**RESUMEN DEFECTOS DEL PISO PELVICO:**

1. **ANATOMIA:**
* Los musculas del diafragma pelviano sirven principalmente para sostener la pelvis. Forman el elevador del ano. Dentro del diafragma esta el hiato urogenital, que permite el pasaje del feto.
* El musculo elevador del ano: Es el ms. Mas importante de la pelvis, tiene como funciones: es aquel que ayuda a mantener las vísceras pélvicas en su posición , resiste las elevaciones de la p. intraabdominal, crea un asa que da soporte a las vísceras abdomino pélvicas.

Esta constituido x tres partes pubococcígeo, puborrectal, e ileococcígeo.

* Estructuras de soporte pélvico son: Ms. Del tejido conjuntivo del suelo pélvico, el tejido fibromuscular de la pared vaginal, el tejido endopélvico .
* En general el suelo pélvico intacto (incluyendo el ms. Puborrectal y el complejo cardinal/uterosacro intacto) debe evitar el prolapso mediante la deflexión hacia atrás del recto y la vagina, y la compresión de estas estructuras contra el suelo de la pelvis, estando de pie. La capa fibromuscular de la pared vaginal y las otras inserciones endopélvicas de tej. Conjuntivo potencian la estructura de soporte y son especialmente importantes cuando esta comprometida la función del suelo pélvico.
1. **CUALES SON:**
* Incontinencia urinaria.
* Incontinencia fecal.
* Prolapso de órganos pélvicos.

Nos enfocaremos en el prolapso de órganos pélvicos.

1. **DEFINICIÓN PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS:**

Es el desplazamiento inferior de uno de los órganos pélvicos, desde su localización normal, lo que produce protrusión o abultamiento de la pared vaginal.

1. **EPIDEMIOLOGIA:**
* 3 a 6% población desarrollará prolapso severo en algún momento de su vida
* Presente en el 50% de las multíparas
* El 10-20% requiere tratamiento
* 1 de cada 10 mujeres a los 80 años ha sido operada por prolapso
* 30% de las operadas requiere una segunda intervención
* Prolapso clínicamente relevante aumenta con la paridad
	+ - * + Nulípara 14.6%
				+ 1 a 3 partos 48%
				+ 4 o más partos 71.2%
1. **FISIOPATOLOGIA:**
* El prolapso vaginal es la consecuencia del debilitamiento de las estructuras de soporte, bien por desgarros o rupturas reales, bien por disfunción neuromuscular, o por ambos.
* Para soportar los órganos pélvicos debe haber una interacción directa entre el elevador del ano , la vagina y el tej. Conjuntivo del piso pélvico. Cuando el ms. Elevador del ano pierde su tono la vagina pasa de una posición horizontal a una posición inclinada , lo que me va a llevar a que se ensanche el hiato genital, predisponiendo al prolapso de las vísceras pélvicas.
* Lesión directa: x estiramiento significativo del tejido, durante la segunda mitad del trabajo de parto, en donde el mas afectado es el pubococcigeo.
* Lesión neurológica: se propuso una neuropatía x el n. pudendo durante la segunda etapa del trabajo de parto por que el nervio esta fijo en su sitito de salida del conducto pudendo.
* Lesión de pared vaginal: la pared vaginal esta formada por epitelio escamoso, una capa de musculo liso y adventicia.
* Hay defectos es sitios específicos: por desgarro en la fascia endopélvica alrededor de la pared vaginal permiten la hernia de los órganos pélvicos; esta cfascia endopélvica representa la capa fibromuscular de la pared vaginal, osea la muscular y la adventicia vaginales. Al prolapso de este tipo se le llama cistocele o rectocele.
* Disfunción del ms. Liso: las fibras musculares lisas provenientes de la pared vaginal se insertan en el complejo elevador del ano. La disfunción del ms. Liso podría afectar la inserción de la pared lateral de la vagina a la pared lateral de la pelvis.
* Anomalías del tejido conjuntivo: Este tejido que rodea a los órganos pélvicos brinda soporte anatómico sustancial a la pelvis y su contenido. Afecciones tales como el sd de ehlers danlos o sd de marfan, defisicnecia de estrógenos.
1. **FACT. RIESGO**
* Embarazo
* Parto vaginal.
* Menopausia.
* Aumento cronico de la presión intraabdominal (EPOC , estreñimiento,obesidad)
* Trauma del piso pélvico.
* Factores genéticos (raza, trastornos del tejido conectivo)
* Histerectomía.
1. **COMPARTIMIENTOS:**

Anteriormente se hablaba de cistocele, enterocele, rectocele, y etc , pero esta clasificación no era la adecuada clínicamente hablando , es por esto que hoy en día se habla de prolapso de la pared vaginal anterior, prolapso apical vaginal, prolapso cervicouterino, prolapso de la pared vaginal posterior, prolapso perineal y prolapso rectal.

*Compartimiento anterior:* Incluye: la pared vaginal anterior, sus inserciones la uretra y la vejiga.

Las alteraciones de estas estructuras de soporte pueden ser desgarros, o atenuaciones de la pared vascular fibromuscular de la vagina, o desinserciones de las paredes laterales de la pelvis, del cuello del útero o del complejo ligamentoso cardinal, o del pubis.

*Compartimiento posterior:* Incluye el recto y la vagina, los cuales son sostenidos por: la musculatura del suelo pélvico y el tej. Conjuntivo, posteriormente; la fascia pararrectal .

Fascia pararrectal: es la capa fibromuscular de la pared vaginal posterior, y sus inserciones en la musculatura del suelo pélvico lateral (elevador) y su fascia.

Defecto me llevaría a rectocele, hipotéticamente se debe a desgarros aislados de la fascia para rectal , en sus inserciones lateral , apical, perineal, y centralmente , en la misma fascia.

*Compartimiento apical:* Soporte dado por: Integridad de los ligamentos cardinales/uterosacros, el tej. Conjuntivo fibromuscular paravaginal superior y, cuando el útero está presente, la fascia paracervical.

* Defectos incluyen: pérdida del soporte cardinal/uterosacro, lo que me lleva al descenso del cuello del útero o cúpula vaginal
* la desincerción de la vagina fibromuscular de la pared anterior del recto, con el enterocele resultante o sigmoidocele, hacia el espacio rectovaginal
* Los desgarros o el debilitamiento del tej. Firbomuscular superior, normalmente tras una histerectomía, provocando un descenso central apical que, frecuentemente, se presenta como un defecto globuloso.
1. **SINTOMAS.**

Pueden presentarse mujeres asintomáticas: A las mujeres asintomaticas se les recomienda para el tto la rehabilitación muscular del piso pélvico, para prev la progresión del prolapso , pero no hay datos que apoyen esta practica.

1. **CLASIFICACION**

Hay varios sistemas de clasificación:

1. POP-Q ( Pelvic Organ Prolapse Quantification System)

Ventajas:

* Hay un punto de referencia constante que es el himen.
* Su capacidad para valorar el prolapso en distintos puntos de la vagina.
* Pared vaginal anterior : 2 pto. Aa, Ba.
* Porción apical: Pto. C y D.
* Porción pared vaginal posterior: Ap, Bp, gh
* Con el plano del himen definido como cero, se mide en cm la posición anatómica de estos puntos a partir del himen.
* Los ptos. Por arriba o proximales al himen se describen con un número negativo y las posiciones inferiores o distales se registran con un número positivo.

|  |  |
| --- | --- |
| Aa | Punto en línea media de la pared anterior de la vagina, situado a 3cms del meato urinario. Rango -3 a +3 cm |
| BBb | Pto mas distal del punto Aa del fórnix vaginal anterior valor : -3 en ausencia de prolapso, con valores positivos igual a la posición de la cúpula o fondo de saco anterior en mujeres con prolapso de cúpula post histerectomía.  |
| C | Punto más sobresaliente o distal del cuello, generalmente borde anterior. Corresponde también al punto más alto de la cúpula vaginal en mujeres histerectomizadas. |
| D | Fondo de saco de Douglas, lugar de inserción del complejo úterosacro/cardinales. No considerarlo en ausencia de cuello. |
| Ap | Punto en la línea media de la pared vaginal posterior a 3 cms del himen. Valores de -3 a + 3 cm. |
| Bp | Pto. De la pared vaginal posterior mas distal al pto Ap. Su valor normal es -3 cm en mujeres con prolapso de cúpula post histerectomía tendrá valores positivos igual a la posición de ésta. |
| gh | Hiato genital: distancia en cms desde el meato uretral a la parte media posterior del himen. Se mide en cms. |
| pb | Perine: distancia en cms desde la parte más posterior del hiato genital al punto medio del ano. |
| tvl | Largo vaginal total: es la distancia en cm cuando os puntos c y d están en su máxima posición. |



1. POP-Q del soporte de órganos pélvicos:

|  |
| --- |
| POPQ  |
| Estadio  | Posición  |
| 0  | Sin prolapso  |
| I  | A más 1 cm sobre himen  |
| II  | 1 cm distal o prox. a himen  |
| III  | A más 1 cm fuera himen  |
| IV  | Eversión  |

1. Sistema de media distancia de Baden-Walker:
* adecuado para la clínica si se valora cada compartimiento : apical , anterior y posterior.
* Se da en grados:

Grado 0:

* Posición normal de cada sitio respectivo.
* No se demuestra prolapso.
* Los putos Aa, Ab, Pa, Pb, estan a menos 3 cm. por dentro de la referencia (Himen).
* Los puntos C o D tienen valores negativos a igual distancia que la longitud total de la vagina.

Grado 1:

* Descenso a la mitad de la distancia del himen.
* La porción más distal del prolapso se encuentra a –1 .

Grado 2:

* Descenso hasta el himen.
* La parte más distal del prolapso, esta a 0, +1 cm del punto de referencia, ( himen).

Grado 3:

* Descenso a la mitad de la distancia después del himen.
* El punto mayor del prolaso esta a >+1cm. por delante del himen, pero a menos de 2 cm.de la longitud total de la vagina

Grado 4:

* Máximo descenso posible de cada sitio.
* Esencialmente es la eversión completa del tracto genital, el punto distal es al menos igual que la longitud total de la vagina. Más distal es C.
1. **TRATAMIENTO:**

TTO NO QX:

Pesarios: Los de soporte son eficaces para mujeres con prolapso de primero y segundo grado y los pesaros que llenan el espacio son propios para prolapso moderado o grave.

Ejercicios de Kegel: El propósito de los ejercicios es fortalecer los músculos de la zona pélvica y mejorar la función del [esfínter](http://es.wikipedia.org/wiki/Esf%C3%ADnter) uretral o rectal.