

PRESENTACION DE CASO

Tratamiento rehabilitador de disfunción de suelo pélvico en paciente adolescente post lesión traumática de pelvis y región perineal

Rehabilitative treatment of pelvic floor dysfunction in adolescent patients post traumatic injury of pelvis and perineum

Dra. Yaima Almanza Díaz, Dra. Ana Margarita Chong, Lic. Yaray Amaral Curbelo, Lic. Yenisey Valdés Muñoz

Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz González", La Habana, Cuba

RESUMEN

La disfunción de suelo pélvico incluye una serie de trastornos de dicha región que se relacionan con su anatomía y fisiología, y se manifiestan clínicamente como: incontinencia de esfínteres, prolapsos de órganos pélvicos, alteraciones de percepción, síndromes dolorosos crónicos de la región pelvi-perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región. Se describe el caso de una paciente que ingresó en el Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz con el diagnóstico de incontinencia urinaria, evaluada en la consulta de Suelo Pélvico mediante el examen físico y estudios complementarios. Se aplica un programa de rehabilitación de 60 sesiones para recuperar tono y fuerza muscular de la región perineal con una frecuencia diaria. Al final del tratamiento se revalúa y se observa mejoría clínica y funcional.

Palabras clave: disfunción de suelo pélvico, incontinencia urinaria, rehabilitación.

ABSTRACT

The pelvic floor dysfunctions include a series of alterations of this region related with its anatomy and physiology and they are manifested clinically as: sphincters incontinence, pelvic organs prolepses, alterations of perception, chronic painful

syndromes of perineal region and sexual dysfunction due to weakness of this musculature. In the present paper a case admitted in the Rehabilitation's National Center Julio Díaz is described, with diagnosis of urinary incontinence, evaluated in Pelvic Floor's session by means of the physical exam and complementary studies. A program of rehabilitation of 60 sessions is applied to recover tone and muscular force of perineal region, with a daily frequency. At the end of the treatment the parameters were reassessed and clinical and functional improvement was observed.

Keywords: pelvic floor dysfunction, urinary incontinence, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico (SP) constituye un complejo de estructuras musculares, fascias, aponeurosis, vasos, nervios y orificios, que forman una unidad anatómica y funcional. Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar preparados para actuar, tanto con el mantenimiento del tono muscular basal, como para reaccionar ante situaciones urgentes y rápidas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, dichos músculos realizan siempre su acción antigravitatoria, lo que implica que deben estar dotados para soportar cargas.¹⁻³

Los estudios epidemiológicos realizados internacionalmente evidencian que afectan a ambos sexos y a todas las edades, pero la casuística señala una prevalencia mayoritaria en mujeres, 75 % de los casos en mayores de 35 años y el 50 % de los casos mayores de 65 años.³

Su prevalencia es elevada ya que casi un tercio de la población adulta y adulta mayor la padece, por lo que constituye una causa común de consulta en mujeres de dichos grupos de edades.²

La forma de presentación más frecuente es la incontinencia urinaria (IU), cuyo mayor número de casos se reporta en la población femenina (entre el 10 y 40 %), con prevalencia que se asocia a ciertos factores de riesgo como son: la edad, determinados hábitos y costumbres, algunas enfermedades crónicas, uso de ciertos medicamentos, los embarazos y partos con complicaciones, así como las enfermedades prostáticas en el hombre, luego de realizada una prostatectomía pueden alcanzar entre el 5 y 60 % de prevalencia.¹⁻⁵

Sin embargo, con frecuencia este tipo de disfunciones se asocia a dolores perineales, incontinencias fecales o disfunciones sexuales, que los pacientes no suele referir inicialmente y que en cambio, en ocasiones pueden suponer un mayor problema social y personal que la propia IU.^{6,7}

Una revisión de 36 estudios realizados en la población general incluidos en *la Cuarta Reunión Internacional sobre incontinencia* (4th International Consultation on Incontinence), encuentra que la mayoría informó una prevalencia de cualquier tipo de IU en el rango del 25 al 45 % para las mujeres. La IU puede ser un trastorno invalidante con un impacto negativo grande sobre la calidad de vida^{7,8,12}.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 15 años de edad, raza mestiza, con antecedentes de epilepsia. El 4 de octubre de 2011 sufrió un accidente de tránsito que le produjo fractura de pelvis con desgarro vulvoperineal que afectó el recto con distensión del esfínter anal y múltiples quemaduras por fricción. El mismo día fue intervenida quirúrgicamente, se realizó rectoplastia, sutura del desgarro y colostomía en asa. Después de 3 años y 6 meses presentó salida de orina a los esfuerzos y también sin estos. Ingresó en el Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz para estudio y tratamiento de la disfunción del suelo pélvico (DSP) y se decide realizar el cierre quirúrgico de la colostomía.

Antecedentes patológicos personales: epilepsia compensada (carbamazepina 500 mg diarios).

Hábitos tóxicos: café ocasionalmente.

Alergias: no refiere.

Operaciones: laparotomía exploratoria y colostomía, rectoplastia, injertos cutáneos autólogos.

Transfusiones: varias, no presentó reacción post-transfusiones.

Antecedentes patológicos familiares: madre viva (con trastornos psiquiátricos). , Abuela con cardiopatía isquémica e hipertensión arterial.

Examen físico positivo a la primera evaluación (5 de marzo de 2015):

Cicatrices queloides a nivel de la cara anterior del codo izquierdo, abdomen, región inguinal derecha, región anterior de muslo derecho, región lateral de glúteo izquierdo que abarca cara anterolateral del muslo y ambas piernas, medial en la derecha y lateral en la izquierda.

Test muscular de región perineal: nota 2

Test de la compresa: 5,7 g (incontinencia moderada)

Electromiografía inicial: patrón de oscilaciones aisladas, compatible con atrofia por desuso.

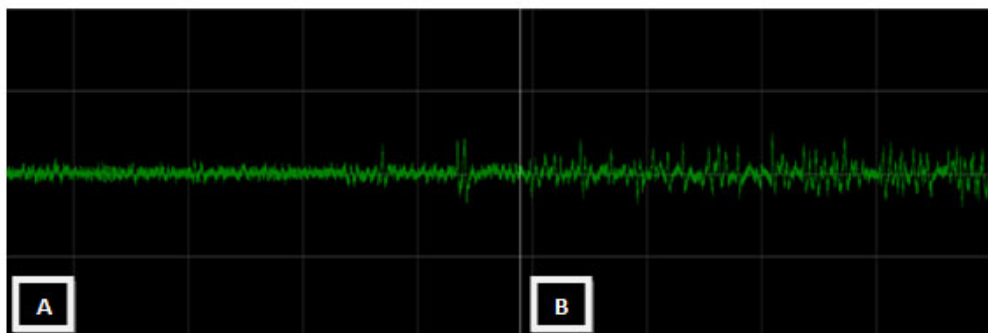


Fig. 1. Electromiografía de esfínter anal externo. A) Actividad en reposo, B) Patrón contráctil (oscilaciones simples).

Examen físico en la segunda evaluación (15 de mayo de 2015).

Test muscular de región perineal: nota 4.

Test de la compresa: 0 g (Sin Incontinencia).

Electromiografía evolutiva: presenta mejorías del patrón contráctil con respecto al estudio anterior.

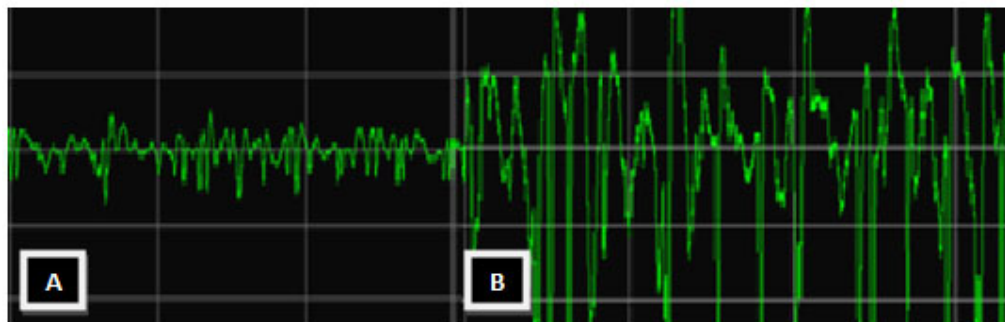


Fig. 2. Electromiografía de esfínter anal externo. a) Actividad en reposo, b) Patrón contráctil.

Complementarios realizados

Parcial de orina: negativo.

Urocultivo: negativo.

Rayos X vista AP de pelvis: presencia de alambre como método de fijación de la sínfisis pubiana.

Programa de rehabilitación

Agentes físicos

- Fonoforesis: USD con heparina a nivel de cicatrices queloides, a 0,8-0,9 W/cm², a una frecuencia de 3 MHz, continuo, semiestacionario, longitudinal, ERA 5 cm².
- Magnetoterapia local con manta a nivel de región pélvica a una frecuencia de 50Hz, intensidad del 50 %, sinusoidal, pulsado, durante 20 min.
- Corriente TENS, rectangular, bifásica, con frecuencias desde 5 a 75 Hz, impulsos de 150 a 300µs, a la intensidad (mA) mejor tolerada por el paciente, aplicándolos con método superficial e intracavitario (rectal).

Kinesioterapia (Ejercicios de Kegel)

Contracciones lentas: contraer los músculos como si se intentase detener la orina, tirándolos hacia arriba, mantenerlos así de 5 a 10 s mientras se respira suavemente. Relajar músculos durante 5 s más.

Contracciones rápidas: contraer y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda durante 2-3 min.

Se aplicará durante el tratamiento y se orientará realizar en el domicilio 3 veces por día, 10 repeticiones de 10 s de duración cada una, con una pausa de descanso de 10 s entre repeticiones.

DISCUSIÓN

La DSP incluye una serie de trastornos de esta región que se manifiestan clínicamente como: IU, incontinencia fecal, síndrome doloroso de la región pelvi-perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región.^{1, 5}

Las consecuencias que se pueden derivar de la disfunción del conjunto muscular que cierra el orificio inferior de la pelvis y que puede afectar el normal funcionamiento de cualquiera de los órganos alojados en la pelvis menor perteneciente al sistema urinario, digestivo y genital. Todas son entidades clínicas relacionadas entre sí, que suelen tener una causa multifactorial, pero en todas ellas se puede encontrar alguna DSP que es posible abordarse desde la fisioterapia.⁵

Es fundamental el conocimiento de la etiología, la historia natural y la fisiopatología de estas disfunciones para llevar a cabo una evaluación racional y planificar un tratamiento adecuado a cada caso concreto, así como adoptar las medidas de prevención necesarias para evitar su instauración o frenar su evolución. En síntesis, la IU, desde el punto de vista epidemiológico es un problema de salud de alta prevalencia en la mujer, aunque puede afectar a todos los grupos de población.^{5, 6}

A pesar de las elevadas cifras que se reportan, en ocasiones existen subdiagnósticos y subregistros debido a que los pacientes no acuden a las consultas, ya sea por desconocimiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, por vergüenza a declarar este trastorno que involucra la vida privada y por la creencia de que la incontinencia es parte del proceso normal del envejecimiento o porque lo consideran normal luego del parto, lo que trae como resultado la aparición de trastornos de ansiedad y depresión.^{5, 9, 13}

No se ha demostrado que la IU provoque un aumento de la mortalidad en los pacientes que la padecen; sin embargo, sí produce un aumento de la morbilidad, tanto en aspectos relacionados con la calidad de vida como con la frecuencia de ciertas enfermedades (infecciones urinarias, alteración del sueño, irritación cutánea local).⁹

La fisioterapia como disciplina sanitaria permite la actuación, intervención y aportación de una amplia gama de especialidades médico-sanitarias. Aunque solo una pequeña parte de ellas como: la geriatría, la ortopedia y traumatología, la neurología o las que atienden trastornos cardiorrespiratorios, son las más conocidas, existen otras muchas posibilidades menos "clásicas" pero no por ello menos importantes o demandadas como es el caso de la fisioterapia en la reeducación del SP. Con frecuencia las DSP son problemas de salud ocultos, que deterioran la calidad de vida, limitan la autonomía y repercuten en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual, incrementan el uso de recursos sociosanitarios y familiares, y conllevan un gran gasto económico.¹⁰

Por tales razones cabe resaltar la atención fisioterapéutica en el campo de la reeducación del SP, sus enfermedades y disfunciones, la metodología de trabajo y las diferentes técnicas que engloba el tratamiento fisiátrico.¹⁰ El tratamiento conservador, dentro de la fisioterapia, se considera el abordaje inicial y de preferencia en las DSP debido a su amplio campo de actuación, al bajo riesgo de efectos secundarios, a su carácter no invasivo y a la variedad de recursos de los que dispone, como son: diagnóstico de fisioterapia, educación y recomendaciones a los pacientes, intervenciones sobre el estilo de vida, modificación de la conducta, masaje perineal, electroestimulación, biofeedback, entrenamiento con balón rectal para la IF, conos vaginales, ejercicios de fortalecimiento, entrenamiento de la vejiga, ejercicios hipopresivos, etc. Estas ventajas hacen que se adopte también a nivel preventivo y como complemento en el preoperatorio y postoperatorio de pacientes candidatas a cirugía. La única limitación que presenta es la necesidad de motivación y perseverancia tanto por parte del paciente como del fisioterapeuta.^{8, 11, 14}

El entrenamiento muscular del SP es efectivo en mujeres que poseen los tres tipos de IU definidos.^{8, 12}

CONCLUSIONES

El tratamiento rehabilitador es útil para la recuperación del tono y la fuerza muscular de la región perineal y con ello se elimina la salida de orina y el uso de absorbentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez JC, Rodríguez EM, García JA, Pérez P, Pedroso I. Epidemiología de la disfunción de suelo pélvico. Estudio preliminar. Urod A. 2006; 19(4): 257-61.
2. Areces G, Manzano BR, Capote R. Protocolo de actuación del grupo de Suelo Pélvico en el Hospital Ramón González Coro de La Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Dic [citado 19 Sept 2014]; 36(4): 646-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400018&lng=es.
3. Casal M, Martínez JC. Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción del suelo pélvico. Investigaciones Medicoquirúrgicas [Internet]. 2012 [citado 02 Dic 2014]; 2(2): Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/50>
4. Pena JM, Rodríguez AJ, Villodres DA, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas UrolEsp [Internet]. 2007 Ago [citado 20 Sept 2014]; 31(7): 719-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000700004&lng=es.
5. Martínez JC, Rodríguez EM, Díaz D, Ros A, Abreu Y, García JA, et al. Evaluación del efecto de la magnetoterapia, la electroterapia y los ejercicios del suelo pélvico como tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Mar [citado 23 Oct 2014]; 8(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100016&lng=es

6. Barbado C. El suelo pélvico; una preocupación con 50 años de historia. Boletín del Instituto Internacional del Deporte y Ciencias Aplicadas [Internet]. 2014 [citado 13 Oct 2014]; Disponible en: <http://www.iidca.net/investigacion/articulos-cientificos/134-el-suelo-pelvico-una-preocupacion-con-50-anos-de-historia.html>
7. Martínez S, Ferri A, Patiño S, Viñas S, Martínez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Fisioterapia [Internet]. 2004 Feb [citado 13 Oct 2014]; 26 (5):266-80. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/entrevista-clinica-valoracion-funcional-suelo-pelvico-13065924-articulos-2004>
8. Tajuelo N. Entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria: revisión sistemática [tesis]. [Navarra]: Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios; 2013. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8064/Grado%20Fisioterapia%20Natalia%20Tajuelo.pdf?sequence=1>
9. Boletín INFAC. Actualización del tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. Otsaila [Internet]. 2006 Feb [citado 13 Oct 2014]; 14(2): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl01/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v14_n2.pdf
10. Maña M, Mesas A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. Enfermería clínica. 2002; 12(5):244-8
11. Rodríguez MS, García I, Romero MC, Pozuelo R. Enfoques actuales en la rehabilitación del suelo pélvico [Internet]. H.U. Virgen de Las Nieves de Granada. 2014 [citado 13 Oct 2014]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2014/ginecologia/enfoques_actuales_en_la_rehabilitacion_del_suelo_pelvico.pdf
12. Borges R, Ramón E. Reparación de los prolapsos de los órganos pélvicos con bandas de polipropileno preobturador. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Mar [citado 28 Oct 2014]; 37(1): 65-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100008&lng=es
13. Ferri A, Amostegui JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia [Internet]. 2004 Ene [citado 13 Oct 2014]; 26(5):249-65. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/prevencion-disfuncion-suelo-pelvico-origen-obstetrico-13065923-articulos-2004>
14. Starr J, Drobnis E, Lenger S, Parrot J, Barrier B, Foster R. Outcomes of a comprehensive nonsurgical approach to pelvic floor rehabilitation for urinary symptoms, defecatory dysfunction, and pelvic pain. FemalePelvicMedReconstrSurg. 2013;19:260-5.

Recibido: 17 agosto 2016

Aprobado: 2 noviembre 2016

Dra. Yaima Almanza Díaz. Centro Nacional De Rehabilitación Julio Díaz González; La Habana, Cuba. Email: almanzadiaz@infomed.sld.cu