

Sistema de cuantificación POP-Q en Uruguay. A 20 años de su descripción

Castillo Pino E¹, Benavides N², Acevedo V³, Alonso V⁴, Martín R⁵, Javier G⁶

Resumen

Objetivo: Evaluar el grado de aplicación y conocimiento del sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POP-Q) en una muestra de Residentes y Ginecólogos.

Material y Métodos: Se realiza una encuesta personalizada y con datos anónimos de una mues-

tra de Ginecólogos y Residentes de Ginecología (de tercer año), de distintos lugares del país.

Resultados: De las 171 encuestados se observó que 12,9% fueron Residentes y 87,1% fueron Ginecólogos, de los cuales 26,8% son docentes universitarios. El 91,2% ven a diario pacientes con prolapso de los órganos pélvicos en su consulta, pero únicamente el 4,7% usa correctamente el POP-Q.

Para evaluar el grado de prolapso el 73,7% utiliza el introito vaginal como punto de referencia, a diferencia del 24,6% que usa el anillo himeneal. Asimismo, el 12,2% realiza la gradación en base a centímetros desde el punto de referencia, en comparación con el 86,6% de los especialistas que emplea el clásico sistema de cuatro grados (I – IV). El 97,1% de los colegas estaría de acuerdo en incorporar este sistema de gradación del POP-Q en su práctica diaria.

Conclusión: La mayoría de los colegas siguen utilizando el sistema clásico, en desuso universalmente desde la creación del sistema POP-Q, un sistema de mejor precisión y de aprendizaje accesible.

Para el ginecólogo constituye una forma de interpretación objetiva del grado de prolapso y el

1. Profesor Agregado de Clínica Ginecotocológica "B". Prof. Dr. W.Lauria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay
2. Asistente de Clínica Ginecotocológica "B". Prof. Dr. W.Lauria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay
3. Médico Residente de Ginecotocologa del Hospital de Las Piedras. Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico. Canelones. Uruguay
4. Médico Residente de la Clínica Ginecotocológica "B". Prof. Dr. W.Lauria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay
5. Jefe de Residente de la Clínica Ginecotocológica "B". Prof. Dr. W.Lauria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay
6. Médico Residente de la Clínica Ginecotocológica "C". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Hospital Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay

Institución Responsable: Clínica Ginecotocológica "B". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

Autor responsable: Dr. Edgardo Castillo Pino
castillopino@gmail.com

Recibido: 18/03/18. Aceptado: 12/04/18

empleo de una misma lectura entre profesionales.

Para el especialista en disfunciones del piso pélvico constituye una herramienta de utilidad en la investigación y valoración de los resultados terapéuticos.

Palabras claves: prolapso de órgano pélvico, prolapso de órgano pélvico/clasificación, disfunciones del piso pélvico, sistema POP-Q.

Abstract

Objective: To evaluate the degree of application and knowledge of the pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q) in a sample of Residents and Gynecologists.

Material and methods: A personalized survey is conducted with anonymous data from a sample of gynecologists and gynecology residents (third year), from different parts of the country.

Results: Of the 171 respondents it was observed that 12.9% were Residents and 87.1% were Gynecologists, of which 26.8% are university teachers. 91.2% see patients with prolapse of the pelvic organs on a daily basis, but only 4.7% correctly use the POP-Q.

To evaluate the degree of prolapse, 73.7% used the vaginal introitus as a point of reference, unlike the 24.6% that use the hymeneal ring. Likewise, 12.2% performed the gradation based on centimeters from the reference point, compared to 86.6% of the specialists using the classic four-degree system (I-IV). 97.1% of colleagues would agree to incorporate this grading system of POP-Q in their daily practice.

Conclusion: Most of the colleagues continue to use the classical system, universally disused since the creation of the POP-Q system, a system of better precision and accessible learning. For the gynecologist it constitutes a form of objective interpretation of the degree of prolapse and the use of the same reading among professionals. For the specialist in pelvic floor dysfunctions, it is a useful tool in the investigation and evaluation of therapeutic results.

Keywords: pelvic organ prolapse, pelvic organ prolapse/classification, POPQ, pelvic floor disorders.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es la consecuencia de una disfunción del piso pélvico caracterizada por el descenso permanente y progresivo de las vísceras integrantes de los diferentes compartimentos de la pelvis femenina.

(1)

Se trata de una distopía genital por descenso caracterizada por el desplazamiento de los órganos de la pelvis en dirección a la vulva.

El diagnóstico y el grado de descenso del POP son relevantes a la hora de adoptar una conducta. La cuantificación correcta de los POP es necesaria para el éxito del tratamiento quirúrgico.

A lo largo del tiempo fueron propuestos varios esquemas para evaluar adecuadamente las estructuras del piso pélvico.⁽²⁾

Clásicamente la ginecología mundial y la de nuestro país han empleado el sistema de media distancia para evaluar el grado de descenso o prolapso de los órganos pélvicos descrito en 1972 por Baden et al.⁽³⁾ Este sistema evalúa la posición de las paredes vaginales y la presencia de cistoceles, rectoceles, enteroceles e histeroceles en comparación con la posición del introito vaginal.

Este sistema recomienda 4 grados (I a IV) de descenso, que se evidencian en reposo y con maniobras de esfuerzo⁽³⁾:

Grado 0: Ausencia de prolapso.

Grado I: descenso leve de la pared vaginal que no llega al introito.

Grado II: descenso de la pared vaginal que llega al introito

Grado III: descenso parcial de la pared vaginal que sobrepasa el introito.

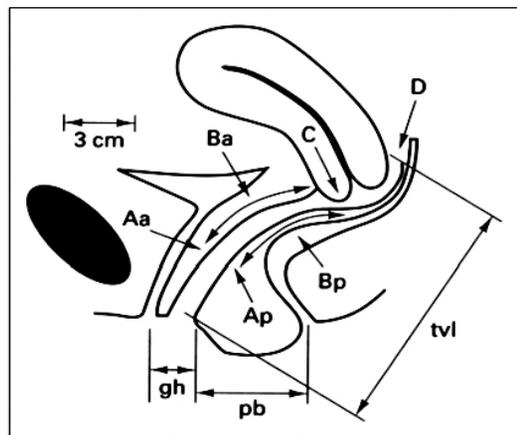
Grado IV: descenso total de la pared vaginal o prolapso del órgano que sobrepasa el introito.

Este sistema de gradación conocido por los ginecólogos en forma generalizada, es sencillo de usar, fácil de aprender y fácil de enseñar, pero, solamente proporciona una estimación subjetiva y no una medición precisa del descenso de los componentes del prolapso, además, dificulta la comparación de datos entre los observadores e incluso, previo y posterior al tratamiento en una misma paciente.⁽⁴⁾

Esto condujo a la necesidad de organizar un grupo de investigadores internacionales con el

Figura 1.

Seis puntos de referencia anatómica (Aa, Ba, C, D, Ap, y Bp) utilizados para cuantificar el sostén de los órganos pélvicos. También se identifican el hiato genital (gh), el cuerpo perineal (pb) y la longitud total de la vagina (tvl). (De Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J ObstetGynecol 1996; 175:10)



fin de crear un sistema de cuantificación objetiva que permita entender un mismo lenguaje y poder cambiar información entre los profesionales dedicados a esta área.

Por tanto, en 1996 Bump et al.⁽⁵⁾ describen una normatización de la terminología del POP de la mujer. La *International Continence Society* (ICS), la *American Urogynecological Society* (AUGS) y la *Society of Gynecologic Surgeons* (SGS) aprobaron un sistema estandarizado del prolapso de los órganos pélvicos⁽⁵⁾ denominado POP-Q o Sistema de Cuantificación de Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q por su acrónimo inglés: *Pelvic Organ Prolapse Quantification*).

Este sistema emplea como puntos de guía a ciertas referencias anatómicas como el anillo himeneal, pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, longitud total de la vagina, hiato urogenital, cuerpo perineal y cuello o cúpula vaginal.

Este sistema considera el anillo himeneal como referencia anatómica por tratarse de un punto fijo y fácilmente identificable en forma sistemática y precisa, a diferencia del introito vaginal que puede presentarse alterado por diferentes motivos.

Todos estos puntos guía se expresan en cm y se miden en relación proximal (por arriba) o distal (por debajo) con respecto al anillo himeneal. Las estructuras por encima del anillo himeneal son marcadas en centímetros con números negativos y las estructuras prolapsadas por debajo del anillo himeneal son expresadas en centímetros con números positivos. Las estructuras situadas a nivel del plano del himen son marcadas como 0.

Se localizan 6 puntos, dos en la pared vagi-

nal anterior, dos en el sector superior de la vagina y dos en la pared vaginal posterior con respecto al plano del anillo himeneal (Figura 1).

Punto Aa: el punto A anterior está localizado en la pared vaginal anterior a 3 cm del anillo himeneal.

Punto Ba: el punto B anterior está localizado en la pared vaginal anterior siendo el punto más distal situado entre el punto Aa y el cuello uterino o cúpula en caso de histerectomía previa.

Punto C: el punto de labio anterior de cuello uterino o de la cúpula vaginal en caso de histerectomía previa.

Punto Ap: el punto A posterior está localizado en la pared vaginal posterior a 3 cm del anillo himeneal.

Punto Bp: el punto B posterior está localizado en la pared vaginal posterior siendo el punto más distal situado entre el punto Ap y el punto D o cúpula en caso de histerectomía previa.

Punto D: el punto D corresponde al fondo vaginal posterior

Otras referencias anatómicas a tener en cuenta son el hiato genital, el cuerpo perineal y la longitud total de la vagina (Figura 1).

HG (hg): Hiato Genital, es la medida situada desde el meato uretral externo hasta el sector posterior del anillo himeneal.

CP(bp): Cuerpo Perineal, es la medida situada desde el sector posterior del anillo himeneal hasta la porción media del ano.

LVT(tvl): Longitud Vaginal Total, es la profundidad máxima de la vagina medida desde el anillo himeneal hasta el ápex vaginal.

Son nueve las medidas evaluadas durante las

Figura 2.

Diagrama representativo en cuadrícula de 3 x 3 de las nueve medidas evaluadas por el sistema de cuantificación POP-Q (De Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J ObstetGynecol 1996; 175:10)

anterior wall Aa	anterior wall Ba	cervix or cuff C
genital hiatus gh	perineal body pb	total vaginal length tvL
posterior wall Ap	posterior wall Bp	posterior fornix D

maniobras de esfuerzo obtenidas mediante una regla expresada en centímetros que se representa en una cuadrícula de 3 x 3 para organizarlas de manera concisa como se observa en el diagrama de la figura 2. Estas nueve medidas corresponden: dos de la pared vaginal anterior (Aa y Ba), dos de la pared vaginal posterior (Ap y Bp), dos medidas apicales (C y D), dos medidas externas que corresponde al hiato genital (hg) y al cuerpo perineal (bp o cp) y una medida de la longitud vaginal total (lvt o ltv) (Figura 2).

De esa forma se establecen 4 estadios o grados de prolapso de I a IV donde se consideran fundamentalmente el punto de guía del prolapso y su relación con el himen expresado en cm y la longitud total de la vagina.⁽⁵⁾

Grado 0: Ausencia de prolapso sin descenso de estructuras durante las maniobras de esfuerzo.

Grado I: El punto de mayor descenso llega hasta 1 cm por encima del anillo himeneal.

Grado II: El punto de mayor descenso va de 1 cm por encima hasta 1 cm por debajo del anillo himeneal.

Grado III: El punto de mayor descenso se extiende más de 1 cm por debajo del anillo himeneal sin configurar una eversión vaginal completa.

Grado IV: El punto de mayor descenso se extiende más de 1 cm por debajo del anillo himeneal configurando una eversión vaginal completa.

El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de aplicación y conocimiento del POP-Q en una muestra de Residentes de tercer año de la especialidad y Ginecólogos titulados de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta personalizada a cargo de cuatro encuestadores y anónima para dos investigadores. La encuesta fue diseñada en base a datos de la población y seis preguntas dirigidas con opciones preestablecidas.

El rango de edades, la institución de trabajo pública y/o privada, y la actividad docente universitaria, fueron los datos a valorar de la población general encuestada.

Las preguntas realizadas fueron las siguientes:

1. ¿Ve pacientes con trastornos del piso pélvico en la consulta diaria?
2. ¿Cuál punto de referencia usa para valorar el grado de prolapso de los órganos pélvicos (POP)?
3. ¿Cómo establece el grado de POP?
4. ¿Conoce el Sistema de Cuantificación de los Órganos Pélvicos: POP-Q?
5. Si lo conoce, ¿lo utiliza? En caso de conocerlo y no utilizarlo: ¿cuál es la razón?
6. ¿Estaría dispuesto a usarlo?

RESULTADOS

De las 171 encuestas incluidas y analizadas el 12,9% corresponden a médicos residentes del tercer año de la especialidad y el 87,1% restante a ginecólogos titulados, de los cuáles el 26,8% son docentes universitarios. Se constató que la mayoría de los profesionales trabajan en centros de salud públicos y privados concomitantemente, configurando un 64,9% del total. Un 21,7% y un 13,4% trabajan únicamente en instituciones privadas y públicas, respectivamente.

El análisis según el grupo de edades mostró los siguientes resultados: 59,6% son ginecólogos

menores de 40 años, 32,7% entre 40 y 59 años, 7,7% especialistas mayores e iguales a 60 años. Se observó que el 91,2% ven pacientes con patología del piso pélvico en su consulta diaria, a diferencia del 8,8% restante que no controla pacientes con esta patología.

El 73,7% usa al introito vaginal como punto de referencia para valorar el grado de prolapso, a diferencia del 24,6%, que en forma correcta, toma en cuenta el anillo himeneal; siendo el meato uretral utilizado por el 1,7% de los colegas.

En cuanto al método utilizado para definir el grado de prolapso, se observó que sólo el 12,2% realiza la gradación en base a centímetros respecto al anillo himeneal, como punto de referencia, en comparación con el 86,6% de los especialistas que toma en cuenta el clásico sistema de Baden – Walker en cuatro grados (I – IV). Un 0,6% clasifica al POP en Leve – Moderado – Severo, y el 0,6% restante en Total – Parcial.

Se decidió estimar el nivel de conocimiento del Sistema de Cuantificación de los Órganos Pélvicos (POP-Q) y la razón de la no utilización de éste en la práctica diaria.

Al analizar estos datos, se obtuvo los siguientes resultados: el 87,7% de los encuestados conoce el sistema POP-Q, pero, refieren utilizarlo sólo un 12,9%. Si bien del sub-análisis de este último grupo se observó que únicamente el 36,4% de éstos lo usa correctamente (expresando en centímetros en relación a la base del anillo himeneal), lo que corresponde al 4,7% del total de los encuestados.

Por otro lado, se evaluó a través de la encuesta el deseo de aprender a utilizar el POP-Q, y se constató que el 97,1% de los colegas estarían de acuerdo en incorporar este sistema de gradación del POP en la práctica diaria.

DISCUSIÓN

El POP-Q difiere de los demás métodos de evaluación ya que mide las posiciones de estructuras vaginales en la línea media y se expresa en centímetros con números negativos o positivos en relación al anillo himeneal.^(5,6)

La necesidad de intercambio de datos en protocolos tantos asistenciales como de investigación encuentra en el sistema de cuantificación POP-Q una respuesta adecuada. En este punto

se hace especial hincapié en que el POP-Q no es una forma de conocimiento sólo para el especialista en disfunciones del piso pélvico sino que tiene una aplicación en la práctica diaria de la consulta ginecológica.⁽⁷⁾

A primera vista el sistema POP-Q parece de difícil ejecución y de mayor complejidad de aprendizaje, cuando en realidad no lo es.

Hoy el médico residente que inicia su formación en la Ginecología debe conocer y aplicar este sistema a la hora de evaluar un prolapso de los órganos pélvicos. De la misma manera se aplica para los ginecólogos que ejercen la especialidad.

Este sistema descriptivo contiene varias mediciones específicas del sostén de los órganos pélvicos de la mujer que pueden aprenderse con facilidad y enseñarse por medio de un video seminario. Además, es útil saber que existen aplicaciones digitales que permiten evaluar en cuestión de segundos el estadio del POP una vez completados los datos de las nueve mediciones mencionadas.

Con todo esto se pretende difundir una herramienta útil, aprobada, estandarizada y empleada en todo el mundo, por ello la Ginecología del Uruguay no debe quedar por fuera de estos conocimientos.

La importancia del sistema POP-Q es que permite a través de la medición objetiva de las estructuras involucradas en el prolapso, discutir los casos clínicos sin presenciar el examen físico y permite tener una noción más precisa de las alteraciones encontradas en las pacientes en cualquier sitio o en cualquier lugar.

Por otro lado, el POP-Q es relevante a la hora de intercambiar información precisa y de transferir datos de protocolos asistenciales y protocolos de investigación, tal como se señaló previamente. A pesar de contar con un sofisticado método de cuantificación para estadiar al POP y así universalizar la terminología, en nuestra encuesta se observó que la mayoría de los colegas siguen utilizando el clásico sistema de Baden – Walker⁽³⁾ descrito en 1972, ya en desuso universalmente desde la creación del POP-Q descrito en 1996.⁽⁵⁾

De todos modos, se destaca el interés en utilizarlo por casi el total de los encuestados, independientemente de dedicarse o no a la uroginecología.

Se **concluye** que el sistema POP-Q es un sistema de aprendizaje accesible y de mejor precisión de cuantificación.

Para el ginecólogo actual constituye una forma de interpretación objetiva del grado de prolapso y el empleo de una misma lectura entre profesionales.

Para el especialista en disfunciones del piso pélvico constituye una herramienta de utilidad en la investigación y valoración de los resultados terapéuticos.

Referencias

1. Belloso R. Prolapso Genital. Arch Ginecol Obstet 1944;3(4-5):205-314.
2. Friedman EA, Little WA. The conflict of nomenclature for descensus uteri. Am J Obstet Gynecol 1961;81:817-20.
3. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. Clin Obstet Gynecol 1972;15:1048-54.
4. Kobak WH, Rosenberger K, Walters MD. Interobserver variation in the assessment of pelvic organ prolapsed. Int J Urogynecol Pelvic Dysfunction 1996;7:121-4.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-7.
6. Steele A, Mallipeddi P, Welgoss J, Soled S, Kohli N, Karma M. Teaching the Pelvic Organ Prolapse Quantitation system. Am J Obstet Gynecol 1998;179:1458-64.
7. Vierhout ME, Stoutjesdijk J, Spruijt J. A comparison of preoperative and intraoperative evaluation of patients undergoing pelvic reconstructive surgery for pelvic organ prolapse using the Pelvic Organ Prolapse Quantification system. Int Urogynecol J 2005;17:46.