

Cirugía sobre el suelo pélvico y su impacto en sexualidad

Surgery on the pelvic floor and its impact on sexuality

MSc. Georgina Areces Delgado, MSc. Blanca Rosa Manzano Ovies

Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las disfunciones sexuales van en detrimento de la calidad de vida de la mujer, y las afecciones del suelo pélvico tienen un peso importante. Con esta revisión bibliográfica se pretende delimitar hasta qué punto y cuáles soluciones o propuestas deberían ser asumidas por el ginecólogo, no solamente con la óptica quirúrgica, sino sobre todo, en el terreno de la prevención. Se realizó una revisión de artículos publicados en torno al tema en diversas bases de datos (MedLine, PubMed, Hinari, Cochrane), que toca tan de cerca a los ginecólogos a nivel mundial por las crecientes demandas en torno a calidad de vida y disfrute de la sexualidad aún en edades avanzadas. Se comenta en torno a las posibilidades preventivas a nuestro alcance y se brindan recomendaciones emanadas de la revisión y la experticia de los autores.

Palabras clave: disfunción del suelo pélvico, sexualidad.

ABSTRACT

Sexual dysfunctions are detrimental to women quality of life, and pelvic floor disorders play an important role. In this literature review, we aim to define how far and what solutions or proposals should be undertaken by gynecologists, not only with surgical optics, but especially in the field of prevention. It was conducted a

review of articles published on the subject in various databases (Medline, PubMed, Hinari, Cochrane). These articles are closely related to gynecologists worldwide by increasing demands regarding quality of life and sexuality enjoyment even in the elderly. It is discussed here, preventive possibilities within our reach and recommendations are provided based on the review and the expertise of the authors.

Key words: pelvic floor dysfunction, sexuality.

INTRODUCCIÓN

Este campo, aún conociendo su naturaleza multifactorial, constituye uno de los motivos de consulta más comunes en la mujer de la tercera edad, toda vez que se manejan cifras de hasta un 40 % de quejas en la esfera sexual en dependencia del avance etario.¹

El concepto de disfunción del suelo pélvico se refiere a cualquier alteración en el fisiologismo de los órganos que comparten el área, o sea, del aparato urinario, digestivo y canal sexual. La relevancia hoy en día, en términos de calidad de vida y costos por su atención ha llevado a algunos gobiernos a incluirlos en sus programas de salud.²

La prevalencia alcanzaba ya cifras de una de cada 10 mujeres expuestas al riesgo de una cirugía correctora hace más de una década³ y trabajos más recientes sitúan este indicador en porcentajes como: 55 % para desarrollar una incontinencia urinaria, 59 % incontinencia fecal y de 46 % para prolapso en general; todo esto esperado para los siguientes 40 años, lo que elevaría las posibilidades a casi 1/3 de la población femenina.⁴

Específicamente sobre la esfera sexual, estas afectaciones recorren la ruta del daño en la autoimagen y su repercusión sobre la autoestima, y aunque esto se contemplaría como parte del rublo "salud física", y se integraría a su vez con el resto de los factores de orden socio-cultural, de relación de pareja, emocionales, etc., que ya tienen un peso reconocido y decisivo en este campo, la connotación que por su carácter de distorsión de la anatomía del área genital ocasionan y a su vez el conocimiento de su posible corrección quirúrgica, es lo que plantea al ginecólogo la disyuntiva de asumir su manejo.

MÉTODOS

Se realiza una revisión de artículos publicados en torno al tema en diversas bases de datos (MedLine, PubMed, Hinari, Cochrane) y se organiza esta información desde un punto de vista didáctico, recorriendo los hallazgos anatómicos, defectos en áreas específicas que comprometen la fisiología, así como el papel que han jugado en la orientación de técnicas, las tecnologías diagnósticas que se han ido incorporando para dilucidarlas con mayor exactitud.

DESARROLLO

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados para estas noxas se conocen que interesan el terreno vascular, muscular, nervioso y hasta el estado hormonal-endocrino, todos susceptibles de ser dañados durante una cirugía o encontrarse previamente afectados por la paridad por vía vaginal en que se pueden producir roturas y desconexiones de las terminaciones del nervio pudendo, que tiene actualmente reconocido su rol en la transmisión aferente-eferente y bien establecido esto gracias a los estudios de De Lancey y desarrollo de las tecnologías de imagen, electrofisiología, manometrías, etc.^{1,5,6} El riesgo que está siendo considerado por autores tan icónicos como Handa⁷ para el desarrollo de daños en suelo pélvico a los 5-10 años de dicho evento es de cinco veces; y ya otros lo sitúan en nueve veces superior cuando se consideran intervalos de 25 años.⁸

Formulando de una manera más directa la interrogante de si se afecta o no la sexualidad por los desórdenes del suelo pélvico, podría decirse que se trata de una hipótesis avalada por consenso, se destacan autores que lo expresan porcentualmente^{9,10} aunque haciendo hincapié en que la fisiopatología de estos trastornos no ha recibido la atención del resto de las afecciones del suelo pélvico y se continúan las propuestas para su investigación a través de cuestionarios mejor diseñados como los citados por Espuña en su amplia revisión.^{11,12}

El consejo terapéutico recorre hoy día desde el manejo conservador hasta la corrección quirúrgica. Esto resulta muy válido en el primer caso debido al avance racional y escalonado de las terapias de rehabilitación muscular, consideradas como primera línea de abordaje por un grupo muy numeroso de uroginecólogos, sobre todo cuando se asocia a incontinencia urinaria de esfuerzo,¹³ y apareciendo resultados muy prometedores con el uso dirigido de estas técnicas, tan al alcance de los servicios de rehabilitación ya disponibles en nuestro medio.^{14,15}

Este aspecto, específicamente el uso de pesarios, junto con el entrenamiento muscular de suelo pélvico, está siendo considerado como propuesta inicial en nuestro Servicio, sobre todo en los casos con incontinencia asociada, así como el uso de cremas con estrógenos en las que lo requieran y no exista contraindicación, por la mejoría en el trofismo epitelial del área y creando mejoría en las condiciones locales para los casos en que se prevea además la realización de una cirugía.

Si se llega a esta decisión, siempre individualizando cada caso, puede ocurrir el enfrentamiento con los diversos criterios entre los cirujanos, muchos de los cuales consideran la reparación tradicional a través de la práctica de histerectomía vaginal y colporrafias, técnicas utilizadas desde hace 100 años, y que a la luz de los conocimientos actuales en torno al fisiologismo del área^{3,16} no resultarían lo más indicado en muchos casos. Deben ser incorporados cada vez más los abordajes combinados abdominoperineales, así como técnicas de mínimo acceso con el añadido de materiales protésicos.^{6,17-19}

Esta comprensión resulta necesaria para pacientes con prolapsos del compartimiento medio, en los que si no se practica una adecuada fijación a las estructuras más firmes, puede provocar recidivas, sobre todo en los casos cada vez más frecuentes de mujeres histerectomizadas, que tienen complicaciones posteriores como descensos y/o eversiones de la cúpula vaginal, que constituyen la expresión máxima de la relajación del suelo pélvico. El papel pasivo del útero en la etiología de estos descensos, así como los puntos vulnerables durante la práctica de histerectomía para los plexos nerviosos del área^{6,16} y que pueden intervenir en la

respuesta sexual, es lo que debe constituir el llamado de alerta para no realizar una cirugía innecesaria en muchos casos.

La reparación del prolapso de cúpula para restaurar el eje y largo adecuados del canal vaginal en la mujer sexualmente activa requiere entrenamiento y un grado de experticia para lograr restaurar la anatomía, el funcionalismo y la mejoría sintomática según los postulados de Hendee.²⁰

El servicio del hospital "Ramón González Coro", desde los últimos años, aborda estas reparaciones utilizando fascia autóloga (fragmento obtenido de la aponeurosis anterior de los músculos rectos abdominales) en la mayoría de los casos, toda vez que no disponemos de los materiales protésicos para la totalidad de las intervenciones que lo necesiten, y se han obtenido resultados alentadores en un primer grupo.²¹

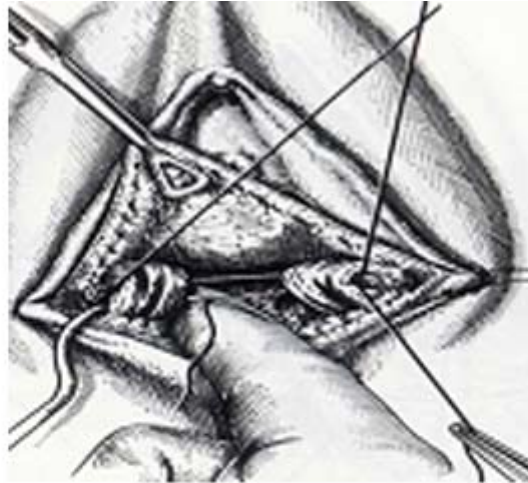
Las técnicas que se invocan para tratar de mantener la longitud y los diámetros del introito vaginal deben siempre estar en el arsenal del cirujano, sobre todo en lo que se refiere a resecciones excesivas e innecesarias, aunque en un trabajo meticuloso como el publicado por Weber en el año 2000, del cual se reproduce la tabla que resulta paradigmática en cuanto al rol del calibre y largo de canal vaginal posoperatorio (tabla),¹¹ no se encontraron diferencias significativas.

Tabla. Calibre y longitud posoperatorias

Calibre posoperatorio del introito	Media en centímetros
Con dispareunia	9,5 (8,0 - 12,0)
Sin dispareunia	10,0 (8,0 - 12,0)
Cambio del calibre del introito	
Con dispareunia	-1,0 (-3,0 - 0,5)
Sin dispareunia	- 1,0 (7,0 - 4,0)
Largo del canal vaginal	
Con dispareunia	9,75 (9,0 - 11,0)
Sin dispareunia	10,0 (7,0 - 12,0)
Cambio longitud del canal	
Con dispareunia	- 1,0 (-5,0 - 4,0)
Sin dispareunia	- 1,0 (-3,0 - 3,5)

Fuente: Tomada de Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Am J Obst Gyn. 2000;182(6):1610-5.

Recomendaciones específicas contra la práctica rutinaria de miorrafia de elevadores anales por la alta incidencia reportada de dispareunia, (Fig.)^{11,22} así como la tendencia a restringir las indicaciones de la técnica de Manchester por sus secuelas, posibilidad de recidiva y necesidad de reintervención, resultan ya postulados manejados desde hace varias décadas.²³



Fuente: España PM. Sexual health in women with pelvic floor disease: measuring the sexual activity with questionnaires: a summary. *Int Urol J Pelv Floor Dysf.* 2009;20 Suppl 1:565-71.

Fig. Sutura y aproximación de los músculos elevadores del ano a la línea media.

La llamada cirugía estética en el área genital, sigue considerándose tanto un tema de debate como de escrutinio, desde los medios de difusión hasta los editoriales médicos. Lo que se plantea es que al no existir aún estándares establecidos por falta de estudios de evidencia, se mantiene la preocupación en torno a procedimientos como "la rejuvenización vaginal o ampliación del punto G", que no están recomendados por opiniones autorizadas.²³ La falta de documentación en las áreas de efectividad-seguridad es lo que obligaría a informar a las pacientes de sus potenciales complicaciones, que incluyen infección, sensibilidad alterada y posible cicatrización fibrosa.^{24,25}

Nuestro servicio sí aborda, según indicaciones individualizadas, la plastia labial en casos de asimetrías o hipertrofias, así como himenorrafias según requerimientos de orden sociocultural o religioso en contadas ocasiones.

En cuanto a la interrogante de quiénes se beneficiarían de tratamiento quirúrgico, las respuestas que se desean para su validación se apoyan en herramientas imprescindibles como los cuestionarios dirigidos, sobre todo los más utilizados hoy en día.^{25,26}

En líneas generales, el impacto de la reparación quirúrgica es elevado y superior a un 70 % según reportes recientes,²⁶⁻²⁸ aunque aparecen autores, que a pesar de obtener resultados exitosos, alertan sobre posibilidad de respuestas enmascaradas por las propias expectativas de cada paciente, recordando que la vulnerabilidad de las terminaciones nerviosas paravaginales y su inadecuado aporte sanguíneo después de una cirugía tienen la potencialidad de dar al traste con un resultado anatómico, estéticamente "adecuado" pero no cumplir con el funcionalismo esperado.²⁹

De esta manera, el mensaje de las autoras a punto de partida de esta revisión sería, fundamentalmente, el respeto a los algoritmos en cuanto a verdaderas indicaciones de cirugía, lo que ayudaría a evitar que aparezcan, de manera iatrógena, disfunciones urinarias, sexuales o defecatorias o, ni siquiera curar las ya existentes.

La consideración de las conclusiones y recomendaciones se circunscribirían en torno a:

- Profundizar en la comprensión de la fisiopatogenia de las afecciones de suelo pélvico e incorporar detalles técnicos para la prevención de estos defectos.
- Considerar opciones no quirúrgicas individualizando las expectativas de cada paciente.
- Que la literatura actual no sustenta, al menos de manera categórica, la asociación de la longitud del canal vaginal con un mejor funcionalismo sexual; por el contrario, el impacto de esto resulta considerablemente menor que el ocasionado por el avance de la edad y el daño sobre la autoimagen de elementos como la obesidad y los de orden emocional.
- Que sí existe consenso en cuanto a no resección excesiva de epitelio vaginal por posible reducción del calibre por encima de la entrada de canal, así como el efectivo negativo de la aparición de dispareunia cuando la colporrafia posterior asocia miografía de elevadores anales.
- Debe valorarse, si no hubiera contraindicación, el uso sistemático de terapia hormonal de reemplazo localmente en el período preoperatorio.
- Mantener la medida en cuanto a las decisiones de realizar una cirugía estética.
- Los indicadores de éxito se relacionan en mayor grado con la mejoría de la incontinencia asociada y el empeoramiento con la aparición de dispareunia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turuguntha HS, Gousse AE: Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. J Urol. 2006;175(2):439-46.
2. Pigné A. XXIV Journées de Techniques Avancées en Gynecologie et Obstétrique (JTA) du 22 au 27 Janvier 2010, Acad. Ciencias Havanne; 2010.
3. De Lancey JOL. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improve prevention and treatment. Am J Obst Gyn. 2005;192:1488.
4. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ. Hysterectomy rates in the United States. Obstet Gyn. 2009;114(2):387-91.
5. De Lancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Ob st Gyn. 1992;166:1717-28.
6. TeLinde RW. Pelvic organ prolapse. In: Lippincott, William/Wilkins editors. Text book of Operative Gynecology. Cap 36A 10th edition; 2008.
7. Handa VL. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or CS childbirth. Obst Gyn. 2011;118(4):777-84.

8. Leijnhufoud A, Lundholm C, Cnattinginis S, Granath F, Andolf E, Altman D. Risk of stress urinary incontinence and prolepses in relation to mode of childbirth. *Am J Obst Gyn.* 2011;204(70):41-7.
9. Handa VL, Harvey I, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH: Sexual function among women with pelvic floor disease: measuring the sexual activity. *Am J Obst Gyn.* 2004;191:751-6.
10. Knoepp LR, Chan CCG, Shippey SH, Cundiff GW, Derogatis LR, Handa VL. Sexual complaints, pelvic floor symptoms and sexual distress in women over forty. *J Sex Med.* 2010;7(11):3675-82.
11. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for prolapse and incontinence. *Am J obst Gyn.* 2000;182(6):1610-5.
12. Espuña PM. Sexual health in women with pelvic floor disease: measuring the sexual activity with questionnaires: a summary. *Int Urol J Pelv Floor Dysf.* 2009; 20 Suppl 1:565-71.
13. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RG, Addison WA. A survey of pessary use by members of the American Urologic Society. *Ostet Gyn.* 2000;95:931-5 (Level III).
14. Zahariou AG, Karamounti MV, Papajannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int Urol J Pelvic Floor Dysf.* 2008;19(3):401-6.
15. Martínez J. Boletín No. 2. Disfunciones del Suelo Pélvico. Julio 2011, Dpto. de Medicina Física y Rehabilitación. La Habana: Centro de Investigaciones Médico quirúrgicas (CIMEQ); 2011.
16. Dirvan A, Rardin CR , Kohli N. Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. *Int Urol J Pelv Floor Dysf.* 2004;15:286-92.
17. Descargues G, Collard P, Guse P. Surgical management of prolapse in women: laparoscopic or vaginal sacrocolpopexy? *Gyn Obst Fert.* 2008;36:978-83.
18. Culligan PG. A randomized controlled trial comparing fascia lata and synthetic mesh for sacral colpopexy. *Obst Gyn.* 2005;106(1):29-37.
19. Maher CF, Bressler K. Mesh augmentation during pelvic floor reconstructive surgery: risks and benefits. *Curr Opin Obst Gyn.* 2006;18:560-6.
20. Hendee AE. Sacral colpopexy for enterocele and vaginal vault prolapse. In: Thompson ° Rock, eds. *TeLinde Operative Gynecology.* 8th ed. Philadelphia: JB Lippincourt. 1998;38:1069.
21. Areces GA, Manzano BR. Resultados de una serie en corrección quirúrgica del prolapso de cúpula vaginal. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009;35(4).
22. Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual functions. *Br J Obst Gyn.* 1997;104:82-6.

23. Practice Bulletin No. 79. American College of Obstet. Gyn, feb 2007.
24. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. J Sex Med. 2011;8(6):1813-25.
25. Mirzabeigi T. Currents trends in vaginal labioplasty: a survey of plastic surgeons. Ann Plast Surg. 2011;Feb 21 E pub 2011.
26. Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor disease. Int Urol J Pelv Floor Dysf. 2009;20 Suppl1:545-50.
27. Hullfish KL, Boobjerg VE, Gurka MJ, Steers WD. Surgical vs non surgical treatment in women with pelvic floor dysfunction: patient centered goals at one year. J Urol. 2008;179 (6):2280-5.
28. Su TH, Lau HH, Huang WC, Chen SS, Lin TY, Hsieh CH, et al. Short term impact on female sexual function of pelvic floor reconstruction. J Sex Med. 2009; 6(11):3201-7.
29. Helstrom L. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital diseases. Act Obst Scand. 2005;84(1):79-84.

Recibido: 10 de mayo de 2012.
Aprobado: 25 de mayo de 2012.

Georgina Areces Delgado. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". Calle 21 No. 856. Vedado. Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba. Correo electrónico: gareces@infomed.sld.cu; coro.docencia@infomed.sld.cu; bmanzano@infomed.sld.cu