupo de tratamiento, coincidiendo con los estudios de la bibliografía, en los que se describen tasas de mejoría en los pacientes de un 50-70%<sup>8,12</sup>.

Podemos justificar esta mejoría a través del estudio de Amarenco<sup>2</sup>, que observó durante la evaluación urodinámica un aumento de la capacidad vesical, además de un retardo en la aparición de contracciones no inhibidas del detrusor. Nuestros resultados son concordantes con estos hallazgos. Estos dos factores pueden actuar disminuyendo la urgencia miccional presentada por la mujer. Irwin et al.<sup>13</sup> observaron en su trabajo que el 32% de las personas entrevistadas con síntomas de vejiga hiperactiva presentaba síntomas de depresión, y el 28% síntomas de estrés. Además, el 76% informó de que los síntomas interferían negativamente en su vida diaria.

La mejora en la calidad de vida, después de la estimulación del nervio tibial posterior, fue significativa tanto en la puntuación de severidad como en la puntuación total del test de Sandvik, lo cual coincide con lo documentado en la bibliografía.

Finazzi-Agrò et al.<sup>14</sup> demostraron, que al estimular una vía neurológica periférica de forma intermitente durante un periodo de 12 semanas, en pacientes con vejiga hiperactiva, se lograron potenciales evocados somatosensoriales en el sistema frontal. Este hallazgo es, sin duda, muy valioso, pues refleja la existencia de un cambio cortical generado a partir de la estimulación periférica. Esta neuroplasticidad evidenciada es trascendental a la hora de entender el efecto terapéutico a largo plazo observado en los pacientes tratados con neuroestimulación periférica o central.

La neuroestimulación periférica es más simple de realizar, presenta una escasa morbilidad y tiene un coste menor. Está contraindicada en pacientes portadores de marcapasos o desfibriladores implantados, pacientes con cardiopatías y mujeres gestantes. En los casos en que exista contraindicación o intolerancia a los anticolinérgicos, esta opción permitirá disponer de otra terapia no invasiva, que incluso puede combinarse con dosis menores de estos medicamentos, disminuyendo los

## Neuroestimulación del nervio tibial posterior como tratamiento para la incontinencia urinaria de urgencia

A. Martín Martínez, M. Armas Roca, E. Luelmo Buitrón, J. Expósito Hernández,  
B. Navarro Rivero, I. Martínez Toledano, J.A. García Hernández

efectos no deseados<sup>15</sup>. La efectividad y los beneficios de la neuroestimulación periférica, a través de las diferentes vías y técnicas, en el control de la vejiga hiperactiva son conocidos; sin embargo, durante las últimas tres décadas sólo existen teorías que pretenden explicar su efecto<sup>10,16,17</sup>.

El nervio tibial es mixto, posee fibras sensitivas y motoras. La neuroestimulación del nervio tibial tiene efectos en la vejiga a través de la vía del plexo sacro, mediante estimulación aferente retrógrada<sup>18</sup>.

Los resultados obtenidos en esta experiencia clínica demuestran que los efectos de la neuroestimulación transcutánea son medibles objetivamente mediante parámetros urodinámicos. Después de la estimulación se observó una inhibición de las contracciones no inhibidas del detrusor, así como un aumento de la capacidad cistomanométrica máxima. Todo esto indica que la sensación de urgencia miccional, que aparecía precozmente en la fase de llenado vesical, se ve abolida o retardada en su aparición.

Sin embargo, una sola sesión de estimulación no es suficiente para mantener estos buenos resultados en el tiempo. Por este motivo, lo recomendable es realizar sesiones de 30 minutos, dos veces por semana durante un total de 12 sesiones, con la posibilidad de repetir la terapia en caso de recidivar los signos y síntomas de vejiga hiperactiva. Actualmente estamos realizando un seguimiento de pacientes con esta terapia, para determinar si se mantienen los buenos resultados a largo plazo.

Algunos autores han planteado la futura posibilidad de implantar en esta zona algún dispositivo subcutáneo permanente, que permita realizar estimulación del tibial posterior cuando se requiera<sup>19</sup>.

## Conclusión

La electroestimulación del nervio tibial posterior es un tratamiento eficaz, seguro y no invasivo, que mejora significativamente los síntomas de vejiga hiperactiva y, por tanto, la calidad de vida de las pacientes.

Los resultados observados en la muestra estudiada nos permiten proponer la neuroestimulación del nervio tibial posterior como una opción válida para tratar la hiperactividad vesical refractaria al tratamiento médico, o como primer escalón terapéutico en las pacientes con contraindicaciones para el tratamiento anticolinérgico. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value Health*. 2004; 7(4): 455-463.
- Amarenco G. Urodynamic effect of acute transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in overactive bladder. *J Urol*. 2003; 169(6): 2.210-2.215.
- Krivoborodov GG. Afferent stimulation of the tibial nerve in patients with hyperactive bladder. *Urologia*. 2002; 5: 36-39.
- De Gennaro M, Capitanucci ML, Mastracci P, Silveri M, Gatti C, Mosiello G. Percutaneous tibial nerve neuromodulation is well tolerated in children and effective for treating refractory vesical dysfunction. *J Urol*. 2004; 171(5): 1.911-1.913.
- Karademir K, Baykal K, Sen B, Senkul T, Iseri C, Erden D. A peripheral neuromodulation technique for curing detrusor overactivity: stoller afferent neurostimulation. *Scand J Urol Nephrol*. 2005; 39(3): 230-233.
- McGuire EJ, Zhang SC, Horwinski ER, Lytton B. Treatment of motor and sensory detrusor instability by electrical stimulation. *J Urol*. 1983; 129: 78-79.
- Stoller ML. Afferent nerve stimulation for pelvic floor dysfunction. *Eur Urol*. 1999; 35: 132.
- Govier FE, Litwiler S, Nitti V, Kreder KJ Jr, Rosenblatt P. Percutaneous afferent neuromodulation for the refractory overactive bladder: results of a multicenter study. *J Urol*. 2001; 165(4): 1.193-1.198.
- Van der Pal F, Van Balken MR, Heesakkers JPPA, Debruyne FMJ, Kiemeny LALM, Bemelmans BLH. Correlations between quality of life and voiding variables in patients treated with percutaneous tibial nerve stimulation. *BJU Int*. 2006; 97(1): 113-116.
- Fall M, Lindström S. Electrical stimulation. A physiologic approach to the treatment of urinary incontinence. *Urol Clin North Am*. 1991; 18(2): 393-407.
- Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkoev J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-Q Qual Life Res. 2002; 11(6): 563-574.
- Darkow T, Fontes CL, Williamson TE. Costs associated with the management of overactive bladder and related comorbidities. *Pharmacotherapy*. 2005; 25(4): 511-519.
- Irwin D, Milson I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int*. 2006; 97(1): 96-100.
- Finazzi-Agró E, Rocchi C, Pachatz C, Petta F, Spera E, Mori F, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation produces effects on brain activity: study on the modifications of the long latency somatosensory evoked potentials. *Neurourol Urodyn*. 2009; 28(4): 320-324.
- Mazurick CA, Landis JR. Evaluation of repeat daily voiding measures in the National Interstitial Cystitis Data Base Study. *J Urol*. 2000; 163(4): 1.208-1.211.
- Van der Pal F, Heesakkers JP, Bemelmans BL. Current opinion on the working mechanisms of neuromodulation in the treatment of lower urinary tract dysfunction. *Curr Opin Urol*. 2006; 16(4): 261-267.
- Bemelmans BL, Mundy AR, Craggs MD. Neuromodulation by implant for treating lower urinary tract symptoms and dysfunction. *Eur Urol*. 1999; 36(2): 81-91.
- Chang CJ, Huang ST, Hsu K, Lin A, Stoller ML, Lue TF. Electroacupuncture decreases c-fos expression in the spinal cord induced by noxious stimulation of the rat bladder. *J Urol*. 1998; 160(6 Pt 1): 2.274-2.279.
- Van Balken MR. Percutaneous tibial nerve stimulation: the urgent PC device. *Expert Rev Med Dev*. 2007; 4(5): 693-698.

## REVISIÓN

# Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

Hospital de La Plana. Villarreal (Castellón)

## RESUMEN

La Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) y la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó la terminología y las complicaciones de la cirugía del suelo pélvico con prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos en 2011. Un año más tarde, el IUGA/ICSI ha publicado un nuevo artículo con la terminología y clasificación de la cirugía del suelo pélvico con el tejido nativo. Esta nueva clasificación nos va a permitir realizar comparaciones entre ambas cirugías utilizando el mismo instrumento de valoración. El objetivo de este artículo es difundir la clasificación y la terminología de las complicaciones con tejido nativo o propio de la mujer.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Cirugía del suelo pélvico, terminología, clasificación, complicaciones, tejido nativo.

## ABSTRACT

**Consensus on Terminology and Classification by the International Urogynecology Association (IUGA) and the International Continence Society concerning complications related to female native tissue in pelvis floor surgery**

*The International Urogynecology Association (IUGA) and the International Continence Society (ICS) published the terminology and complications of pelvic floor surgery with prostheses (meshes, implants, tapes) and tapes in 2011. A year later the IUGA/ICSI have published a new paper with the terminology and classification of pelvic floor surgery with native tissue. This new classification will allow us to make comparisons between the two surgeries using the same assessment tool. The aim of this paper is to disseminate the classification and terminology of the native tissue complications.*

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Pelvic floor surgery, terminology, classification, complications, native tissue.

## Introducción

En 2011, la International Urogynecology Association (IUGA) y la International Continence Society (ICS) publicaron su propuesta de una clasificación consensuada de las complicaciones de la cirugía del suelo pélvico con prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos<sup>1</sup>. Con la finalidad de darle la mayor difusión posible a esta terminología y a la nueva clasificación de las complicaciones, publicamos un artículo sobre este tema en nuestra revista<sup>2</sup>. Un año después, la IUGA y la ICS proponen la terminología y la clasificación de las complicaciones de la cirugía del suelo pélvico sin mallas, es decir, de la cirugía realizada exclusivamente con los tejidos nativos o propios de la mujer<sup>3</sup>. Esta clasificación nos va a permitir comparar las

complicaciones de ambos tipos de cirugía con el mismo instrumento, lo que facilitará un mayor rigor en el análisis de los resultados de los ensayos clínicos sobre la cirugía del suelo pélvico y en la investigación en uroginecología en general. Publicamos este artículo con la intención de seguir contribuyendo a la difusión de las novedades en la terminología y la clasificación de los procesos uroginecológicos.

Este informe sobre terminología y clasificación, al igual que el anterior, se realizó mediante la colaboración de diversos miembros de los comités de terminología y estandarización de ambas organizaciones internacionales, IUGA e ICS, y el contenido fue consensado. Se ha realizado en el mismo contexto anatómico, incluyendo procesos y tiempos de curación similares. La principal diferencia es si se ha introducido o no una prótesis o injerto adicional. El grupo deci-

**Dirección para correspondencia:**

M. Fillol. Correo electrónico: fillol\_man@gva.es

dió aplicar la clasificación de categoría (C), tiempo (T) y sitio (S) de las prótesis e injertos, en las complicaciones para la cirugía con tejido nativo, estableciendo que este tipo de clasificación es el adecuado para la valoración de la cirugía con tejido propio de la mujer. La clasificación CTS permite codificar cada complicación, incluyendo tres (o cuatro) letras y tres números, con vistas a su uso en cualquier registro o informe quirúrgico, especialmente para los que requieren un procedimiento específico. A los usuarios de la clasificación se les ha ayudado con ejemplos de casos, tablas de colores y ayuda *online* ([www.icsoffice.org/ntcomplication](http://www.icsoffice.org/ntcomplication)).

Actualmente se acepta que las prótesis o injertos presentan un perfil de complicaciones distinto al de las complicaciones que se producen como consecuencia de la cirugía con tejidos propios. Las diferencias principales son: a) el trauma de la inserción; b) la reacción inflamatoria o infecciosa generada por la propia prótesis; c) la inestabilidad de la prótesis con el tiempo, y d) la morbilidad en la zona donante cuando se implanta un injerto autólogo. No obstante, los aspectos descritos en los puntos a-c pueden ser aplicables en la cirugía con tejido nativo, cuando se utilizan determinados tipos de suturas permanentes. Aunque no existe una clasificación de complicaciones debidas a las suturas permanentes utilizadas en la cirugía con tejidos nativos, las conclusiones sobre los tipos de materiales publicadas por Amid<sup>4</sup> para las mallas puede ser de utilidad en algunos puntos, especialmente en la cirugía vaginal. Por ejemplo, las anomalías que podrían producirse con el uso de suturas permanentes requeridas para incrementar la fuerza quirúrgica y la duración de algunos procedimientos de suspensión de la cúpula vaginal, como las colpopexias del ligamento uterosacro o del sacroespinoso. Las suturas trenzadas, si se dejan expuestas en la cúpula vaginal en vez de enterradas debajo de la mucosa vaginal, pueden condicionar una inflamación, como la granulación.

Los autores del nuevo documento han pretendido que exista una armonía y una continuidad con el documento anterior sobre las complicaciones relacionadas con la inserción de prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos, en la cirugía del suelo pélvico. Por tanto, serviría, entre sus posibles aplicaciones, para los informes médicos y auditorías quirúrgicas, como base para ensayos clínicos donde se comparen las complicaciones de los diferentes tipos de cirugía del suelo pélvico. Puesto que uno de los objetivos principales de este informe es estandarizar la terminología, se definen los términos utilizados en el título del documento:

- Clasificación: una disposición sistemática en clases o grupos basada en características comunes.
- División: separación en dos o más partes.
- Complicación: un episodio o proceso mórbido que ocurre durante el curso de una cirugía y que no es parte esencial de ésta («cirugía» sustituye a «enfermedad» en la definición; «curso» incluye el periodo del postoperatorio de cualquier duración).

- Relacionado: conectado.
- Tejido: conjunto de células similares y sustancias intercelulares que las rodean.
- Nativo: propios de la mujer; perteneciente desde el nacimiento; autólogo.

### Nuevas definiciones propuestas

Las complicaciones en la cirugía de suelo pélvico con tejido nativo, o propio de la mujer, necesitan incluir los siguientes puntos de vista: a) complicaciones locales; b) complicaciones en los órganos contiguos, y c) complicaciones sistémicas. Como en el documento anterior, el término genérico «erosión» (definido médicamente como el «estado de desgaste», por fricción o presión) no concuerda con los casos clínicos encontrados. Se prescinde de su uso reemplazándose por términos con mayor especificidad y claridad. Los términos adicionales que cabe utilizar se resumen en la tabla 1.

### Clasificación de categoría, tiempo y sitio

El objetivo de la clasificación es resumir el conjunto de las posibles situaciones clínicas en un código («un sistema numérico para ordenar y clasificar la información») utilizando tan sólo tres números y tres (o cuatro) letras. No se necesita una descripción verbal adicional porque posiblemente incluiría una terminología indefinida.

### Selección de categorías

La selección de categoría (C) se ha basado en el principio de que las complicaciones menos graves ocurren en el lugar anatómico del proceso. Las complicaciones más graves incluyen: a) aumento de la relación con las estructuras anatómicas próximas; b) relación con los órganos de alrededor, y c) compromiso sistémico (tabla 2). Se han elaborado las siguientes categorías:

### Categorías 1-3

#### Complicaciones en la vagina:

1. Complicación vaginal, sin separación epitelial: incorpora los términos prominencia y cicatrización o sutura excesiva.
2. Complicación vaginal, con pequeña separación epitelial o úlcera: incluye una pequeña ( $\leq 1$  cm) separación epitelial vaginal o formación de úlceras.
3. Complicación vaginal, con gran separación epitelial, úlcera o extrusión de sutura: incluye una mayor ( $> 1$  cm) separación epitelial vaginal o formación de úlcera o extrusión de la sutura.

En estas categorías se han incluido las siguientes divisiones:

**1A-3A:** Asintomático-hallazgo anormal. Se diagnostican habitualmente durante una exploración. Se puede afirmar que el «hallazgo anormal» de la categoría 1A no es realmen-

**Tabla 1. Terminología relacionada con la clasificación**

<b>Términos</b>	<b>Definición</b>
<b>Complicación</b>	Proceso o episodio mórbido que ocurre durante el curso de una cirugía y que no es parte esencial de ésta
<b>Nativo</b>	Propios de la mujer. Perteneciente desde el nacimiento. Autólogo
<b>Tejido</b>	Conjunto de células similares y sustancias intercelulares que las rodean
<b>Invaginación</b>	Mucosa vaginal doblada y atrapada en ella misma, caracterizada por un área fija y tirante a la exploración
<b>Prominencia</b>	Parte que sobresale más allá de la superficie sin separación epitelial
<b>Separación</b>	Discontinuidad física (p. ej., epitelio vaginal)
<b>Exposición</b>	Condición de exhibición o accesibilidad (p. ej., sutura permanente visualizada a través de un epitelio vaginal separado)
<b>Extrusión</b>	Salida gradual hacia fuera de una estructura o tejido del cuerpo (p. ej., una sutura permanente que sobresale de la cúpula vaginal)
<b>Compromiso</b>	Peligro potencial
<b>Perforación</b>	Abertura anormal en un órgano o víscera huecos
<b>Dehiscencia</b>	Abertura o hueco repentino en líneas naturales o suturadas
<b>Granulación</b>	Proyecciones de tejido conectivo carnosos en la superficie de una herida, úlcera o tejido inflamado
<b>Úlcera</b>	Lesión de la piel o de la mucosa con pérdida de tejido, habitualmente con inflamación

te una complicación, porque no molesta a la paciente. Sin embargo, puede ser que la mujer no haya realizado ninguna actividad que le provoque síntomas, como dolor o sangrado durante las relaciones sexuales (para ella o para su pareja), lo que convertirían estas complicaciones en categoría 1B.

**1Aa-3Aa:** Asintomático-hallazgo anormal. El hecho de añadir una «a» indica que la paciente no tiene dolor relacionado con el hallazgo anormal.

**1B-3B:** Sintomático-molestia o dolor poco frecuente. Dispareunia (para ella o su pareja). Posibilidad de sangrado o de secreción.

**1Bb-3Bb:** Sintomático-dolor provocado (durante la exploración vaginal). El hecho de añadir una «b» indica que el dolor, provocado sólo durante la exploración vaginal, está relacionado con el hallazgo anormal.

**1Bc-3Bc:** Sintomático-dolor durante las relaciones sexuales. El hecho de añadir una «c» indica que el dolor provocado durante las relaciones sexuales (sólo en la paciente) está asociado al hallazgo anormal.

**1Bd-3Bd:** Sintomático-dolor durante las actividades físicas. Se añade una «d» para indicar que el dolor, provocado por la realización de actividades físicas, está relacionado con el hallazgo anormal.

**1Be-3Be:** Sintomático-dolor espontáneo. Se añade una «e» para indicar que el dolor, que se presenta espontáneamente (p. ej., sin actividad física), está asociado al hallazgo anormal.

**1C-3C:** Infección o inflamación. La molestia local y la combinación de enrojecimiento y secreción purulenta son los signos más sugestivos. La presencia de granulación se podría aceptar como una inflamación.

**1C-3C (b-e):** Infección con dolor. Se añade desde la letra «b» hasta la «e» para especificar que el dolor es imputable a la infección.

**1D-3D:** Absceso. Es una infección de mayor entidad.

**1D-3D (b-e):** Absceso-dolor. Se añade desde la letra «b» hasta la «e» para especificar que el dolor (como se ha definido en la tabla 3) es parte del hallazgo anormal asociado al absceso.

Se ha descrito, además, una subclasificación de estas categorías vaginales que producen dolor, basada en las circunstancias en las que produce el dolor (tabla 3).

#### **Categoría 4**

**Compromiso del tracto urinario o perforación.** Esta categoría se ha subdividido en:

**4A:** Pequeña lesión intraoperatoria. Por ejemplo, la perforación de la vejiga. Esta complicación no crea generalmente un problema a largo plazo en la vejiga, si el defecto es identificado y suturado (si es necesario) y se toman algunas precauciones menores, como el drenaje de la vejiga a corto plazo con antibióticos adecuados.

Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

**Tabla 2. Clasificación de las complicaciones relacionadas con tejidos propios de la mujer (nativos) en la cirugía del suelo pélvico**

Descripción general	A (asintomática)	B (sintomática)	C (infección)	D (absceso)
1 Vaginal: sin separación epitelial. Incluye prominencia y cicatriz hipertrófica. Invaginación vaginal. Grados de dolor según la tabla 3	1A: hallazgo anormal en la exploración	1B: sintomático; por ejemplo, molestia/dolor, dispaurenia (también para su pareja), hemorragia	1C: infección (posible o real)	1D: absceso
2 Vaginal: pequeña separación epitelial o úlcera $\leq 1$ cm	2A: asintomática	2B: sintomática	2C: infección	2D: absceso
3 Vaginal: gran separación epitelial o úlcera $\geq 1$ cm o extrusión de la sutura	3A: asintomática 1-3Aa si el dolor no se relaciona con la cirugía	3B: sintomática 1-3B (b-e) si el dolor se relaciona con la cirugía	3C: infección 1-3C/1-3D (b-e) si el dolor se relaciona con la cirugía	3D: absceso
4 Tracto urinario: compromiso o perforación que incluye la fístula y el cálculo	4A: pequeña lesión intraoperatoria (p. ej., perforación vesical)	4B: otra lesión del tracto urinario inferior y retención urinaria	4C: lesión ureteral o del tracto urinario superior	4D: absceso
5 Rectal o intestinal: compromiso o perforación que incluye la fístula	5A: pequeña lesión intraoperatoria (p. ej., rectal o intestinal)	5B: compromiso o lesión rectal	5C: pequeña o gran lesión o compromiso intestinal	5D: absceso
6 Piel y/o tejido musculoesquelético: complicación que incluyen secreción, dolor, bulto o fístula	6A: asintomática. Hallazgo anormal en la exploración	6B: sintomática (p. ej., secreción, dolor o bulto)	6C: infección (p. ej., formación de una fístula)	6D: absceso
7 Personal: hematoma o compromiso sistémico	7A: hemorragia y hematoma	7B: reanimación o cuidados intensivos incluyendo la sepsis por hematoma	7C: mortalidad (no se puede añadir otra complicación). No se puede aplicar sitio: S0	
<b>Tiempo</b> (momento del diagnóstico clínico)				
T1: intraoperatorio hasta 48 h	T2: 48 h a 2 meses	T3: 2 meses a 12 meses	T4: superior a 2 meses	
<b>Sitio</b> (lugar o sitio de la lesión)				
S1: vaginal, zona de la línea de la sutura	S2: vaginal, separado de la zona de la línea de la sutura	S3: vísceras contiguas (p. ej., vejiga o intestino)	S4: piel y tejidos musculoesqueléticos	S5: intraabdominal
En la misma paciente pueden aparecer múltiples complicaciones. En la misma paciente pueden aparecer complicaciones precoces y tardías. Todas las complicaciones deben ser registradas.				
Debe utilizarse la categoría mayor de cada complicación cuando hay un cambio posterior (paciente 888).				
No se incluyen infecciones urinarias ni otros problemas funcionales (a excepción del 4B).				

**4B:** Otras complicaciones en el tracto urinario inferior (vejiga o uretra). Esta división incluye las lesiones a largo plazo (p. ej., perforación de la sutura, fístula, cálculos alrededor de la sutura). También incluye la retención urinaria directamente relacionada con el proceso, que requiere la consiguiente intervención quirúrgica (además de un drenaje de la vejiga). El tiempo y el lugar deben tenerse en cuenta para decidir la intervención quirúrgica.

**4C:** Complicación del uréter o del tracto urinario superior. Esta división se explica por sí sola.

### Categoría 5

**Perforación rectal o del intestino.** Esta categoría se ha subdividido en:

**5A:** Pequeño defecto intraoperatorio. Esta complicación no suele condicionar problemas si se reconoce y se deshace la

**Tabla 3. Grados de dolor: subclasificación de la categoría de las complicaciones**

Se debe especificar la presencia de dolor y de su gravedad (en la paciente, no en su pareja) como una parte de los hallazgos anormales

- a Asintomática, sin dolor
- b Sólo dolor provocado. (durante la exploración vaginal)
- c Dolor durante el coito
- d Dolor durante el ejercicio físico
- e Dolor espontáneo

sutura (si procede) con las precauciones apropiadas (p. ej., establecer reposo intestinal a corto plazo con el inicio de un tratamiento antibiótico adecuado).

**5B:** Daño o lesión rectal. Esta división incluirá las lesiones que causan problemas a largo plazo en el recto (p. ej., perforación de la sutura, fístula).

**5C:** Daño o lesión grande o pequeña en el intestino. Esta división incluirá las lesiones que causen problemas a largo plazo en el intestino (p. ej., perforación de la sutura, fístula u obstrucción).

**5D:** Formación de un absceso a partir de la lesión en el intestino.

### Categoría 6

#### Complicaciones de la piel y/o el tejido musculoesquelético.

**6A:** Asintomática. Complicación diagnosticada en cualquier momento del seguimiento clínico.

**6B:** Sintomático (p. ej., secreción, dolor, bulto).

**6C:** Infección en la piel o complicación del tejido musculoesquelético. Incluye la formación de trayectos fistulosos.

### Categoría 7

**Afectación o daño en la paciente.** Esta categoría reconoce que la paciente puede tener una afectación sistémica, además de cualquier complicación localizada:

**7A:** Hemorragia y hematoma. Hematoma diagnosticado clínicamente, o la necesidad de una transfusión sanguínea o de una intervención quirúrgica.

**7B:** Reanimación o cuidados intensos. Reanimación cardiopulmonar o hemodinámica relacionadas con el procedi-

miento, y/o el traslado de la paciente a la unidad de cuidados intensivos. En esta división se incluye el hematoma asociado a una sepsis, con su consiguiente compromiso.

**7C:** Mortalidad. La cirugía con tejido nativo, aunque no tenga un desenlace fatal durante el acto quirúrgico, puede desencadenar una serie de acontecimientos mórbidos que pueden condicionar la muerte del paciente.

**Nota:** A causa de su naturaleza sistemática, 7B y 7C no tendrán generalmente una división de lugar específica, y se denominarán como S0.

### Selección de divisiones de tiempo

El tiempo (T) de la complicación es el momento en que se diagnostica clínicamente. Esta sección incorpora cuatro periodos de tiempo, que son los posibles momentos en que la atención médica es buscada por la paciente o es dada por el médico. No será siempre posible predecir en cada cirugía el momento del diagnóstico de las complicaciones más frecuentes. Esto dependerá de la estrategia utilizada en el seguimiento de las pacientes. La primera clasificación de tiempo (T1) incluye los problemas perioperatorios, mientras que las otras (T2-T4) incluyen los tiempos posteriores:

**T1:** Intraoperatorio-48 horas. Posibles complicaciones perioperatorias.

**T2:** 48 horas-2meses. Sangrado, infección y otras posibles complicaciones.

**T3:** 2 meses-12 meses. Aparición tardía de posibles anomalías.

**T4:** Más de 12 meses. Anomalías tardías y otras posibles complicaciones de sutura.

### División de los lugares o sitio

Esta división incorpora los lugares típicos donde se han diagnosticado las complicaciones:

**S0:** Complicaciones sistémicas (sin lugar específico). Como se ha dicho anteriormente, las categorías 7B (hematoma séptico) y 7C son habitualmente complicaciones sistemáticas denominadas S0.

**S1:** Vaginal. Zona de la línea de sutura. Quizás es el lugar más frecuente de las complicaciones surgidas en la cirugía vaginal con tejido nativo.

**S2:** Vaginal. Lejos de la zona de la línea de sutura vaginal. Ya que la mayoría de las suturas se sitúan en la línea media, esta complicación se visualizaría en el área lateral de la vagina.

Consenso de terminología y clasificación de la IUGA y la ICS sobre las complicaciones relacionadas con los tejidos nativos o propios de la mujer en la cirugía del suelo pélvico

D. Pérez Corella, A. Codoñer Canet, L. Montesinos Sepúlveda, A. Fuentes Ávila, M. Fillol Crespo

**Tabla 4. Ejemplos de la tabla de complicaciones de tejidos nativos en la cirugía del suelo pélvico, con procedimientos no específicos, usando la categoría (C), el tiempo (T), el sitio (S). También se puede emplear en procedimientos específicos**

Número de paciente	Descripción de complicaciones	Código	Código
000	Hematoma retropúbico tras una colposuspensión de Burch	7A/T1/S3	
111	Dolor en la nalga a las 6 semanas de una fijación al ligamento sacroespinoso	6B/T2/S4	
222	Obstrucción intestinal y 2 cm de apertura de la cúpula vaginal con hemorragia tras 6 meses de una fijación al ligamento sacroespinoso (con sutura irreabsorbible)	5C/T3/S5	3B/T3/S1
333	Molestia que percibe la pareja durante el coito ocasionada por una sutura irreabsorbible a las 6 semanas de la cirugía (sin separación de tejidos)	1B/T2/S2	
444	Ulceración vaginal (<1 cm) con enrojecimiento, dispareunia y secreción a los 15 meses de una colpoplastia anterior	2Cc/T4/S1	
555	Extrusión vaginal lateral con secreción maloliente y una fístula rectovaginal a los 8 meses de una colporrafia posterior	3C/T3/S2	5B/T3/S1
666	Lesión vascular intraoperatoria durante una suspensión de la cúpula vaginal que requiere una reanimación profunda	7B/T1/S3	
777	Sutura intravesical persistente/formación de un cálculo/hematuria 2 años después de una uretropexia retropúbica	4B/T2/S3	
888	Absceso pélvico a los 8 días de una suspensión de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros, complicado con una lesión intestinal intraoperatoria (categoría final). El código inicial fue 5A/T1/S5	5D/T2/S5	
999	Cicatriz vaginal prominente que molesta a los 9 meses de una fijación al ligamento sacroespinoso (mujer asintomática y molestias de su pareja)	1Bb/T3/S1	
XXX	Orina residual de 150 mL con infecciones de repetición del tracto urinario que requiere liberación de la sutura a los 4 meses de una colposuspensión de Burch	4B/T3/S1	

**S3:** Visceras contiguas. Incorpora cualquier complicación extraperitoneal, vesical o rectal, sin complicaciones intraabdominales (que son S5).

**S4:** Piel y tejidos musculoesqueléticos. Incluye cualquier complicación de la piel o del tejido musculoesquelético, lejos del lugar de las heridas primarias. Podría incluir la formación de una fístula y el dolor muscular profundo en el punto de la fijación de la sutura.

**S5:** Intraabdominal. Incluye la perforación o la obstrucción del intestino.

En resumen, esta clasificación se ha elaborado para englobar todas las posibles complicaciones físicas relacionadas con la cirugía de suelo pélvico con tejido nativo, o propio de la mujer. Están incluidas tanto las complicaciones perioperatorias como las que aparecen posteriormente. Puesto que pueden ser muy variadas, se han agrupado por categoría (C), tiempo (T) y lugar de la lesión o sitio (S). El resultado final es un código de tres letras (cuatro si se usa una letra de la «a» a la «e») y tres números. La

adición de la subclasificación del dolor refleja la valoración del dolor crónico, especialmente en las subclases más altas (de la «c» a la «e»), que puede ser uno de los resultados más decepcionantes de cualquier cirugía de suelo pélvico.

### Pautas para la clasificación

Las siguientes pautas deberían tenerse en cuenta:

- En la misma paciente pueden coincidir varias complicaciones. Dichas complicaciones deberían informarse separadamente, tal como se indica en la tabla 4.
- Pueden haber complicaciones precoces y tardías en la misma paciente. También se deberían informar de manera separada.
- Deben incluirse todas las complicaciones.
- Si con el paso del tiempo existe una progresión de una complicación, se debe utilizar la categoría final más elevada, como en el caso de una úlcera vaginal que evoluciona de asintomática a sintomática, o cuando pasa de pequeña a grande, o también cuando un hematoma evoluciona de aséptico a séptico.

### Ejemplo de clasificación CTS (código completo)

En la tabla 4 se observa un ejemplo completo del código CTS: 3B/T2/S3 (para simplificarlo no hay C en la sección de la categoría). Desde las letras «a» hasta la «e» se debería incluir en el código de la categoría (p. ej., 3Bc/T2/S3 para indicar que el dolor es parte de una anomalía) («c» dolor en el coito).

Aunque esta clasificación puede parecer difícil, consideramos que la aportación de los casos de pacientes, los ejemplos proporcionados, el color de las tablas *online* de las complicaciones de IUGA/ICS ([www.icsoffice.org/ntcomplication](http://www.icsoffice.org/ntcomplication)), así como la experiencia con la anterior clasificación, aclararán las dudas iniciales.

### Limitaciones de la clasificación

- La clasificación no especifica el tipo de material de sutura empleado.
- El uso de suturas permanentes (irreabsorbibles) en lugar de las suturas con menos morbilidad (como se describe en la introducción) podría verse reflejado en unas mayores tasas de complicaciones.
- Los problemas funcionales (p. ej., la disfunción de vaciado y la disfunción defecatoria) no se incluyen: la disfunción de vaciado puede definirse como una micción anormalmente lenta (evaluada por los datos del flujo urinario) y/o incompleta (evaluada por un residuo posmiccional

elevado). La intervención quirúrgica para la disfunción de vaciado grave, llamada retención urinaria, está incluida en la sección 4B.

- Las infecciones del tracto urinario no están incluidas.
- Recidivas: las suturas permanentes, como mallas e injertos, se utilizan para prevenir la recidiva del prolapso de los órganos pélvicos. Sin embargo, si se añaden suturas permanentes, puede que no se obtengan buenos resultados y que aparezca una recidiva, aunque deberíamos hacer hincapié en que una recidiva no es una complicación. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hayden B, Freeman R, Swift S, Cosson M, Davila W, Deprest J, et al. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) & grafts in female pelvic floor surgery. *Int Urogynecol J.* 2011; 22: 3-15.
2. Montesinos Sepúlveda L, Codoñer Canet A, López Fraile S, Moral Santamarina E, Fillol Crespo M. Clasificación de las complicaciones de las prótesis (mallas, implantes, bandas) e injertos en la cirugía del suelo pélvico. *Suelo Pélvico.* 2011; 7: 17-20.
3. Hayden B, Freeman R, Lee J, Swift S, Cosson M, Deprest J, et al; International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS). Joint terminology and classification of the complications related to native tissue female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn.* 2012; 31: 406-414.
4. Amid P. Classification of biomaterials and their relative complications in an abdominal wall hernia surgery. *Hernia.* 1997; 1: 15-21.

## ESTADO DE LA CUESTIÓN

# Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación

R. Montejo Rodríguez, M. Peláez\*, R. Barakat\*

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. \*Facultad de INEF. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid

### RESUMEN

Cerca de un tercio de las mujeres tienen incontinencia urinaria, y hasta una décima parte tiene incontinencia fecal después del parto. Cada vez con más frecuencia se recomienda el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico durante el embarazo y después del nacimiento para la prevención y el tratamiento de la incontinencia. En este artículo se repasa el estado de la cuestión sobre este tema, a partir de la bibliografía relacionada con el efecto del fortalecimiento del suelo pélvico sobre la continencia y el parto. A la vista de las revisiones sobre los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico en el transcurso del embarazo y su efecto sobre la incontinencia urinaria y fecal durante el mismo y en el posparto, se puede afirmar que el entrenamiento es efectivo. Sin embargo, este efecto beneficioso desaparece a largo plazo si se interrumpe el entrenamiento. No se han descrito efectos adversos de estos ejercicios, y además pueden facilitar el parto.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, embarazo, posparto, incontinencia

### ABSTRACT

#### Strengthening the pelvis floor and gestation

*About a third of women suffer from urinary incontinence and up to a tenth have fecal incontinence after childbirth. Pelvic floor muscle training is commonly recommended during pregnancy and after birth, for both prevention and treatment of incontinence. This article reviews the current state of knowledge based on the literature on the effect of pelvic floor muscle training during pregnancy. In the light of this review of the results of exercises to strengthen the pelvic floor muscles during pregnancy on urinary and fecal incontinence during pregnancy and postpartum, this training can be said to be effective. However, this beneficial effect disappears in the long run if training is ended. No side effects were found for the exercises. Moreover, Pelvic floor muscle training during pregnancy may facilitate delivery.*

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Pelvic floor muscle training, antenatal, postnatal, incontinence

### Introducción

El embarazo y el nacimiento parecen ser los factores más importantes asociados a la aparición de la incontinencia urinaria y fecal en la mujer. Algunas mujeres pueden tener mayor riesgo, como las que presentan trastornos del tejido conjuntivo, son obesas o han tenido un parto mediante fórceps.

A pesar de que los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (EFSP) durante el embarazo han demostrado ser eficaces para la prevención de la incontinencia urinaria durante la gestación y el posparto, su uso no está extendido entre la población gestante.

No existen datos en España sobre el porcentaje de mujeres que realizan EFSP durante el embarazo, y apenas hay

datos al respecto en la bibliografía. Un estudio de Bø et al.<sup>1</sup> estableció que tan sólo el 17% de las mujeres embarazadas (en Noruega) realizan ejercicios para fortalecer su suelo pélvico.

Poco a poco, estos ejercicios se van introduciendo en las clases de preparación al parto; sin embargo, actualmente no es una práctica generalizada ni protocolizada.

Los datos de la literatura médica avalan la utilidad de los EFSP, basados principalmente en ensayos con mujeres nulíparas. Dichos estudios sugieren que las mujeres sin incontinencia antes del parto se benefician más de los programas de EFSP «intensivos» que de los proporcionados en la atención habitual. Sin embargo, aún quedan lagunas y preguntas sin respuesta sobre los efectos a largo plazo, la intensidad y la frecuencia necesarias, y el efecto sobre los ejercicios y la incontinencia fecal, entre otras cuestiones.

#### Dirección para correspondencia:

R. Montejo Rodríguez. Correo electrónico: mr.montejo.rodriguez@cfnavarra.es

## Fortalecimiento del suelo pélvico durante el embarazo e incontinencia urinaria y fecal

Los estudios revisados sobre el efecto de los EFSP en la gestación muestran diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el de control con respecto a la incidencia de incontinencia urinaria durante el embarazo y el posparto, y es menor en el grupo de ejercicio.

Oliveira et al.<sup>2</sup> observaron un incremento significativo en la fuerza muscular del suelo pélvico, medida mediante palpación vaginal digital, en el grupo de tratamiento frente al de control siguiendo el protocolo de Bø et al.<sup>3</sup> de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico.

Mørkved et al.<sup>4</sup> afirman que un trabajo intensivo de la musculatura del suelo pélvico durante 12 semanas, supervisado por un fisioterapeuta, produce beneficios. Estos autores establecen un índice de incontinencia urinaria de un 32% en el grupo de tratamiento, frente a un 48% en el de control durante la semana 36 de embarazo, y de un 20 frente a un 32%, respectivamente, en el tercer mes tras el parto. En este sentido, se realizó un ensayo con resultados similares, presentado por Stafne<sup>5</sup> en el último congreso de la International Continence Society (ICS), aún sin publicar. Se trata de un estudio aleatorizado (n= 875) con un grupo de ejercicio durante 12 semanas frente a otro grupo control. En este ensayo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al final de la gestación: un 13% de incontinencia urinaria en el grupo de ejercicio frente a un 19% en el de control.

Dinc et al.<sup>6</sup> también observaron que, en el grupo de intervención mediante ejercicios, descienden de forma significativa los episodios de incontinencia urinaria durante el embarazo.

Por su lado, Cammu et al.<sup>7</sup> señalan que, cuando los EFSP son efectivos para el tratamiento de la incontinencia urinaria, existe un 66% de posibilidades de que los beneficios se mantengan al menos durante 10 años.

La Cochrane publicó en 2008<sup>8</sup> una revisión sobre el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto.

En esta completa revisión, las mujeres embarazadas sin incontinencia urinaria previa, asignadas al azar a realizar EFSP prenatales intensivos, tuvieron menos probabilidad de presentar incontinencia urinaria en la última etapa del embarazo que las mujeres que no realizaron EFSP o atención prenatal habitual (un 56% menos; riesgo relativo [RR]= 0,44; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,30-0,65), y estos resultados se mantuvieron 6 meses después del parto (un 30% menos; RR= 0,71; IC del 95%: 0,52-0,97).

Las mujeres con una incontinencia urinaria persistente 3 meses después del parto que realizaron EFSP tuvieron menos probabilidad de incontinencia que las mujeres que no recibieron tratamiento o recibieron la atención posnatal habitual (un 20% menos; RR= 0,79; IC del 95%: 0,70-0,90) 12 meses después del parto. Al parecer, cuanto más intensivo es el programa, mayor es el efecto del tratamiento. Tan sólo tres ensayos detallan la prevalencia de incontinencia fecal después del parto<sup>9-11</sup>. En estos estudios, la incontinencia fecal se redujo a los 12 meses después del parto, y las mujeres que realizaron EFSP tuvieron cerca de la mitad de probabilidades de padecer incontinencia fecal (RR= 0,52; IC del 95%: 0,31-0,87).

## Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico relacionados con los resultados del embarazo y el parto

Algunos estudios tratan de rebatir la antigua creencia de que el fortalecimiento del suelo pélvico puede dificultar el periodo expulsivo del parto. Algunos obstetras y matronas parecen creer que este fortalecimiento antes del parto se asocia a resultados adversos (trabajo de parto prolongado en el segundo estadio, parto por cesárea o asistido, episiotomía y desgarros perineales), pero algunas pruebas recientes indican lo contrario.

Agur et al.<sup>12</sup> concluyen que los EFSP ni facilitan ni dificultan el periodo expulsivo. Salvensen y Mørkved<sup>13</sup> encontraron una menor incidencia de periodos expulsivos prolongados (más de 60 min) en el grupo de tratamiento de mujeres que realizaban EFSP frente al grupo control. En el mismo sentido, Sherburn<sup>14</sup> observó que el grupo de tratamiento, además de tener una menor incidencia de periodos expulsivos prolongados, también tiene una menor incidencia de episiotomías y de presentaciones de nalgas.

Bø et al.<sup>15</sup> estudiaron los efectos de los EFSP en un grupo de mujeres que los realizaban menos de una vez por semana, otro 1-2 veces por semana y otro un mínimo de 3 veces por semana. Encontraron una menor incidencia de desgarro, episiotomía, parto instrumental y cesárea en el grupo que realizó EFSP un mínimo de 3 veces por semana frente a los otros dos, y concluyeron que los EFSP no afectan al periodo expulsivo del parto ni al índice de complicaciones.

Tan sólo el estudio de Gorbea et al.<sup>16</sup>, con un número limitado de pacientes (n= 75), constató más cesáreas en el grupo con EFSP que en el grupo control.

## ¿De qué manera podría funcionar sobre el suelo pélvico la realización de ejercicios de fortalecimiento durante el embarazo?

Se han sugerido diversas hipótesis para explicar cómo puede ayudar el fortalecimiento del suelo pélvico a prevenir la incon-

tinencia urinaria. El músculo entrenado puede ser menos propenso a la lesión, y el músculo anteriormente entrenado puede ser más fácil de reentrenar después del daño, porque ya conoce los modelos motores apropiados. Además, el músculo anteriormente entrenado tiene una reserva de fuerza mayor, lo que hace que la lesión del músculo, o de su inervación, no cause una pérdida de la función muscular suficiente para alcanzar el umbral en que la reducción de la presión uretral produce la eliminación involuntaria de orina. Durante el embarazo, los EFSP pueden ayudar a contrarrestar la mayor presión intraabdominal causada por el crecimiento del feto, la reducción de la presión uretral mediada por hormonas y la mayor laxitud de las fascias y los ligamentos en el área pelviana. Se puede usar un razonamiento similar para apoyar el uso de EFSP para mejorar la función del esfínter anal externo, y así prevenir la incontinencia fecal.

### Objetivos de los ejercicios de suelo pélvico durante el embarazo

Los objetivos de los EFSP en la mujer gestante son: aumentar la fuerza (la máxima tensión generada por un músculo en una sola contracción), la resistencia (capacidad para contraerse repetidamente, o mantener una sola contracción en el transcurso del tiempo), coordinar la actividad muscular (como la precontracción de los músculos del suelo de la pelvis antes de un ascenso de la presión intraabdominal, o para suprimir la urgencia), o una combinación de estos entrenamientos.

### Efectos adversos

Sólo en el ensayo de Stothers<sup>17</sup> se han descrito episodios adversos con los EFSP: 2 de las 43 mujeres del grupo de EFSP se retiraron debido a un dolor en la musculatura de la pelvis. En ninguno de los estudios, salvo en el citado, se han registrado otros efectos adversos de estos ejercicios.

### ¿Qué tipo de ejercicios se recomiendan durante el embarazo?

No hay una línea divisoria absoluta para diferenciar los programas de ejercicio de fuerza y los de resistencia. Es frecuente que mejoren la fuerza y la resistencia a la fatiga en respuesta a un programa de ejercicio, aunque una se puede afectar más que la otra. Los rasgos característicos del entrenamiento de la fuerza son un número bajo de repeticiones con cargas altas; una manera de aumentar la carga es aumentar la magnitud del esfuerzo voluntario en cada contracción. El entrenamiento de resistencia se caracteriza por un gran número de repeticiones o contracciones prolongadas con una carga pequeña-moderada. El entrenamiento para mejorar la coordinación y suprimir la urgencia incluye, generalmente, el uso repetido de una contracción voluntaria de la musculatura del suelo de la pelvis (CVMPV)

**Tabla 1**

#### Esquema de trabajo:

- Se comienza por una serie de 8 contracciones lentas (de 6 s de duración cada una)
- Al final del embarazo, 3 series de 15 contracciones lentas y 20 de 5 contracciones rápidas (máxima velocidad que pueda desarrollar la gestante)

#### Ejemplos de ejercicios:

- Contraer todo el SP tratando de cerrar y elevar las aperturas
- Contraer todo el SP al inspirar y relajar al espirar
- Ídem, pero en sentido inverso
- Inspirar, contraer el SP, relajar el SP y espirar
- Contraer en sentido vertical (pubis-cóccix) y horizontal (isquion-isquion)
- Imaginar que la vagina es el tubo de un ascensor por el que elevamos una carga
- Contraer todo el SP con un 25% de la fuerza máxima, luego un 50 y un 100%
- Intentar contraer sólo la zona de la uretra, añadir la vagina, añadir el ano, y relajar
- Ídem, pero en sentido inverso
- Contraer todo el SP siguiendo el pulso de una música. Seguir diferentes ritmos
- Contraer todo el SP, toser sin que se relaje, y después relajar
- Contraer todo el SP a la vez que se realiza una semisentadilla. Relajar y volver a contraer para volver a la posición inicial

SP: suelo pélvico.

en respuesta a una situación específica, por ejemplo CVM-PV antes de la tos, o ante la sensación de urgencia.

En un interesante estudio realizado por Castro et al.<sup>18</sup> se compara la efectividad de distintas técnicas para el fortalecimiento del suelo pélvico (electroestimulación, conos vaginales y EFSP), y se señala que no existen diferencias significativas entre una técnica y otra en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

En la tabla 1 se recogen los ejercicios propuestos por Peláez<sup>19</sup>.

### Frecuencia y duración del entrenamiento

Wilson et al.<sup>20</sup> observaron que el tiempo promedio para enseñar EFSP al grupo de intervención fue de 32 minutos (IC del 95%: 30-34).

La frecuencia y la duración de los EFSP son relativamente similares en los estudios, con algunas variaciones. En la mayoría, los entrenamientos comienzan en la semana 20 de gestación, con 20-30 contracciones máximas al día durante el embarazo.

Aunque los diferentes programas de FSP varían algo, como en la magnitud del contacto con los profesionales de la salud, parece razonable suponer que un programa más «intenso» de EFSP comprende tanto la dosis de ejercicio suficiente como el contacto con un profesional de la salud para enseñar, supervisar y promover el entrenamiento.

La magnitud del contacto con los profesionales de la salud varió entre cinco contactos con un fisioterapeuta en el estudio de Reilly et al.<sup>21</sup>, ocho contactos con un fisioterapeuta seguido de llamadas telefónicas en el de Gorbea et al.<sup>16</sup>, nueve contactos en total durante el embarazo y el primer año después del parto en el de Stothers<sup>17</sup>, y 12 contactos con un fisioterapeuta en una clase de ejercicio en el de Mørkved et al.<sup>4</sup>.

En el reciente estudio de Peláez<sup>19</sup> se efectuaron EFSP integrados dentro de tres clases semanales de ejercicio físico general, desde la semana 12 a la semana 36, dirigidas por un licenciado en ejercicio físico.

### Efectos a corto y largo plazo

Los efectos positivos de los EFSP a corto plazo (embarazo y posparto a los 3 meses) están claramente demostrados. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo (12 meses después del cese del entrenamiento) estos efectos beneficiosos no estaban presentes en el estudio de Sampsel et al.<sup>22</sup>.

Glazener et al.<sup>23</sup> realizaron un seguimiento a varios grupos de mujeres 6 años después del parto, y no encontraron diferencias significativas entre ellos: presentaron incontinencia urinaria por lo menos una vez por semana 100/263 del grupo de EFSP (38%) y 99/253 (39%) del grupo control, e incontinencia fecal (con heces) 32/261 (12%) y 32/248 (13%), respectivamente.

Por tanto, se puede concluir que el papel protector de los EFSP durante el embarazo es eficaz en el posparto inmediato; si tras el parto la mujer no realiza ejercicios, este efecto beneficioso desaparece al cabo de un año.

### ¿Deberían ofrecerse EFSP en la atención prenatal habitual para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal?

A la vista de los resultados obtenidos en la bibliografía sí deberían ofrecerse. Sin embargo, esta oferta debería con-

siderar los siguientes enfoques posibles para la ejecución de las intervenciones de FSP en el periodo prenatal y posnatal:

- Programas de EFSP de tratamiento para las mujeres que ya tienen síntomas de incontinencia.
- Programas de EFSP para grupos de mujeres con riesgo de desarrollar incontinencia antes o después del parto (prevención primaria o secundaria).
- Programas de EFSP a todas las mujeres antes y después del parto (enfoque poblacional).

### Recomendaciones basadas en la evidencia

- Se puede afirmar que los EFSP durante el embarazo sobre la incontinencia urinaria y fecal son efectivos. Sin embargo, este efecto beneficioso desaparece a largo plazo, una vez que se interrumpe el entrenamiento.
- No se han descrito efectos adversos de los ejercicios.
- Los EFSP durante el embarazo pueden facilitar el parto más que obstuirlo. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bø K, Haakstad L, Voldner N. Do pregnant women exercise their pelvic floor muscles? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 733-736.
2. Oliveira C, Lopes M, Longo, Pereira L, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. *Clinics.* 2007; 62: 439-446.
3. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ.* 1999; 318: 487-493.
4. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(2): 313-319.
5. Stafne SN, Salvesen KÅ, Volløyhaug I, Mørkved S. Does a regular exercise program including pelvic floor muscle exercises prevent urinary incontinence in pregnancy? En: Libro de Abstracts. Congreso ICS Glasgow, 2011; 100.
6. Dinc A, Kizilkaya Beji N, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20: 1.223-1.231.
7. Cammu H, Van Nylén M, Amy J. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *Br J Urol Int.* 2000; 85: 655-658.
8. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd., 2008; 4.
9. Dannecker C. The effect of the pelvic floor training device Epi-No on the maternal pelvic floor function six months after childbirth: follow-up study of a randomised controlled trial [Einfluss des Geburtstrainers Epi-No auf die mütterliche Beckenbodenfunktion sechs Monate nach Entbindung: follow-up einer prospektiven und randomisierten Studie]. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde.* 2004; 64(11): 1.192-1.198.

10. Meyer S, Hohlfeld P, Ahtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2001; 97(5 Pt 1): 673-677.
11. Sleep J, Grant A. Pelvic floor exercises in postnatal care. *Midwifery.* 1987; 3(4): 158-164.
12. Agur W, Steggles P, Waterfield M, Freeman R. Does antenatal pelvic floor muscle training affect the outcome of labour? A randomised controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008; 19(1): 85-88.
13. Salvensen K, Mørkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ.* 2004; 14: 378-380.
14. Sherburn M. Pelvic floor muscle training during pregnancy facilitates labour. *Aust J Physiother.* 2004; 50(4): 258.
15. Bø K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol.* 2009; 113: 1.279-1.284.
16. Gorbea Chávez V, Velázquez Sánchez MP, Kunhardt Rasch JR. Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress incontinence. *Ginecol Obstet Mex.* 2004; 72(12): 628-636.
17. Stothers L. A randomized controlled trial to evaluate intrapartum pelvic floor exercise as a method of preventing urinary incontinence. *J Urol.* 2002; 167 Supl 4: 106.
18. Castro R, Arruda R, Zanetti M, Santos P, Sartori M, Giraol M. Single blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics (Sao Paulo).* 2008; 63: 465-472.
19. Peláez Puente J. Efecto del ejercicio físico durante el embarazo sobre la ganancia excesiva de peso y sus consecuencias [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid, 2011
20. Wilson D, Herbison P, Borland M, Grant AM. A randomised controlled trial of physiotherapy treatment of postnatal urinary incontinence. *Proceedings of 26th Congress of Obstetrics and Gynaecology.* Manchester, 7-10 July, 1992; 162.
21. Reilly ETC, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG.* 2002; 109(1): 68-76.
22. Sampselle CM, Miller JM, Mims BL, Delancey JO, Ashton-Miller JA, Antonakos CL. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol.* 1998; 91(3): 406-412.
23. Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C, Grant A, Wilson PD. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. *BMJ.* 2005; 330(7487): 337-340.

## C A S O C L Í N I C O

# Evisceración intestinal transvaginal sin cirugía previa

J. Manuel Hidalgo Fernández\*, A. del Rey Moreno\*\*, J.J. Hidalgo Díaz\*\*\*

\*DUGC Ginecología. \*\*DUGC Cirugía. Hospital del Área Sanitaria del Norte de Málaga. \*\*\*Médico Interno Residente de Traumatología. Hospital Regional de Málaga

## RESUMEN

Describimos un caso clínico de evisceración transvaginal en una paciente sin cirugía ginecológica, y realizamos una revisión de la literatura.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Transvaginal, evisceración, colposacropexia

## ABSTRACT

### Transvaginal bowel evisceration without previous surgery

*We report the case and three-year monitoring of a patient with transvaginal evisceration who has not been previously undergone surgery. In addition, a literature review has been carried out.*

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Transvaginal, evisceration, colposacropexy

## Introducción

La evisceración vaginal es una complicación excepcional, más aún en ausencia de cirugía ginecológica previa o traumatismo vaginal. Hybernaux describió, en 1864, una rotura vaginal con evisceración de asas intestinales en una mujer posmenopáusica. McGregor, en 1907, realiza la primera publicación oficial de una evisceración vaginal (citado por Bueno et al.<sup>1</sup>). Kowalski et al. revisaron los casos publicados hasta 1996, y observaron que la tríada más frecuente asociada a la evisceración vaginal fue la cirugía vaginal previa (73%), el estado posmenopáusico (68%) y la presencia de enterocele (63%)<sup>2</sup>.

La evisceración vaginal es una rara complicación de un enterocele<sup>1,3,5,6</sup>, con salida de vísceras abdominales, generalmente del intestino delgado, a través de un defecto vaginal. Se presenta con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas, generalmente histerectomizadas<sup>1,3,4</sup>. También puede presentarse de forma espontánea, después de un traumatismo vaginal o tras episodios que aumentan la presión intraabdominal<sup>2-5</sup>. La clínica que presentan estas pacientes es sangrado vaginal, dolor pélvico o masa eviscerada a través de la vagina; el intestino delgado es el órgano que se eviscera con mayor frecuencia. Esta patología representa una urgencia quirúrgica<sup>1-3,5,6</sup>. El tratamiento se basa en la resección del intestino afectado si no es viable, en la reparación del defecto vaginal y en corregir las anomalías del suelo de la pelvis<sup>2</sup>.

## Caso clínico

Paciente de 83 años de edad, múltipara, que vivía sola y tenía autonomía total para las actividades de la vida diaria. Entre sus antecedentes personales destacaban la presencia de diabetes mellitus, dacriocistectomía y osteosíntesis de tobillo.

Acude al servicio de urgencias porque al hacer un esfuerzo notó una sensación de desgarramiento, sangrado vaginal y salida de «algo» a través de la vagina, que no podía reintroducir. Al realizarle la historia clínica, la paciente refirió que desde hacía un año presentaba un bultoma en los genitales, que reducía manualmente y por el que no había consultado previamente.

En la exploración se observó un prolapso uterino de grado IV, con una amplia ulceración en toda la cara posterior de la vagina, en cuyo centro se apreciaba una solución de continuidad por la que protruían asas de intestino delgado eritematosas con signos de isquemia leve, pero viables (figura 1). La paciente presentaba globo vesical, que precisó sondaje. Ecográficamente, el útero era atrófico, con un endometrio denso y heterogéneo de 13 mm de grosor.

Se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente con la colaboración del servicio de cirugía, previo lavado de las asas intestinales con suero fisiológico. En la exploración quirúrgica se observó que las asas intestinales eran viables, por lo que se optó por un abordaje transvaginal, reintroduciendo las asas intestinales evisceradas, y el cierre del defecto vaginal en dos planos, con intención de realizar

### Dirección para correspondencia:

J.M. Hidalgo Fernández. Correo electrónico: jmgine@gmail.com



Figura 1. Asas evisceradas por la cara posterior de la vagina

una cirugía reparativa en un segundo tiempo. Asimismo, se intentó hacer una biopsia de endometrio, que no se consiguió porque el orificio cervical externo estaba estenoso.

A las 48 horas, tras una evolución tórpida y la sospecha clínica de una posible obstrucción intestinal, se decidió, junto con el servicio de cirugía, realizar una laparotomía media exploradora y, en caso de ser posible, una colposacropexia. En la laparotomía se apreciaron las asas con vitalidad conservada, realizándose una histerectomía total con doble anexectomía y una colposacropexia con malla de polipropileno. En la pieza extirpada se observó un gran pólipo endometrial de 2 cm de diámetro (figura 2), que se informó en la anatomía patológica como pólipo fibroso benigno.

Tras la segunda intervención, la paciente desarrolló una infección concomitante de la herida abdominal por *Pseudomonas aeruginosa* y un hematoma de pared, y a las 2 semanas de la reintervención presentó un episodio de insuficiencia cardíaca congestiva. La paciente fue dada de alta tras 26 días de ingreso.

Posteriormente, presentó una lumbalgia intensa que le impedía la deambulación, por lo que acudió a urgencias, fue valorada por el servicio de traumatología y diagnosticada de un pinzamiento radicular por desplazamiento del sacro, con posible origen en la tracción de la malla pélvica. Se instauró tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, con lo que la paciente presentó una mejoría parcial de su sintomatología.

A los 6 meses la paciente presentaba un cistocele de grado IV (que tenía que corregir manualmente para poder orinar) asociado a un rectocele a pesar de la colposacropexia. Se



Figura 2. Pieza quirúrgica con pólipo fibroso

decidió realizar una cleisis tipo Le Fort debido a la intensa laxitud de los tejidos vaginales.

Durante el seguimiento, a los 3 años de la última intervención, la paciente sólo presentaba síntomas lumbosacros leves y la cleisis había mantenido los tejidos en su lugar.

## Discusión

La evisceración vaginal es una patología excepcional<sup>1,2,5-7</sup>. Casi siempre está relacionada con la cirugía ginecológica previa. Su incidencia es mayor tras la histerectomía. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas en relación con el hipoprogesteronismo y la atrofia de las estructuras ginecológicas<sup>2,4,6</sup>.

En los casos no relacionados con la cirugía previa, suele estar asociada a radioterapia<sup>1,2,4</sup>, traumatismos en pacientes premenopáusicas<sup>2-6</sup>, traumatismos obstétricos<sup>1,2,5</sup>, cuerpos extraños<sup>1,2,5</sup>, pacientes prepuberales (pared fina inmadura)<sup>1</sup>, tratamientos con corticoides<sup>1,4</sup>, etc.

La zona de rotura es variable. Ésta se suele producir por la erosión de la pared vaginal adelgazada<sup>2,4</sup>, y a menudo es una complicación de un enterocele<sup>1-3,5,6</sup>. El enterocele es una hernia<sup>8,9</sup> con todos sus componentes (cuello, saco y contenido).

El diagnóstico clínico es claro al observarse la salida de asas intestinales a través de la vagina. Otros síntomas frecuentes son la metrorragia, el dolor pélvico y la sensación de presión abdominal<sup>1,2,6,7</sup>. La evisceración afecta principalmente al íleon y, con menor frecuencia, al omento, los apéndices epiploicos y las trompas de Falopio<sup>1,4</sup>.

Esta patología tiene una mortalidad del 5,6%<sup>5</sup>. Supone una urgencia quirúrgica inmediata<sup>1-3,5,6</sup>, su resolución depende

del tipo y la viabilidad de las vísceras herniadas<sup>1,3,5,6</sup>, y puede realizarse por vía vaginal, abdominal o combinada<sup>1,2,4</sup>. En un primer momento se procede a la reducción del contenido abdominal eviscerado, si es viable, y a la resección de éste si existe afectación vascular. Posteriormente, en la misma intervención, se realiza el cierre del defecto vaginal.

Realizar la reparación de la disfunción del suelo pélvico en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo depende de la calidad y la viabilidad de los tejidos. La reparación del suelo pélvico se puede hacer con malla, mediante refuerzo de la cúpula con los ligamentos cardinales o uterosacros, sacropexia o colpocleisis, tanto por vía abdominal como vaginal o laparoscópica<sup>1,2,4-6</sup>.

Aunque *a posteriori* es fácil decidir, en el caso que nos ocupa hay que plantearse seriamente si la paciente no se habría beneficiado de una actitud más conservadora tras la cirugía urgente, y hasta qué punto no calculamos que, en una mujer con unos tejidos tan laxos, la colpocleisis podría no ser una solución adecuada, ya que al cambiar la dirección de la carga toda la presión abdominal se ejerce en el septo vesicovaginal. En cualquier caso, en pacientes de edad avanzada cabría tener en cuenta la posibilidad de complicaciones por desplazamiento del sacro debido a la

presión intraabdominal sobre la cúpula, que a su vez tensa la malla. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bueno J, Serralta A, Planells M. Evisceración vaginal. Aportación de tres casos. *Cir Esp*. 2002; 71(2): 89-91.
2. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg*. 1996; 183: 225-229.
3. Fernández C, Simó V, Garrido F. Evisceración vaginal. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *Ciencia Ginecológica*. 2004; 8: 228-230.
4. Francia L, Campo R, García JC. Evisceración vaginal. Presentación de un nuevo caso y breve revisión de la literatura médica. *Arch Cir Gen Digest*. 2005; 2.
5. Moen MD, Desai M, Sulkowski R. Vaginal evisceration. Managed by transvaginal bowel resection and vaginal repair. *Int urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003; 14: 218-220.
6. Bernal JC, Iglesias R, Landete FJ. Evisceración vaginal. Abordaje abdominal y reparación con malla sintética. *Prog Obstet Ginecol*. 2009; 52: 109.
7. Lobato JL, Villasante A, Pérez C. Evisceración intestinal transvaginal después de histerectomía. *Rev Ginecol Obstet Clin*. 2009.
8. Holley RL. Enteroccele. A review. *Obstet Gynecol Surv*. 1994; 49: 284-293.
9. Cortés AL, Eguarte R, Manzanares G. Evisceración vaginal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex*. 2000; 68: 171-173.

## RESUMEN Y CONGRESO NACIONAL DE SUELO PÉLVICO

# Comentarios al VI Congreso Nacional de Suelo Pélvico

F. Muñoz Garrido

Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid. Presidente del Congreso

Se ha celebrado en Madrid el VI Congreso Nacional de Suelo Pélvico durante los días 11, 12 y 13 de abril de 2012. Siguiendo la estela de los cinco congresos anteriores, el objetivo esencial de este congreso era establecer el diseño de un programa atractivo e interesante que abarcara los temas más candentes y actuales de las disfunciones de suelo pélvico. Ése fue el objetivo constante del Comité Organizador y de la Sección Nacional de Suelo Pélvico (SESP) desde el primer momento.

Este congreso se celebró inmerso en los recortes presupuestarios de la actual crisis económica, que en principio pensábamos dificultaría en parte su desarrollo en cuanto a participación. Por tanto, es obligado reconocer el esfuerzo de todos en el éxito obtenido.

El congreso fue inaugurado oficialmente por Javier Fernández Lasquetty, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, acompañado en el acto de inauguración oficial por Miguel García Alarilla, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad de Madrid, José María Laila, Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Montserrat Espuña, Presidenta de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO, y Francisco Muñoz Garrido, Presidente del Congreso.

Durante este encuentro, diversos ponentes nacionales e internacionales han abordado y debatido temas de máxima actualidad relacionados con la patología del suelo pélvico, un área de evolución ascendente dentro de la ginecología.

Se celebraron dos conferencias magistrales. La primera sobre el futuro del tratamiento de la incontinencia urinaria con células madre, y la segunda sobre el estado actual de la formación en uroginecología en Europa.

Las cirugías en directo se realizaron los días 11 y 12 de abril desde el Hospital «12 de Octubre» de Madrid y el Hospital Clínic de Barcelona, con la participación de expertos ginecólogos españoles. El primer día, la cirugía estuvo fundamentada en las técnicas clásicas con la retransmisión de las técnicas de fijación vaginal en histerectomía vaginal, colpocleisis, operación de Manchester, fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso y banda retropúbica en la incontinencia urinaria. El segundo día, la cirugía estaba dirigida al tratamiento con mallas

con la retransmisión de histerectomía subtotal con cervicopexia clásica, colposacropexia sacra y malla anterior para la corrección del cistocele, y cabe destacar que por primera vez se ha retransmitido desde el Hospital «12 de Octubre» una cirugía de colposacropexia laparoscópica mediante técnica 3D, que ha tenido una amplia repercusión en todos los medios de difusión.

Se han presentado seis ponencias, con la participación de profesionales internacionales y nacionales implicados en esta patología (ginecólogos, urólogos, coloproctólogos, cirujanos coloproctólogos, rehabilitadores, especialistas en enfermedades infecciosas, neurólogos y fisioterapeutas), todos ellos con un alto nivel científico, que dio lugar a interesantes debates en las mesas redondas y una amplia participación interactiva de los congresistas, demostrando el gran interés por sus contenidos.

Las ponencias han abarcado la mayoría de las áreas de las disfunciones de suelo pélvico: 1) complicaciones de la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo y del prolapso de órganos pélvicos; 2) tratamiento conservador de la incontinencia urinaria, la incontinencia anal y el prolapso de órganos pélvicos; 3) manejo de la incontinencia de orina en la mujer anciana, e infecciones urinarias complejas; 4) vejiga hiperactiva y calidad de vida; 5) embarazo, parto y disfunciones del suelo pélvico, y 6) actualización en disfunciones anorrectales.

Se han celebrado seis talleres prácticos: 1) dolor en uroginecología; 2) urodinámica; 3) cirugía clásica del prolapso; 4) sutura de los desgarros perineales; 5) tratamiento conservador de la patología del suelo pélvico, y 6) ecografía en el suelo pélvico. El número total de asistentes a los talleres fue de 315 congresistas. En todos ellos tuvo que ampliarse el cupo estimado, ante la demanda de asistentes.

La participación en cuanto a pósteres, comunicaciones excelentes, vídeos y comunicaciones elevadas a ponencia ha sido altísima, con un total de 189 trabajos, de los que fueron seleccionados 174.

Fue muy bien acogido por los congresistas el nivel de los trabajos presentados: comunicaciones elevadas a ponencias (7), comunicaciones excelentes (18), vídeos seleccionados como excelentes (10) (todos presentados y defendidos

en la Sala Plenaria del Congreso), así como el amplio abanico temático de pósteres (139).

Cabe resaltar el alto grado de participación (600 congresistas, entre ginecólogos, urólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y matronas). A todos ellos queremos mostrar nuestro agradecimiento por la confianza depositada en la organización.

Se realizó la asamblea preceptiva de la SESP con el orden del día establecido, y se procedió a la renovación de la Junta Directiva de la SESP, aprobándose por mayoría la única candidatura que se había presentado. Se eligió como sede para la celebración del VII Congreso Nacional de Suelo Pélvico en 2014 la ciudad de Bilbao, bajo la dirección de los doctores Iñiqui Brouard y Mikel Gotilla, a los que felicitamos y deseamos el éxito una vez más, que seguro conseguirán.

Nos resta dar las gracias al Hospital «12 de Octubre» de Madrid y al Hospital Clínic de Barcelona, por su ofrecimiento desinteresado de los quirófanos para poder realizar la

retransmisión en directo de las cirugías. También queremos agradecer a todos los que han participado de una forma activa en el congreso (cirujanos, ponentes, moderadores de mesa, miembros del comité evaluador de contribuciones científicas, realizadores de quirófano, moderadores y coordinadores de talleres, autores de comunicaciones y vídeos) la dedicación de su tiempo y conocimientos.

Asimismo, debemos agradecer a la Industria Farmacéutica su importante ayuda y colaboración.

Queremos dar las gracias al profesor Lailla, Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, por el apoyo demostrado en todo momento, así como a la Dra. Espuña y demás miembros de la Junta Directiva de la SESP, por su apoyo, disponibilidad y asesoramiento en todo momento.

Finalmente, como Presidente del Congreso, quiero felicitar y mostrar mi especial gratitud a mis compañeros y amigos del Comité Organizador, el doctor Muñoz Gállego y las doctoras Masero y García, por su dedicación abnegada. ■