

# El suelo pélvico

## Disfunciones y tratamiento de un problema frecuente

Es un gran desconocido y sin embargo su problemática afecta a un alto porcentaje de mujeres, sobre todo a las que han tenido hijos por vía vaginal. Pero hay otros factores de riesgo y gracias al estudio médico diversas vías de tratamiento.

Anatómicamente el suelo pélvico es una serie de estructuras musculares y fasciales<sup>1</sup> que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. En el plano superior está situado el peritoneo y en el inferior la piel de la vulva y el perineo. Existen músculos y fascias que permiten el paso de la uretra, la vagina y el recto.

Existen 4 grupos musculares importantes en el suelo pélvico:

- De la pared pélvica.
- Accesorios.
- Del suelo pélvico propiamente dichos (\*).
- Del perineo.

### **FUNCIONAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DEL SUELO PÉLVICO**

La pelvis femenina incluye órganos de almacenamiento y de evacuación. Éstos consiguen realizar su función gracias al fondo muscular, que procura un soporte resistente y flexible. Por ello, la fascia endopélvica es limitada, para conseguir un buen soporte. Además, un buen tono de los músculos del suelo pélvico mejora el cierre uretral durante el aumento de la presión intraabdominal producida por los esfuerzos, y así la resistencia de la uretra impide la salida de la orina.

Vamos a explicar su funcionamiento mediante un ejemplo muy clásico. La musculatura del suelo sería el equivalente del agua para un barco en el dique, que además tiene cabos de sujeción que serían los ligamentos o fascia endopélvica. Si falla el agua los cabos o ligamentos no pueden soportar el peso y terminan alargándose. El suelo muscular pélvico equivaldría al agua para el buque y la fascia endopélvica y sus ligamentos a los cabos de anclaje del barco.

### **PATOLOGÍA O DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO**

Los problemas inherentes a las disfunciones del suelo pélvico, son la incontinencia urinaria y el prolapso.

#### **a) Incontinencia urinaria**

Según la definición de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS 1990), es la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que origina un problema social o higiénico.

Se presentan en escaso número en mujeres nulíparas, por ello se considera que el parto vaginal es el precipitante de las disfunciones del suelo pélvico. El parto es un traumatismo importante que habitualmente pasa desapercibido y si la recuperación muscular y neurológica (N. Pudendo) no se realiza en el postparto, con el tiempo se manifestará clínicamente. En la 2ª parte del parto cuando la cabeza fetal desciende, en la pelvis se produce estiramiento y compresión de todos los componentes del suelo pélvico, músculos, tejido conjuntivo y nervio pudendo. Este trauma puede producir desgarros musculares y rotura de la fascia endopélvica, así como elongaciones del nervio pudendo, que con el tiempo serán la causa de la disfunción.

A esto se pueden sumar otros partos, la edad y el déficit de estrógenos de la menopausia. Todo ello supone en un porcentaje elevado una sintomatología asociada al déficit muscular y aponeurótico<sup>2</sup> del suelo pélvico, que se manifiesta principalmente en prolapso genital y en incontinencia urinaria.



(\*) Los denominados músculos del suelo pélvico son el *elevator del ano* (pubococcígeo e ileococcígeo) y el *músculo coccígeo*. Estos músculos son fundamentales para la estática visceral, especialmente el pubococcígeo, el fascículo muscular más importante en relación con la función de soporte de la uretra y la vagina, y responsable de la continencia de la orina en la mujer.

<sup>1</sup> Fascia endopélvica: estructura de gran importancia para la estabilización de las vísceras pélvicas. Tejido fibromuscular constituido por colágeno, elastina y músculo liso. El útero y la vagina están sujetos a las paredes pélvicas por engrosamientos de esta fascia, denominados ligamentos uterosacros y cardinales. Por otro lado, la vejiga, la uretra, la vagina y el recto, están sujetos por diversas estructuras de la fascia endopélvica.

<sup>2</sup> Aponeurosis: tejido fibroso que acompaña a los músculos.

La prevalencia de la incontinencia urinaria es elevada en la población femenina de más de 30 años. Los diferentes estudios epidemiológicos la sitúan entre el 21 y el 60%, y la edad, el factor a que más se asocia, siendo el pico máximo a los 50-60 años.

#### b) Prolapso genital

Es el descenso de los órganos genitales (vejiga, útero y recto) en relación con la pelvis.

Presenta una prevalencia menor que la incontinencia, en concreto en los casos graves, pero los leves que incluyen uretrocele, cistocele, rectocele e histerocele, son muy frecuentes, especialmente en mujeres perimenopáusicas y con antecedentes de parto por vía vaginal.

#### TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO, INCONTINENCIA DE ORINA Y PROLAPSO GENITAL

Tradicionalmente, el tratamiento de estas disfunciones era quirúrgico cuando la situación llegaba a un nivel difícil de soportar, tanto en IU como en el prolapso genital, lo que limitaba el uso de la vagina para relaciones coitales.

Hoy en día, el enfoque es mucho más complejo, pero también más completo ya que abarca:

- prevención,
- reeducación del suelo pélvico,
- tratamientos médicos para la IU,
- tratamiento mínimamente invasivo a nivel quirúrgico para la IU, y
- tratamiento quirúrgico del prolapso, con restitución de la función de los órganos prolapsados.

Dejamos para otra ocasión, un enfoque terapéutico de los diferentes tipos de incontinencia urinaria en sus vertientes médico-quirúrgicas y las modernas técnicas de mallas para el prolapso genital, y vamos al menos, a esbozar la prevención y reeducación del suelo pélvico y su vigencia actual.

#### Prevención-reeducación

- Conociendo los efectos del parto sobre el suelo pélvico, desde hace años se investiga sobre los beneficios de la realización de los ejercicios de Arnold Kegel descritos en 1948, de contracciones rápidas combinadas con lentas del músculo elevador del ano, especialmente del pubococígeo que cierra esfínter anal, vagina y uretra.

TABLA 1

#### Estudios que evalúan el efecto de los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico durante el embarazo

Sleep y Grant, 1987: ejercicio no disminuyen la IU.  
 Mørkved y Bø, 1997, 2000: el ejercicio aumenta la fuerza y disminuye la IU.  
 Wilson y Herbison, 1998: el ejercicio disminuye la IU.  
 Meyer y cols., 2001: el ejercicio disminuye la IU.  
 Chiarelli y cols., 2001: el ejercicio disminuye la IU.  
 Glazener y cols., 2001: el ejercicio disminuye la IU.

TABLA 2

#### Número de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo registrada mediante la entrevista y/o la prueba de la compresa

	Grupo tratado (n = 81)	Grupo control (n = 81)	Valor de p
8 semanas postparto	40 (49%)	38 (47%)	0,753
10 semanas postparto	13 (16%)	25 (31%)	0,026
Un año postparto	14 (17%)	31 (38%)	0,003

- Recientemente, S. Merkned y otros autores han demostrado que estos ejercicios o similares, realizados durante el embarazo y postparto, disminuyen la frecuencia de la incontinencia urinaria, con significación estadística. (Ver tablas de datos 1 y 2.)
- Esta prevención en el embarazo y postparto, disminuirá significativamente las incontinencias urinarias en la perimenopausia, donde la combinación de la edad con el déficit de estrógenos, producen en las mujeres con hijos por vía vaginal, una prevalencia alta de IU.
- El objetivo de la prevención-reeducación, es fortalecer la musculatura pelviana, intentando en una primera fase, que la mujer tome conciencia de que existen estos músculos y de cómo puede

controlarlos. A través del ejercicio, la mujer conseguirá la hipertrofia, el aumento de tono y la fuerza muscular.

#### Mujeres candidatas a reeducación del suelo pélvico

- Embarazadas.
- Postparto.
- Postmenopáusicas:
  - Grado leve de incontinencia.
  - Poca alteración anatómica.
- Incontinencias moderadas, graves candidatas a cirugía, que limitaciones personales o médicas lo impiden.
- Sometidas a cirugía, pero con recidiva.

**Dr. Javier Martínez Salmeán**

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Severo Ochoa de Madrid

#### CONCLUSIONES

Probablemente, faltan conocimientos sobre la anatomía y fisiología de los órganos pélvicos así como de sus mecanismos de sostén y soporte, y por tanto debe seguirse investigando sobre su funcionalidad. Del mismo modo, se deben identificar los factores constitucionales o de hábito que suponen un mayor riesgo para poder utilizar la prevención de un modo más efectivo. En el trata-

miento, hay que ser consciente que incontinencias urinarias severas y prolapsos genitales importantes son difíciles de resolver desde un punto de vista quirúrgico. Por ello, la reeducación del suelo pélvico en las incontinencias y prolapsos genitales leves y moderados, como tratamiento conservador, evitará la opción quirúrgica a lo largo de los años en un elevado número de casos.