

SU GUÍA PARA LA COMPRENSIÓN DEL
**prolapso de los
órganos pélvicos**





¿Qué es el prolapso de los órganos pélvicos?

El prolapso es cuando un órgano de la pelvis se desplaza o se desliza hacia abajo en la pelvis. Puede haber escuchado a las mujeres hablar de su “vejiga colapsada” o “útero caído”.

Este problema afecta a más de 3 millones de mujeres en los Estados Unidos.¹

No está sola.

¿Qué provoca el prolapso de los órganos pélvicos?

El prolapso de los órganos pélvicos ocurre cuando los músculos y los ligamentos del suelo pélvico se estiran o se vuelven demasiado débiles como para sostener a los órganos en su posición correcta en la pelvis. Los riesgos potenciales incluyen el embarazo y el parto, el envejecimiento y la menopausia, la obesidad, los tumores pélvicos, la tos crónica, el estreñimiento crónico, el levantamiento de objetos muy pesados, cirugías previas en la pelvis, algunas afecciones neurológicas y ciertos factores genéticos.²

¿Cuáles son algunos de los síntomas?

Los síntomas del prolapso de los órganos pélvicos pueden incluir:

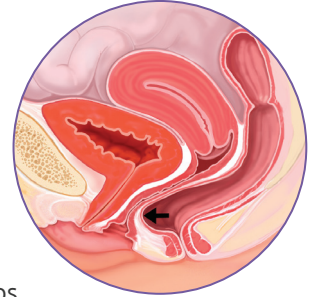
- Presión o molestia en el área vaginal o pélvica, que a menudo empeora con la actividad física, como estar de pie durante periodos prolongados, correr o andar en bicicleta.
- Menor control de la vejiga o los intestinos.
- Dolor durante las relaciones sexuales.³

¿Qué tipo de prolapso de los órganos pélvicos tengo?³

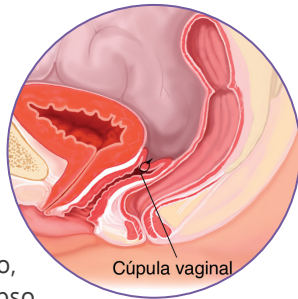
Cistocele. El cistocele se forma cuando la pared vaginal superior pierde su soporte y se hunde hacia abajo. Esto permite que la vejiga, que está ubicada encima de la vagina, caiga. Cuando el cistocele progresa, la protuberancia puede hacerse visible por fuera de la vagina. El tejido visible es la pared vaginal debilitada. Los síntomas que provoca el cistocele incluyen presión, enlentecimiento del flujo urinario, vejiga hiperactiva e incapacidad de vaciar completamente la vejiga.



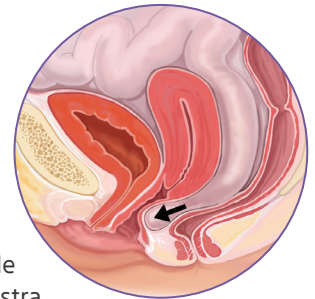
Rectocele. El rectocele se forma cuando la pared vaginal inferior pierde su soporte y permite que el recto se abulte dentro de la vagina. Esto crea un saco adicional en el conducto rectal. Los rectoceles de mayor tamaño pueden sobresalir más allá de la apertura de la vagina. Los rectoceles pueden provocar dificultad para la evacuación intestinal, como la necesidad de hacer más fuerza, la sensación de plenitud rectal incluso después de una deposición, mayor suciedad fecal e incontinencia de materia fecal o gases. Algunas pacientes tienen que presionar en la parte trasera de la vagina para poder tener una evacuación intestinal.



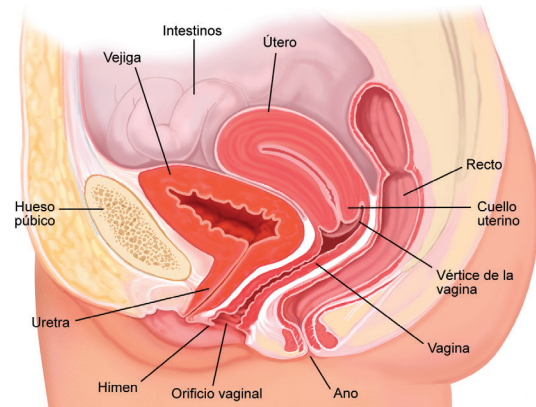
Prolapso de la cúpula vaginal. El prolapso de la cúpula vaginal ocurre cuando se debilitan las estructuras de soporte uterino o vaginal que sostienen la parte superior de la vagina. Si el útero se ha extirpado y la parte superior de la vagina está cayendo, generalmente se denomina prolapso de la cúpula vaginal. Cuando el útero está presente, se llama prolapso uterino. Cuando el prolapso de la cúpula vaginal progresa, la protuberancia puede hacerse visible por fuera de la apertura de la vagina. Los síntomas pueden incluir: presión, dolor, infecciones de la vejiga y dificultad para orinar.



Enteroccele. El enteroccele generalmente se forma cuando el intestino delgado sobresale a través de la parte superior de la vagina después de una histerectomía. En algunas mujeres, el intestino puede deslizarse entre la parte trasera de la vagina y el recto, como se muestra en esta imagen con un útero. Los síntomas pueden ser vagos, como una presión descendente sobre la pelvis y la vagina, y quizás, dolor en la parte baja de la espalda.



Su médico podrá evaluar qué tipo de prolapso de órgano pélvico tiene y analizar las posibles opciones de tratamiento.



Anatomía normal

¿Cuáles son algunas de las opciones de tratamiento?

No tiene que vivir con los síntomas del prolapso de los órganos pélvicos. El prolapso de los órganos pélvicos puede tratarse de varias maneras, de acuerdo con la naturaleza exacta del prolapso y su gravedad. El objetivo de estos tratamientos es restaurar los órganos prolapsados a sus posiciones anatómicas normales.

Usted y su médico pueden analizar las siguientes opciones:

Opciones no quirúrgicas:

- Cambios a su **dieta** y rutina de ejercicio.⁴
- Uso de un "**pesario**", un dispositivo diseñado para sostener las paredes vaginales y, así, aliviar los síntomas. Se inserta en la vagina y puede extraerse.⁵
- **Fisioterapia**, como ejercicios de Kegel, diseñados para aumentar la fuerza y mantener la elasticidad de los músculos pélvicos.⁴

Opciones quirúrgicas:

- **Reparación con injerto transvaginal:** colocación de una malla biológica sobre el tejido conectivo debilitado para corregir el área del prolapso.⁶
- **Sacrocolpopexia/sacrohisteropexia:** el médico emplea un acceso laparoscópico o robótico abierto y adhiere un injerto entre el vértice vaginal y el cóccix. De acuerdo con la técnica usada, es posible que se requiera una histerectomía (extirpación del útero).⁷
- **Reparación con tejidos nativos:** el médico usa suturas para coser nuevamente los tejidos de la pared vaginal debilitada.⁸

Se han desarrollado muchas intervenciones quirúrgicas para la corrección del prolapso de los órganos pélvicos. Consulte a su médico para analizar las opciones de tratamiento, incluidas las posibles reacciones adversas/complicaciones y el cuidado posoperatorio.



Preguntas frecuentes sobre la malla quirúrgica

¿Qué es la malla quirúrgica y cuáles son los riesgos?

Existen varios materiales quirúrgicos que se podrían usar para facilitar la reparación de su prolapso. Estos incluyen una malla de polipropileno sintético o injertos biológicos hechos de dermis. El riesgo asociado con la implantación de mallas sintéticas en las intervenciones para la reparación del prolapso de los órganos pélvicos se describe a continuación y en el reverso del folleto.

Los posibles eventos adversos, algunos de los cuales podrían ser permanentes, incluyen, entre otros: absceso (área inflamada dentro del tejido corporal, que contiene una acumulación de pus); formación de adherencias (cuando una cicatriz se extiende de un área a otra); reacción alérgica al implante (hipersensibilidad); hematomas; hemorragias; estreñimiento; dehiscencia (apertura de la incisión después de la cirugía); inestabilidad de novo del detrusor (contracción involuntaria de la pared de la vejiga que produce necesidad repentina de orinar); dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) que puede no resolverse; disfunción sexual (dificultad con la respuesta sexual, deseo, orgasmo o dolor), incluso la imposibilidad de tener relaciones sexuales; erosión en órganos; exposición/extrusión en la vagina (cuando la malla atraviesa la vagina hacia otros órganos o tejido circundante); dolor o malestar para la pareja del paciente durante las relaciones sexuales; formación de una fístula (un orificio/pasaje que se desarrolla a través de la pared de los órganos) que puede ser aguda o crónica; reacción a cuerpo extraño (respuesta del cuerpo al implante) que puede ser aguda o crónica; formación de tejido de granulación (tejido conectivo rojizo que se forma en la superficie cuando una herida está cicatrizando); formación de hematomas (acumulación de sangre debajo

de la piel); hemorragia (sangrado profuso); infección; inflamación que puede ser aguda o crónica (enrojecimiento, calor, dolor o hinchazón en la zona de la cirugía como resultado de la cirugía); lesión en el uréter (el conducto por el que pasa la orina desde los riñones hasta la vejiga); cicatrización; contractura de la cicatriz (endurecimiento de la cicatriz); contractura de la malla (encogimiento de la malla); contractura del tejido (endurecimiento del tejido); necrosis (muerte de tejido vivo en un área pequeña); lesión nerviosa (lesión de la fibra nerviosa); perforación de órganos (un orificio o daño en los mismos u otros tejidos que pueden ocurrir durante la colocación); dolor: pélvico, vaginal, en la ingle/muslo, dispareunia, que puede volverse grave; perforación o laceración de vasos, nervios, vejiga, uretra o intestino (un agujero o daño en estos u otros tejidos que pueden ocurrir durante la colocación); obstrucción intestinal posoperatoria (bloqueo que impide que los alimentos o líquidos pasen por el intestino delgado o grueso); prolapso/prolapso recurrente (ineficacia total de la intervención); acortamiento o estenosis vaginal que puede resultar en dispareunia o disfunción sexual; disfunción miccional: Incontinencia, obstrucción temporal o permanente del tracto urinario inferior, dificultad para orinar, dolor al orinar, vejiga hiperactiva y retención (pérdida involuntaria de orina o incapacidad reducida o completa para vaciar la vejiga). La aparición de una o más de estas complicaciones puede requerir tratamiento o intervención quirúrgica. En algunos casos, la complicación puede persistir como un trastorno permanente después de la intervención quirúrgica u otro tratamiento. El retiro de la malla o la corrección de complicaciones relacionadas con la malla pueden requerir varias cirugías. Puede que la extracción completa de la malla no sea posible y que las cirugías adicionales no siempre solucionen las complicaciones.

¿Cuáles deben ser mis expectativas después de la cirugía?

Antes del alta hospitalaria, es posible que le receten medicamentos para aliviar las molestias que pueda sentir. Se le indicará cómo cuidar el área de la incisión. A criterio del médico, la mayoría de los pacientes reanuda las actividades moderadas en un período de 6 a 8 semanas, sin actividad extenuante durante 12 semanas para facilitar la cicatrización.

Consulte a su médico para obtener información más específica sobre qué esperar después de cualquiera de las opciones quirúrgicas para el prolapso.



Glosario

Cirugía abierta: intervención que requiere una incisión a través de la piel lo suficientemente grande para que el cirujano acceda a las estructuras que se están interviniendo.

Cirugía laparoscópica: técnica mínimamente invasiva en la que la intervención se lleva a cabo a través de incisiones pequeñas en el abdomen que se usan para insertar una cámara e instrumentos quirúrgicos.

Cirugía mínimamente invasiva: intervención que minimiza las incisiones quirúrgicas y reduce los traumatismos en el cuerpo.

Cirugía transvaginal: cirugía que se realiza a través de una incisión en la vagina.

Cistocele: afección en la que la debilidad de los tejidos de soporte pélvico hace que la vejiga caiga de su posición habitual hacia dentro de la vagina.

Cúpula: la parte superior de la vagina cuando el útero no está presente.

Enteroccele: afección en la que la debilidad de los tejidos de soporte pélvico hace que el intestino delgado se abulte hacia abajo dentro de la vagina.

Incontinencia urinaria por esfuerzo: la pérdida involuntaria de orina durante actividades físicas, como toser, reírse o levantar objetos.

Injerto derivado biológicamente: tejido derivado de fuentes humanas o animales.

Pesario: dispositivo plástico extraíble que se inserta en la vagina para sostener los órganos prolapsados y devolverlos a su posición normal.

Prolapso de la cúpula vaginal: afección en la que la debilidad de los tejidos o los ligamentos de soporte pélvico hace que la cúpula vaginal (vértice) caiga hacia el canal vaginal o a través de este.

Prolapso de los órganos pélvicos: afección médica que ocurre cuando se pierde el soporte normal de la vagina, lo que provoca un "hundimiento" o "caída" de los órganos pélvicos.

Prolapso uterino: afección en la que la debilidad de los tejidos o los ligamentos de soporte pélvico hace que el útero caiga de su posición habitual hacia el canal vaginal y a través de este.

Reconstrucción del suelo pélvico: reparación quirúrgica del prolapso y la incontinencia. Reparación quirúrgica de las estructuras de soporte pélvico que pueden provocar el prolapso de los órganos pélvicos o incontinencia cuando se debilitan por cambios relacionados con la edad o traumatismos.

Rectoccele: afección en la que la debilidad de los tejidos de soporte pélvico hace que el recto se abulte dentro de la vagina.

Reparación con tejidos nativos: tipo de reparación quirúrgica conocida como colporrafía vaginal, que emplea suturas y el tejido vaginal propio de la paciente para reparar el prolapso de la pared vaginal.

Sintético: material permanente que se usa para reparar el daño del tejido y puede utilizarse para complementar la reparación del prolapso de órganos pélvicos.

Suelo pélvico: grupo de músculos que se forman en la base de la pelvis y sostienen los órganos pélvicos.

Vértice vaginal: la parte superior de la vagina (también denominada cúpula vaginal).

REFERENCIAS:

1. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, et al. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* 2009 Dec;114(6):1278-83.
2. Pelvic Organ Prolapse. Voices for PFD. www.voicesforpfd.org/pelvic-organ-prolapse. Consultado: junio de 2021.
3. Pelvic Organ Prolapse: Symptoms and Types. Voices for PFD. www.voicesforpfd.org/pelvic-organ-prolapse/symptoms-types. Consultado: junio de 2021.
4. Physical Therapy. Voices for PFD. www.voicesforpfd.org/about/physical-therapy. Consultado: junio de 2021.
5. Pessaries. Voices for PFD. www.voicesforpfd.org/about/pessaries. Consultado: junio de 2021.
6. Pelvic Organ Prolapse Treatments: Mesh Information. Voices for PFD. www.voicesforpfd.org/pelvic-organ-prolapse/mesh-information. Consultado: junio de 2021.
7. Pelvic Organ Prolapse Treatments: Surgery. Voices for PFD. www.voicesforpfd.org/pelvic-organ-prolapse/surgery. Consultado: junio de 2021.
8. Surgery for Pelvic Organ Prolapse. ACOG. www.acog.org/womens-health/faqs/surgery-for-pelvic-organ-prolapse. Consultado: junio de 2021.

Consulte a su médico para analizar los riesgos y las complicaciones asociados con el material quirúrgico específico que recibe. A continuación se muestra una lista de los posibles eventos adversos del material quirúrgico de prolapso de órganos pélvicos de Boston Scientific.

Los posibles eventos adversos, algunos de los cuales podrían ser permanentes, incluyen, entre otros: absceso (área inflamada dentro del tejido corporal, que contiene una acumulación de pus); formación de adherencias (cuando una cicatriz se extiende de un área a otra); reacción alérgica al implante (hipersensibilidad); hematomas; hemorragias; estreñimiento; dehiscencia (apertura de la incisión después de la cirugía); inestabilidad *de novo* del detrusor (contracción involuntaria de la pared de la vejiga que produce necesidad repentina de orinar); dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) que puede no resolverse; disfunción sexual (dificultad con la respuesta sexual, deseo, orgasmo o dolor), incluso la imposibilidad de tener relaciones sexuales; erosión en órganos; exposición/extrusión en la vagina (cuando la malla atraviesa la vagina hacia otros órganos o tejido circundante); dolor o malestar para la pareja del paciente durante las relaciones sexuales; formación de una fístula (un orificio/pasaje que se desarrolla a través de la pared de los órganos) que puede ser aguda o crónica; reacción a cuerpo extraño (respuesta del cuerpo al implante) que puede ser aguda o crónica; formación de tejido de granulación (tejido conectivo rojo que se forma en la superficie cuando una herida está cicatrizando); formación de hematomas (acumulación de sangre debajo de la piel); hemorragia (sangrado profuso); infección; inflamación que puede ser aguda o crónica (enrojecimiento, calor, dolor o hinchazón en la zona de la cirugía como resultado de la cirugía); lesión en el uréter (el conducto por el que pasa la orina desde los riñones hasta la vejiga); cicatrización; contractura de la cicatriz (endurecimiento de la cicatriz); contractura de la malla (encogimiento de la malla); contractura del tejido (endurecimiento del tejido); necrosis (muerte de tejido vivo en un área pequeña); lesión nerviosa (lesión de la fibra nerviosa); perforación de órganos (un orificio o daño en los mismos u otros tejidos que pueden ocurrir durante la colocación); dolor: pélvico, vaginal, en la ingle/muslo, dispareunia, que puede volverse grave; perforación o laceración de vasos, nervios, vejiga, uretra o intestino (un agujero o daño en estos u otros tejidos que pueden ocurrir durante la colocación); obstrucción intestinal posoperatoria (bloqueo que impide que los alimentos o líquidos pasen por el intestino delgado o grueso); prolapso/prolapso recurrente (ineficacia total de la intervención); acortamiento o estenosis vaginal que puede resultar en dispareunia o disfunción sexual; disfunción miccional: Incontinencia, obstrucción temporal o permanente del tracto urinario inferior, dificultad para orinar, dolor al orinar, vejiga hiperactiva y retención (pérdida involuntaria de orina o incapacidad reducida o completa para vaciar la vejiga). La aparición de una o más de estas complicaciones puede requerir tratamiento o intervención quirúrgica. En algunos casos, la complicación puede persistir como un trastorno permanente después de la intervención quirúrgica u otro tratamiento. El retiro de la malla o la corrección de complicaciones relacionadas con la malla pueden requerir varias cirugías. Puede que la extracción completa de la malla no sea posible y que las cirugías adicionales no siempre solucionen las complicaciones.

Datos archivados en Boston Scientific.

Todas las imágenes son propiedad de Boston Scientific. Todas las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.

Las personas que se muestran en este folleto son modelos y se incluyen con fines ilustrativos únicamente; los modelos que se muestran no son usuarios y no avalan los productos para la incontinencia urinaria por esfuerzo.

Boston Scientific Corporation
300 Boston Scientific Way
Marlborough, MA 01752
www.bostonscientific.com

© 2021 Boston Scientific Corporation
or its affiliates. All rights reserved.

WH-2502-AF-SP JUL2021

**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

CONTENIDOS PROPORCIONADOS POR BOSTON SCIENTIFIC. BOSTON SCIENTIFIC ESTÁ DEDICADO A TRANSFORMAR VIDAS MEDIANTE SOLUCIONES MÉDICAS INNOVADORAS QUE MEJORAN LA SALUD DE PACIENTES DE TODO EL MUNDO.