

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Pesario vaginal como tratamiento de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo

Carolina Guzmán S<sup>1</sup>, Carlos Millán V<sup>1</sup>, Alejandra Seguel A<sup>2</sup>, Jaime Corvalán A<sup>3</sup>, Patricio Narváez B<sup>1</sup>.

## RESUMEN

*El prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo, son patologías muy prevalentes que involucran una importante alteración en la calidad de vida de nuestras pacientes. Los tratamientos reportados para ambas entidades, van desde el manejo conservador que involucra los cambios en el estilo de vida, kinesioterapia del piso pélvico y pesarios vaginales hasta una amplia variedad de tratamientos quirúrgicos. El pesario vaginal, se debe y puede ofrecer como primera línea en el manejo del prolapso de órganos pélvicos, con un uso discutible en incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que es de bajo costo, eficaz y seguro. El presente artículo de revisión expone los tipos de pesarios vaginales, sus indicaciones y contraindicaciones, resultados, complicaciones y recomendaciones para su utilización en la práctica ginecológica, tanto de atención primaria como secundaria.*

**Palabras clave:** Prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria, pesario.

## SUMMARY

*Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence are very prevalent pathologies that involve an important alteration in the quality of life of our patients. The treatments reported for both entities range from conservative management involving changes in lifestyle, pelvic floor kinesiotherapy and vaginal pessaries to a wide variety of surgical treatments. The vaginal pessary is due and can be offered as a first line in the management of pelvic organ prolapse, with a questionable use in stress urinary incontinence, as it is inexpensive, effective and safe. This article reviews the types of vaginal pessaries, their indications and contraindications, results, complications and recommendations for their use in gynecological practice, both primary and secondary care.*

**Key words:** Pelvic organ prolapse, urinary incontinence, pessary.

<sup>1</sup> Médico Becado Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Campus Oriente Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>2</sup> Ginecóloga Obstetra. Unidad de Piso Pélvico, Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>3</sup> Ginecólogo Obstetra. Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse.

Correspondencia: Carolina Guzmán Soto, +56952075550, ccguzmans@gmail.com

Recibido el 5 de enero, 2018. Aceptado el 30 de enero, 2018.

INTRODUCCIÓN

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología<sup>1</sup> (ACOG), el prolapso de órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de uno o más compartimentos de la vagina o el útero, incluyendo pared vaginal anterior, posterior o ápice; por otro lado, la incontinencia urinaria (IU) según la Asociación Internacional de Uroginecología<sup>2</sup> (IUGA), se define como la pérdida involuntaria de la continencia de orina, pudiendo ser de esfuerzo, urgencia o mixta.

Ambas patologías involucran una importante alteración en la calidad de vida de las pacientes, efectuándose 300.000 cirugías al año por POP<sup>1</sup> y 135.000 por IU en EE.UU<sup>3</sup>. La prevalencia de POP en este mismo país es de 3%-6% por síntomas y hasta 50% por examen físico<sup>1</sup>, mientras que para la IU depende de la edad, reportándose en 25% de las mujeres jóvenes, 44%-77% en edad mediana y 75% en añosas<sup>3</sup>.

Los tratamientos reportados para ambas entidades, van desde el manejo conservador que involucra los cambios en el estilo de vida, kinesioterapia del piso pélvico y pesarios vaginales hasta una amplia variedad de tratamientos quirúrgicos.

DESARROLLO

El pesario es un dispositivo que se inserta en la vagina para proporcionar soporte estructural a uno o más de los compartimentos vaginales<sup>4</sup>. Es la primera línea en el manejo de POP, utilizado por el 77% de los uroginecólogos, ya que es mínimamente invasivo, proporciona alivio inmediato de los síntomas, tiene una alta tasa de éxito, satisfacción de las pacientes y posee bajas complicaciones<sup>5</sup>.

En su composición, la mayoría son de silicona, inertes, no alérgenos y duraderos. También existen de látex y policarbonato<sup>6</sup>.

TIPOS DE PESARIO

Se clasifican en pesarios de soporte y de llene de espacio (Tabla 1 y Figura 1). Además, existen pesarios de incontinencia, diseñados especialmente para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)<sup>6</sup>.

*Pesarios de soporte*

Su función es de soporte, son de dos dimensiones y se apoyan en el eje longitudinal vaginal. Se utilizan para

Tabla 1. Resumen pesarios más utilizados en uroginecología

Tipo	Usos	Tamaños frecuentes	Facilidad de insertar o extraer
Ring	POP apical y anterior (I-II)	3 al 5	Fácil
Ring con soporte	IOE	2 al 7	Fácil
Ring con membrana	POP apical y anterior (I-II)	3 al 5	Difícil
Gehrung	POP anterior y posterior (II)	3 al 5	Difícil
Gellhorn	POP anterior y apical (III-IV)	2 ½ a 2 ¾ pulgadas	Difícil
Donut	POP apical, anterior y posterior (III-IV)	2 ½ a 3 pulgadas	Medio
Inflable	POP apical, anterior y posterior (III-IV)	Medio y grande	Fácil
Cubo	POP apical, anterior y posterior (III-IV)	2 al 4	Media

POP: Prolapso de órgano pélvico.

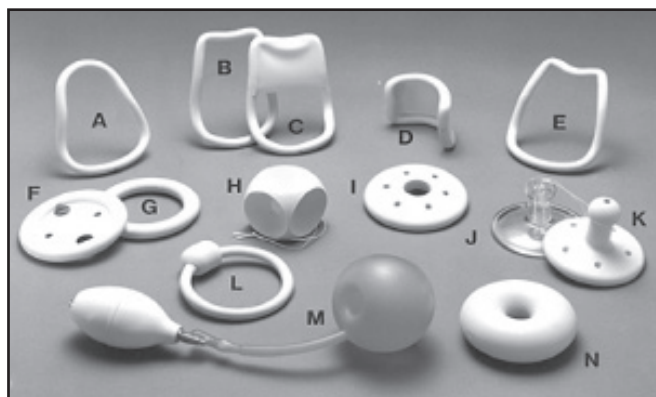


Figura 1. Tipos de pesario vaginal. (A) Smith; (B) Hodge; (C) Hodge con apoyo; (D) Gehrung; (E) Risser; (F) Anillo con diafragma; (G) Anillo; (H) Cubo; (I) Shaatz; (J) Gellhorn rígido; (K) Gellhorn flexible; (L) Anillo de incontinencia; (M) Inflatoball; (N) Donuts.

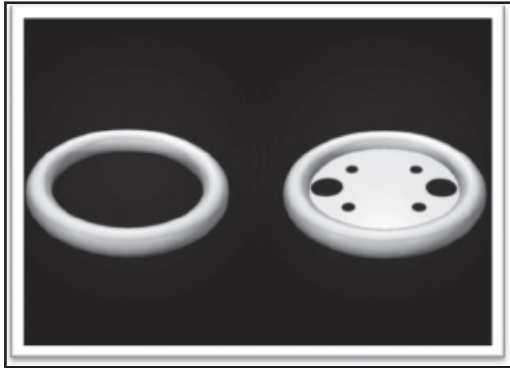


Figura 2. Pesario anillo con y sin membrana.



Figura 3. Pesario Gehrung.

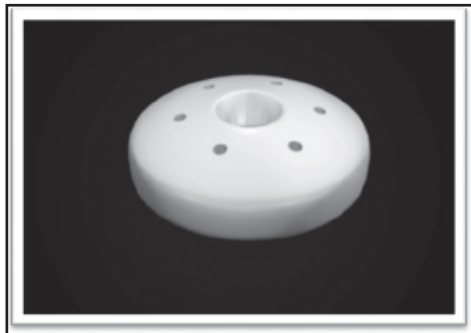


Figura 4. Pesario Shaatz.

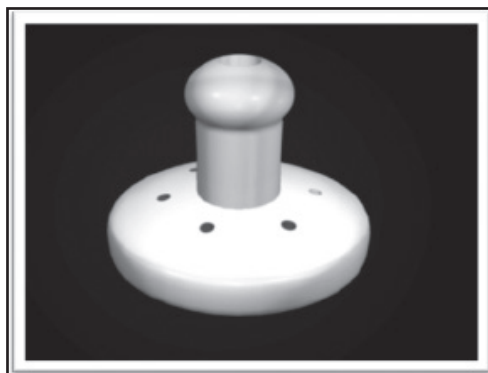


Figura 5. Pesario Gellhorn.

todas las etapas del POP e IUE. Permiten el retiro e inserción fácil por el paciente, la actividad sexual y son más cómodos<sup>6</sup>.

Existen distintos tipos, los cuales incluyen; el anillo o ring (con o sin diafragma), Hodge, Gehrung y Shaatz. El más utilizado por los ginecólogos es el tipo anillo<sup>6</sup>.

- a. Anillo<sup>6</sup>: Es flexible, redondo, con o sin membrana, que puede o no tener soporte. Se ajusta al 70% de las pacientes, por lo que es el más utilizado por su aplicación en todas las etapas del POP y en IUE. Es más efectivo en prolapso anteriores o apicales estadio I o II. Se encuentra disponible en tamaños del 0 al 9, los más utilizados son los N° 3, 4 y 5 (Figura 2).
- b. Hodge<sup>6</sup>: Es flexible, muy poco utilizado. Útil para el prolapso de pared anterior e IUE, se creó originalmente para la retroversoflexión.
- c. Gehrung<sup>6</sup>: Es flexible, en forma de U, diseñado para tratar POP de pared anterior y posterior estadio II. Pierde su posición con regularidad, por lo que es fácil de manipular por la paciente (Figura 3).
- d. Shaatz<sup>6</sup>: Es circular, rígido, con drenaje, poco utilizado. Útil para POP estadio I y II (Figura 4).

#### *Pesarios de relleno*

Su función es llenar espacio, son tridimensionales y tienen una gran base de soporte apical a diferencia de los de soporte. Utilizados mayormente en POP severos (estadios III y IV). Sin utilidad en la IUE. Son de difícil manipulación por la paciente y no permiten la actividad sexual concomitante<sup>6</sup>.

Existen distintos tipos, los cuales incluyen; Gellhorn, donuts, cubo, inflable y esfera<sup>6</sup>.

- a. Gellhorn<sup>6</sup>: Posee una amplia base cóncava con drenaje, que genera succión, lo que proporciona un buen soporte apical. El vástago permite rotación y se posa en el eje longitudinal. Es útil en prolapso anterior y apical estadios III y IV. Disponible de 1,5 a 3,5 pulgadas con incrementos de un cuarto de pulgada (números del 0 al 8). Los más utilizados son N° 4, 5 y 6 (Figura 5).
- b. Donuts<sup>6</sup>: Es semirrígido, similar al anillo, pero con mayor grosor. Útil para POP apical, anterior y posterior estadios III y IV. Disponible desde 1 a 3 pulgadas con aumento de un cuarto de pulgada (números del 0 al 7). Los más utilizados son N° 2, 3 y 4 (Figura 6).
- c. Cubo<sup>6</sup>: Posee seis lados cóncavos que permiten la succión, evitando el POP. Indicado en POP apical, anterior o posterior estadios III-IV. Es muy efectivo, pero se han reportado mayores complicaciones, como flujo y erosión.
- d. Inflable<sup>6</sup>: Es semirrígido, de látex, similar a donuts. Creado para facilitar la inserción y extracción por el



Figura 6. Pesario Donuts.

paciente. Indicado para POP apical, anterior o posterior estadios III-IV.

- e. Esfera<sup>6</sup>: Forma de esfera, de policarbonato con hilo de nylon. Fácil inserción y extracción. Permite ejercicios de piso pélvico y se encuentra disponible en 6 tamaños, desde 28 a 44 mm.

#### *Pesarios de incontinencia*

En Chile, se encuentra disponible el anillo de incontinencia, que es un pesario flexible redondo, con soporte, con o sin membrana. Contiene una perilla o soporte que se coloca debajo de la uretra para aumentar la presión uretral<sup>6</sup>.

En Estados Unidos, Uresta<sup>®7</sup>, es un pesario reutilizable, hipoalergénico, de 5 tamaños, que se recambia anualmente y se debe retirar para la actividad sexual. Posee 80% de satisfacción usuaria en IUE y reduce sintomatología en 50% a 66,7%.

#### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES<sup>6</sup>

En cuanto a las indicaciones, el pesario puede ser ofrecido a todas las pacientes con POP e IUE. Considerar especialmente en:

- Pacientes que no deseen cirugía.
- Pacientes con comorbilidades graves.
- Previo a la cirugía.
- POP o IUE recurrente, cuando el paciente no desea una nueva cirugía.
- Ulceración vaginal por POP grave.  
Embarazo actual y POP.  
Deseo de futuro embarazo.
- Diagnóstico IU oculta.

Con respecto a las contraindicaciones, no es posible indicar un pesario en pacientes con infección local activa, sensibilidad al látex (pesario inflable), imposibilidad de seguimiento o incapacidad para removerlo en mujeres sexualmente activas.

#### FACTORES DE RIESGO O PREDICTORES

Existen factores de riesgo para discontinuación del uso de pesario<sup>6,8,9</sup>, tales como, POP del compartimento posterior severo, IU oculta y deseo de cirugía en la primera visita. En cuanto a los factores de riesgo de fracaso<sup>6</sup>, se describen, la cirugía previa por POP o IUE, pacientes con histerectomía, POP con IUE concomitante, longitud vaginal corta (<6 cm), introito vaginal ancho (4 dedos) y edad más joven.

La edad mayor a 65-72 años y pacientes con mejoría sintomática mayor al 50% son factores predictores de uso continuo<sup>6,8,9</sup>.

#### ELECCIÓN DEL PESARIO<sup>6</sup>

Para elegir un pesario, se debe realizar una anamnesis detallada, en la cual se indague en la sintomatología del POP e IUE. Además, debemos interrogar sobre la autovalencia y autogestión, la movilidad física y actividad sexual de la paciente.

En cuanto al examen físico, se debe corregir la atrofia vaginal si existiera, realizar el examen con vejiga vacía y establecer el POP-Q. Debemos solicitar sedimento de orina y urocultivo, si existe infección del tracto urinario, tratarla.

Se pueden realizar distintas pruebas para elegir el pesario indicado (Figura 7). La prueba de largo

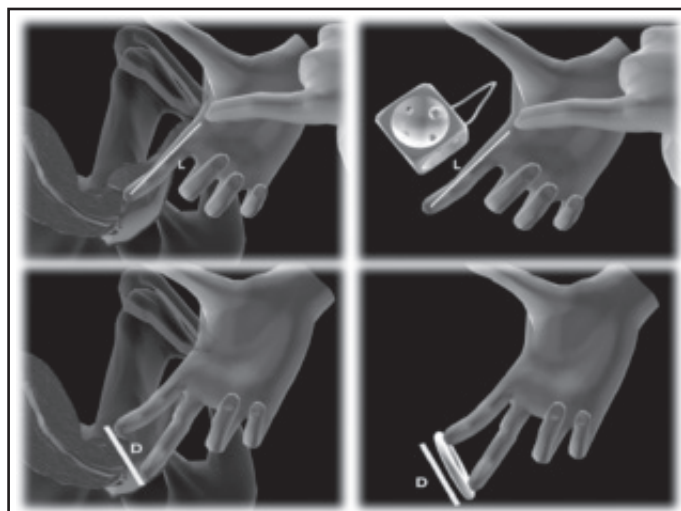


Figura 7. Pruebas para selección de pesario vaginal. (L) Largo; (D) Ancho.

vaginal (LV), consiste en medir con el dedo índice y medio el LV total, se debe elegir un pesario un poco más pequeño que esta medición. La prueba de ancho vaginal, consiste en introducir dos dedos en fondo de saco posterior, separarlos y medir el ancho, se debe escoger un pesario con el mismo tamaño que el medido previamente.

Si es un prolapso estadio I-II con un ancho vaginal de 1 a 2 dedos, se debe elegir un pesario de soporte, por el contrario, si es un POP estadio III-IV con un ancho vaginal de 3 a 4 dedos, debo seleccionar un pesario de relleno. Indicar siempre el pesario más grande que se mantenga cómodamente.

#### INSERCIÓN DEL PESARIO<sup>6</sup>

Cada pesario tiene un modo de inserción distinto, pero todos necesitan de una prueba y ensayo. Existen KITS de prueba con 6 diferentes medidas, para elegir el pesario adecuado para cada paciente. Se debe comenzar con el más sencillo (anillo) y no exponer en la misma sesión a la prueba de 3 ó 4 pesarios.

En cuanto a la inserción, la mano hábil sostiene el pesario y la no hábil separa el introito y deprime el cuerpo perineal. Se debe realizar una leve lubricación del pesario y una vez en su lugar, debe existir espacio de un dedo entre éste y las paredes vaginales. Finalmente se realiza una prueba de oficina, en la cual, en posición ginecológica, se solicita a la paciente que realice una maniobra de valsalva, luego de pie, con el fin que no sea expulsado. Es necesario realizar educación para la familiarización y autocuidado del pesario.

#### SEGUIMIENTO<sup>1,6</sup>

La primera visita debe ser una a dos semanas posinserción, interrogando sobre mejoría sintomática y complicaciones. Si es necesario retirarlo, sólo lavar con agua y jabón. Realizar cada vez que se retira, un examen con espéculo para evaluar las paredes vaginales buscando erosión o flujo genital anormal. Un pesario puede durar indefinidamente.

En cuanto al seguimiento, varía si la paciente es capaz de manejar el pesario, si es así, retirar cada dos semanas, luego control a los dos meses y posteriormente cada 6 meses o anual. Si la paciente no lo maneja, controlar en 2 meses y luego cada 3 a 6. El seguimiento debe ser idealmente en atención primaria de salud por matrona. Caso especial, son los pesarios con poco drenaje como el cubo, que se debe cambiar diariamente o donuts que se debe cambiar cada 2 semanas, máximo un mes.

#### RESULTADOS

En múltiples estudios se evidenció que, en la primera visita, el 85% (71%-94%) de las mujeres se les administró un pesario, y que además requirieron intentar con al menos 3 pesarios para elegir el adecuado<sup>9-11</sup>.

En relación al POP, el anillo se utilizó en el 70%-74%, y Gellhorn o donuts en 26%-29%. Para IUE, el anillo de incontinencia se usó en 78%-100%, y el anillo común en 0%-20%<sup>10</sup>. Según el estudio PESSRI<sup>11</sup>, no existen diferencias significativas entre el anillo y Gellhorn, en cuanto al alivio sintomático, protrusión y disfunción del vaciamiento.

En general, el pesario logra la resolución de los síntomas de prolapso en 70% a 90%<sup>12</sup>, los síntomas uri-

narios en 35%-50%<sup>13</sup> (sin mayor diferencia con terapias conductuales a largo plazo), los síntomas intestinales en 30% a 50% y el aumento de la frecuencia y satisfacción sexual en 40% a 60%<sup>12</sup>. A largo plazo, no existen diferencias significativas con la cirugía, en estos aspectos<sup>14,15</sup>.

Su uso continuo a corto plazo (2 a 6 meses) es de 81% y a largo plazo (1 a 2 años) de 62%<sup>14</sup>. Se reporta satisfacción en 67% a 92% de las pacientes, siendo el menor número en mujeres jóvenes<sup>16</sup>.

#### COMPLICACIONES<sup>6</sup>

Las más comunes son las erosiones (3% a 24%) por presión de pared vaginal, infección urinaria (13%) y vaginosis bacteriana (32%). Si éstas se producen, se debe retirar el pesario 2 a 4 semanas, pudiendo aplicar estrógenos locales. En el caso de flujo genital anormal, se agrega el tratamiento con metronidazol o clindamicina por 7 días. Como complicaciones inusuales, se reportan las fistulas y obstrucción urinaria o fecal.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG, AUGS. Practice Bulletin. N° 176: Pelvic Organ Prolapse. 2017. *Obstet Gynecol*; 129(4): e56-e72.
2. HAYLEN. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. 2010. *Neurourology and Urodynamics*; 29: 4-20.
3. ACOG, AUGS. Practice Bulletin. N° 155: Urinary Incontinence in Women. 2015. *Obstet Gynecol*; 126(5): e66-81.
4. HAYLEN. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). 2016. *Neurourology and Urodynamics*; 35: 137-68.
5. ROBERT M, SCHULZ J, HARVEY M. SOGC Technical Update on Pessary Use. 2013. *J Obstet Gynaecol Can*; 35(7): 664-74.
6. CLEMONS JL. Tratamiento con pesario vaginal del prolapso e incontinencia urinaria. UptoDate 2017.
7. LOVATIS D, BEST C, DIAMOND P. Short-term Uresta efficacy (SURE) study: a randomized controlled trial of the Uresta continence device. 2017. *Int Urogynecol J*. Jan; 28(1): 147-50.
8. FRIEDMAN S, SANDHU KS, WANG C, ET AL. Factors influencing long-term pessary use. 2010. *Int Urogynecol J*; 21: 673.
9. CLEMONS JL, AGUILAR VC, SOKOL ER, ET AL. Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. 2004. *Am J Obstet Gynecol*; 191: 159.
10. HANSON LA, SCHULZ JA, FLOOD CG, ET AL. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. 2006. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*; 17: 155.
11. CUNDIFF GW, AMUNDSEN CL, BENT AE, ET AL. The PES-SRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. 2007. *Am J Obstet Gynecol*; 196: 405.
12. DONNELLY MJ, POWELL-MORGAN S, OLSEN AL, NYGAARD IE. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. 2004. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*; 15: 302.
13. RICHTER HE, BURGIO KL, BRUBAKER L, ET AL. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. 2010. *Obstet Gynecol*; 115: 609.
14. LONE F, THAKAR R, SULTAN AH, KARAMALIS G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. 2011. *Int J Gynaecol Obstet*; 114: 56.
15. LONE F, THAKAR R, SULTAN AH. One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires. 2015. *Int Urogynecol J*; 26(9): 1305-12.
16. SARMA S, YING T, MOORE KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. 2009. *BJOG*; 116: 1715.

#### CONCLUSIONES

Como conclusión, podemos mencionar que la terapia con pesario vaginal, se debe y puede ofrecer como primera línea en manejo de POP, con un uso discutible en IUE, ya que es de bajo costo, eficaz y seguro. Existen dos grandes grupos de pesarios, por lo que es fundamental la elección correcta para cada paciente. La indicación de su uso, debe ser en atención secundaria por ginecólogo y el seguimiento idealmente por matrona en atención primaria de salud, por lo que la capacitación de los profesionales que se dedican a las patologías del piso pélvico es fundamental.

#### Agradecimientos

Agradecimientos a colaboradores: Unidad de Ginecología General y Piso Pélvico Hospital Dr. Luis Tisé Brousse: Dr. Andrés Roos T, Dr. Francisco Castro L, Dr. Domingo Laiz R, Dr. Jorge Saldías P, Dr. José Lira S, Dr. Jorge Avilés M, Dr. Lorenzo Rojas G, Dra. Macarena Bustos B.