

MANEJO DEL PROLAPSO GENITAL CON PESARIO VAGINAL EN LA PAZ - BOLIVIA: SERIE DE CASOS

MANAGEMENT OF GENITAL PROLAPSE WITH VAGINAL PESSARY IN LA PAZ, BOLIVIA: CASE SERIES

Saúl J. Arratia^{1,a}, Willy G. Dávila^{2,a}, Fanny Calani^{3,b}

RESUMEN

Introducción. El prolapso de los órganos pélvicos es una afección comúnmente tratada por ginecólogos. Aunque el tratamiento quirúrgico se considera generalmente la opción principal, muchas mujeres prefieren comenzar con tratamientos conservadores o no son candidatas para procedimientos invasivos debido a diversas razones. **Presentación de casos.** Este artículo presenta 4 casos clínicos con el objetivo de ilustrar cómo el pesario vaginal puede ser una opción efectiva y de primera línea en el tratamiento del prolapso genital avanzado. **Conclusión.** En casos de prolapso avanzado o exteriorizado, el pesario vaginal es una opción ampliamente reconocida y recomendada. No obstante, su uso puede verse limitada en algunas regiones debido a la falta de acceso a este recurso o a la reticencia de ciertos ginecólogos a implementarlo.

Palabras clave: Informe de casos, Procedimiento Terapéutico, Prolapso de órganos pélvicos (POP), Ginecólogos, Mujeres, Pesarios. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Introduction. Pelvic organ prolapse is a condition commonly treated by gynecologists. Although surgical treatment is generally considered the primary option, many women prefer to start with conservative treatments or are not candidates for invasive procedures for various reasons. **Case Presentation.** This article presents 4 clinical cases with the aim of illustrating how the vaginal pessary can be an effective and first-line option in the treatment of advanced genital prolapse. **Conclusion.** In cases of advanced or exteriorized prolapse, the vaginal pessary is a widely recognized and recommended option. However, its use may be limited in some regions due to a lack of access to this resource or the reluctance of certain gynecologists to implement it.

Key words: Case Reports, Therapeutics, Pelvic Organ Prolapse, Gynecologists, Women, Pessaries (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es una condición prevalente que afecta la calidad de vida de las mujeres en diversas etapas de su vida^{1,2}. Además de la incomodidad provocada por la sensación de un bulto vaginal, las mujeres pueden experimentar incontinencia urinaria, disfunción defecatoria e infecciones recurrentes del tracto urinario asociadas. En mujeres que no desean someterse a una intervención quirúrgica, o en aquellas para quienes la cirugía no es recomendable debido a riesgos médicos, el uso de un pesario vaginal para reducir la sensación de bulto representa una opción muy valiosa³.

El uso del pesario vaginal para el manejo del prolapso genital se remonta a la antigüedad. Los pesarios

constituyen una opción de tratamiento no quirúrgico para reducir el POP, siendo una alternativa económica, segura y efectiva²⁻⁴.

El uso de estos dispositivos en Bolivia se inició como un proyecto aislado, debido a la falta de disponibilidad en el país y a la escasa difusión por parte de los especialistas.

Con el presente trabajo, queremos compartir nuestra experiencia al considerar el pesario vaginal como una alternativa valiosa para el tratamiento conservador del POP.

REPORTE DE CASOS

Este reporte comienza con la presentación de una serie de casos típicos en los que el uso del pesario ofrece

¹ Centro Privado de Uroginecología y Cirugía de Piso Pélvico, Bolivia.

² Holy Cross Health, Fort Lauderdale, Estados Unidos.

³ Hospital Obrero Número 1, Bolivia.

^a Uroginecólogo

^b Médica epidemióloga

Citar como: Arratia S., Dávila W., Calani F. Manejo del prolapso genital con pesario vaginal en La Paz - Bolivia: Serie de Casos en 2023. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 63-69. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025444>.

beneficios significativos. A continuación, se abordarán las variables clínicas relevantes a considerar al evaluar la utilización de un pesario.

Caso 1

Paciente de 36 años, casada, ama de casa, sin antecedentes clínicos relevantes. Desde hace 4 años, refiere incontinencia urinaria a medianos esfuerzos. Antecedentes gineco-obstétricos: 3 gestas y 3 partos (el último ocurrió hace 5 años, antes del embarazo actual) (Tabla 1).

A partir de la semana 24 de gestación, se observa protrusión del cuello uterino a través del hiato genital durante medianos esfuerzos. Se inició un tratamiento farmacológico conservador para contrarrestar las infecciones cérvico-vaginales de forma local, logrando buenos resultados. En la semana 30 de gestación, la paciente presenta un prolapso de estadio III C, según la clasificación POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification): Aa +1, Ba +1.5, C +2, gh 4, pb 1.5, tvl 10, Ap +1, Bp +1, D -6 (Tabla 1). Se indicó la inserción de pesario vaginal tipo "anillo" número 6, logrando la reducción del prolapso y una buena tolerancia al dispositivo. A la semana 38 se realizó operación cesárea por paridad satisfecha y gestante añosa. Se obtuvo un recién nacido en buenas condiciones, con peso de 3425 gramos. La paciente fue dada de alta a los 2 días, sin complicaciones (Tabla 1).

Se logró un adecuado control del embarazo, no se presentaron episodios de trabajo de parto pretérmino ni alteraciones en la gestación atribuibles al uso del pesario vaginal. Posteriormente a la cesárea, se observó una regresión del estadio del prolapso, acompañada de una disminución de los síntomas. Se recomendó fisioterapia de piso pélvico mientras se esperaba la conducta definitiva.

Caso 2

Paciente de 56 años, ama de casa, que reside en una localidad alejada de la ciudad. Sin antecedentes personales relevantes. Antecedentes gineco-obstétricos: 4 gestas y 4 partos (último en el año 2000). Papanicolaou: negativo para lesiones o malignidad intraepitelial (2021) (Tabla 1).

Presenta un cuadro clínico de 7 años de evolución, caracterizado por la sensación de un bulto en el canal vaginal, que se ha complicado con ulceraciones y sangrado vaginal debido al roce de la ropa interior en los 5 meses previos a la consulta. En el examen ginecológico, se evidencia mucosa vaginal atrófica y erosionada, con escaso flujo vaginal, así como un prolapso estadio III Ba, según la clasificación POP-Q: Aa +3, Ba +5, C +3, gh 4, pb 2, tvl 7, Ap -1, Bp -1, D -3. Se solicita cultivo de flujo vaginal reporta Vaginosis bacteriana que remite a tratamiento con metronidazol.

La paciente rechaza el tratamiento quirúrgico por razones personales, optando por un tratamiento no quirúrgico mediante la inserción de un pesario vaginal tipo "anillo" número 4, previo tratamiento del epitelio vaginal con estrógeno tópico (Tabla 1). La paciente presenta buena tolerancia al dispositivo y se programan controles semanales durante el primer mes, seguidos de revisiones cada dos meses para el cuidado del pesario y la evaluación de la mucosa vaginal, sin evidencia de ulceraciones ni sangrado. Tras 2 años de seguimiento, no se reportan complicaciones. La paciente ha aprendido a realizar un adecuado autocuidado del pesario.

Caso3

Paciente de 80 años, viuda, jubilada. Presenta antecedentes de apendicectomía y colecistectomía. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos: 6 gestas, 1 aborto, 3 partos (el último en 1976, con producto macroscópico) y 2 cesáreas (la última en 1982). El Papanicolaou fue negativo para lesiones o malignidad intraepitelial en 2020 (Tabla 1).

Desde el año 2007, la paciente refiere una sensación de bulto saliendo por la vagina, la cual fue progresando hasta llegar a un prolapso total en 2019, acompañado de úlceras en el tejido vaginal que sangraban al rozar con la ropa interior. Fue tratada con estrógenos conjugados de forma tópica, en 2020 se sometió a una histerectomía abdominal como tratamiento para el prolapso uterino (Tabla 1).

El año 2021, la paciente llega a nuestra consulta refiriendo una sensación de bulto en el canal vaginal y la recidiva del cuadro clínico. Se evidencia un epitelio vaginal atrófico con una pequeña área de ulceración y prolapso de cúpula estadio IV C, según la clasificación POP-Q: Aa +3, Ba +4, C +8, gh 5, pb 4, tvl 8, Ap -1, Bp +2, D +2 (Figura 1A). Se solicitó una ecografía ginecológica, la cual reportó normalidad en relación con la edad y los antecedentes quirúrgicos, descartando la presencia de tumores y quistes. Se propuso un tratamiento quirúrgico, el cual fue rechazado por la paciente por razones personales. En su lugar, se planteó la inserción de un pesario vaginal tipo "anillo" número 6 como tratamiento para sostener los tejidos debilitados, junto con la aplicación tópica de estrógenos. La paciente mostró una evolución favorable, con reducción del prolapso y buena tolerancia al dispositivo (Figura 1B).

Se realizó un seguimiento del caso durante 2 años, orientando a la paciente sobre la inserción y el retiro autónomo del pesario, durante el seguimiento, no se observaron ulceraciones ni erosiones en el canal vaginal. La paciente presentó flujo vaginal por *Candida* spp. en dos ocasiones, que respondió favorablemente al tratamiento con antimicóticos.



A. Prolapso de cúpula estadio IV C con infección micótica evidente. B. Evolución de la paciente mostrando reducción del prolapso y tolerancia al pesario vaginal tipo "anillo" número 6.

Figura 1. Protrusión del cuello uterino durante la primera evaluación y posterior a la colocación del pesario vaginal tipo "anillo" número 6 en paciente adulta mayor.



A. Prolapso de cúpula estadio IV C. B. Evolución de la paciente mostrando reducción del prolapso posterior a la inserción del pesario vaginal tipo "anillo con membrana" número 5.

Figura 2. Protrusión del cuello uterino durante la primera evaluación y posterior a la colocación del pesario vaginal tipo "anillo" número 5 en paciente adulta mayor.

Caso 4

Paciente de 75 años de edad, viuda y de ocupación ama de casa. Con antecedentes de arritmia cardíaca e hipertensión arterial sistémica en tratamiento. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos: 4 gestas y 4 partos. El Papanicolaou realizado en 2021

fue negativo para lesiones o malignidad intraepitelial. La paciente refiere una sensación de bulto saliendo por la vagina desde hace cinco años, la cual ha progresado hasta alcanzar un prolapso total en 2020, acompañado de sangrado debido a úlceras en el tejido vaginal (Tabla 1).

Tabla 1. Cronología de los eventos clínicos relevantes en los casos de prolapso genital tratados con pesario vaginal.

Caso	Temporalidad	Evento Clínico Principal
Caso 1 (36 años, embarazada)	4 años previo al manejo con pesario vaginal	Inicio de incontinencia urinaria de esfuerzo
	Semana 24 de gestación	Prolapso uterino visible durante esfuerzos
	Semana 30 de gestación	Diagnóstico de POP estadio III C; colocación de pesario anillo N°6
	Semana 38 de gestación	Cesárea sin complicaciones; buena evolución
	Postparto inmediato	Reducción del prolapso; fisioterapia pélvica recomendada
Caso 2 (56 años, zona rural)	7 años previo al manejo con pesario vaginal	Inicio de síntomas de bulto vaginal
	Hace 5 meses previo al manejo con pesario vaginal	Ulceración y sangrado por roce con ropa interior
	2021	Diagnóstico de POP estadio III Ba; tratamiento con metronidazol
	Posterior al tratamiento	Inserción de pesario anillo N°4 con preparación estrogénica
	Primer mes	Controles semanales y evaluación de mucosa
	Mes 2 al año 2	Revisiones bimestrales; evolución sin complicaciones
Caso 3 (80 años, viuda)	2007	Inicio de sensación de bulto vaginal
	2019	Prolapso total; sangrado por úlceras
	2020	Histerectomía abdominal
	2021	Recidiva con POP estadio IV C; rechazo a cirugía
	2021	Inserción de pesario anillo N°6 y aplicación de estrógenos
	2021–2023	Seguimiento de 2 años; educación en autocuidado; 2 episodios de candidiasis
Caso 4 (75 años, viuda)	5 años previo al manejo con pesario vaginal	Inicio de sensación de bulto vaginal
	2020	Prolapso total con sangrado
	2021	Diagnóstico de POP estadio IV C; estabilización cardiovascular
	2021	Inserción de pesario anillo con membrana N°5 y estrógenos tópicos
	2021–2023	Seguimiento de 2 años; autocuidado; mejoría sintomática

En el examen ginecológico se observa epitelio vaginal atrófico, con prolapso estadio IV C (Figura 2A), según la clasificación POP-Q: Aa +3, Ba +5, C +9, gh 4, pb 3, tvl 8, Ap -1, Bp +7, D +7. Se propone tratamiento quirúrgico posterior a la estabilización y pase por parte del servicio de Cardiología. De manera temporal, se indica un tratamiento no quirúrgico mediante la inserción de un pesario vaginal tipo "anillo con membrana" número 5 (Figura 2B), previa administración tópica de estrógenos para mejorar el epitelio vaginal (Tabla 1).

La paciente presentó una evolución favorable, con reducción del prolapso y buena tolerancia al dispositivo. Durante 2 años de seguimiento, se observó la aparición de flujo vaginal no patológico al inicio del uso del pesario, el cual disminuyó con el adecuado autocuidado e higiene. Actualmente, la paciente refiere una mejora en su calidad de vida, aunque aún no ha definido una fecha para el tratamiento quirúrgico propuesto.

DISCUSIÓN

El POP avanzado es un problema que afecta aproximadamente al 11% de las mujeres y su calidad de vida. La prevalencia exacta es difícil de determinar; con frecuencia se menciona que alrededor del 50% de todas las mujeres desarrollarán POP a lo largo de su vida, en parte debido al aumento de la esperanza de vida^{5,6}.

En Latinoamérica, y particularmente en Bolivia, no se disponen de datos precisos sobre la prevalencia e

incidencia del POP. Se han encontrado estudios aislados en centros particulares⁷.

El POP durante el embarazo es una alteración poco común que puede ocasionar complicaciones tanto maternas como fetales. El tratamiento con pesario vaginal reduce los síntomas y no se asocia con complicaciones severas^{8,9}.

El manejo del POP sintomático con pesarios en mujeres mayores es efectivo y seguro, constituyendo una alternativa para aquellas que no pueden o no desean someterse a una cirugía pélvica reconstructiva^{10,11}. Además, los pesarios continúan siendo un método útil para tratar el POP en pacientes que se han sometido a una histerectomía previa.

Se observa una menor tasa de éxito cuando la profundidad/ longitud vaginal total (TVL) es reducida (es decir, menor a 7 cm)¹².

Los efectos adversos más comúnmente reportados fueron el aumento del flujo vaginal y prurito vaginal, los cuales remitieron con tratamiento específico y la aplicación de estrógeno local¹³. Se recomienda que las mujeres que utilizan pesarios vaginales durante períodos prolongados empleen un lubricante vaginal o, preferentemente, crema de estrógeno local, como estradiol o Premarin (1 g intravaginal dos noches por semana).

La paciente debe retirar el pesario regularmente para lavarlo y permitir el descanso de la mucosa vaginal. Idealmente, la paciente realizará el autocuidado y la



Figura 3. Kit de prueba ("fitting kit") de pesarios para el manejo del prolapso genital femenino utilizado en evaluación clínica en mujeres en Bolivia.

administración de estrógeno dos noches por semana. Si la paciente no es capaz de llevar a cabo el autocuidado, deberá visitar a su ginecólogo para la limpieza del pesario cada tres meses.

A diferencia de los países vecinos, en Bolivia se ha incorporado recientemente el uso del pesario vaginal como tratamiento conservador para el POP. El primer tipo de pesario en llegar al país fue el "anillo", seguido posteriormente por otros modelos.

Existen varios tipos de pesarios. En países con fabricantes de pesarios, se dispone de diferentes tipos y tamaños en un "fitting kit" junto con una guía que facilita la identificación del pesario más adecuado para cada paciente (Figura 5). Los pesarios más utilizados para el POP son el anillo con soporte y el Gelhorn, debido a su eficacia en prolapsos más avanzados. Los pesarios que requieren mayor atención para prevenir complicaciones son el donut y el cubo, debido al trauma directo que pueden causar a la mucosa vaginal durante la inserción y la extracción.

En tres de las cuatro pacientes, las edades se encuentran dentro del rango establecido de mayor prevalencia de POP. Las cuatro pacientes presentan antecedentes de multiparidad. Ninguna de las pacientes presentó complicaciones graves relacionadas con el uso de pesarios. La preparación de la mucosa vaginal con antibióticos y estrógeno de forma local es fundamental antes de iniciar el uso de un pesario.

Los pesarios también pueden emplearse en casos de prolapso recurrente. Se ha reconocido que el éxito de una cirugía secundaria para el prolapso recurrente está asociado con una tasa de éxito reducida. En este sentido, el uso de un pesario puede representar una opción muy atractiva para las mujeres.

Los médicos podemos utilizar los pesarios como tratamiento de primera línea; sin embargo, se desconoce el uso clínico actual de esta alternativa en nuestro medio por parte de muchos profesionales involucrados en el manejo del POP^{14,15}.

CONCLUSIÓN

El uso del pesario vaginal presenta un alto nivel de satisfacción en el tratamiento, así como un impacto positivo en la mejora de los síntomas vaginales y en la calidad de vida de las pacientes.

El pesario vaginal puede contribuir a la continuidad del embarazo mediante el mismo mecanismo que un pesario cervical.

Los pesarios son un método útil para tratar el prolapso en mujeres que han sido sometidas a una histerectomía. Además, representan una alternativa terapéutica

adecuada para mujeres mayores que no pueden o no desean someterse a una cirugía pélvica reconstructiva.

Es importante que los médicos que atienden a pacientes con prolapso genital se sientan cómodos al utilizar este valioso tratamiento.

ASPECTOS ÉTICOS

La publicación de los presentes casos fueron autorizadas por las pacientes, quienes firmaron el consentimiento informado correspondiente con fines académicos; sin embargo, dos de ellas se negaron a ser fotografiadas.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156(2):125–30. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.12.039.
2. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J.* 2011;22(6):637–44. doi:10.1007/s00192-011-1390-7.
3. Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: vaginal pessary use. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(2):255–66.e1. doi:10.1016/j.jogc.2020.11.013.
4. Zeiger BB, da Silva Carramão S, Del Roy CA, da Silva TT, Hwang SM, Auge APF. Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: impact on quality of life. *Int Urogynecol J.* 2022;33(7):2013–20. doi:10.1007/s00192-021-05002-7.
5. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020;46(1):5–14. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581.
6. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1783–90. doi:10.1007/s00192-013-2169-9.
7. Valencia-Chi6n CF, De La Cruz JA, Correa-L6pez LE, Arango-Ochante PM. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de 6rganos p6lvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de enero-diciembre 2018. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2020;9(1):11–6. doi:10.33421/inmp.2020184.
8. Arango-Buitrago V, Restrepo-Moreno M, Echavarría-Restrepo LG, G6mez-Londo6o M. Prolapso de 6rganos p6lvicos durante el embarazo tratado con pesario. Reporte de dos casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2016;84(9):601–6.

9. Matsuda Y, Tagawa M, Shirai Y, Hattori M, Matsumine M, Matsumine H. Vaginal pessary sharpens uterocervical angle in uterine prolapse during pregnancy: a case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022;48(1):271–4. doi:10.1111/jog.15079.
10. Gold RS, Baruch Y, Amir H, Gordon D, Groutz A. A tailored flexible vaginal pessary treatment for pelvic organ prolapse in older women. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(9):2518–23. doi:10.1111/jgs.17223.
11. Barros CR, Bonassi Machado R, Camargo ACM, de Gollop TR. Tratamiento conservador de prolapso de órgano pélvico con pesario: revisión de literatura. *Rev Med.* 2018;97(2):154–9. doi:10.11606/issn.1679-9836.v97i2p154-159.
12. Ma C, Kang J, Xu T, Zhang Y, Ma Y, Liang S, et al. Vaginal pessary continuation in symptomatic pelvic organ prolapse patients with prior hysterectomy. *Menopause.* 2020;27(10):1148–54. doi:10.1097/GME.0000000000001633.
13. Ai F, Wang Y, Wang J, Zhou L, Wang S. Effect of estrogen on vaginal complications of pessary use: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric.* 2022;25(6):533–42. doi:10.1080/13697137.2022.2079973.
14. Brown CA, Pradhan A, Pandeva I. Current trends in pessary management of vaginal prolapse: a multidisciplinary survey of UK practice. *Int Urogynecol J.* 2021;32(4):1015–22. doi:10.1007/s00192-020-04537-5.
15. Pizzoferrato AC, Nyangoh-Timoh K, Martin-Lasnel M, Fauvet R, de Tayrac R, Villot A. Vaginal pessary for pelvic organ prolapse: a French multidisciplinary survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2022;31(6):870–7. doi:10.1089/jwh.2021.0229.

CORRESPONDENCIA

Saúl J. Arratia

Dirección: La Paz - Bolivia

Correo electrónico: sj.arratia@gmail.com