

ISSN 1668-2793



**IECS**

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD  
CLINICA Y SANITARIA

---

REPORTE DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

***Resonancia nuclear magnética  
dinámica para la disfunción del piso  
pelviano***

**Dynamic magnetic resonance imaging in pelvic floor  
dysfunction**

Informe de Respuesta Rápida N°511

---

Ciudad de Buenos Aires / Argentina / [info@iecs.org.ar](mailto:info@iecs.org.ar) / [www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar)

Enero de 2017

*El Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) es una institución independiente, sin fines de lucro, formada por un grupo de profesionales provenientes de las ciencias médicas y de las ciencias sociales dedicados a la investigación, educación y cooperación técnica para las organizaciones y los sistemas de salud. Su propósito es mejorar la eficiencia, equidad, calidad y sustentabilidad de las políticas y servicios de salud.*

## **Autores**

Dr. Roberto Klappenbach

Dr. Ariel Bardach

Dr. Andrés Pichon-Riviere

Dr. Federico Augustovski

Dr. Sebastián García Martí

Dra. Andrea Alcaraz

Dr. Agustín Ciapponi

Dra. Analía López

Dra. Lucila Rey-Ares

**Financiamiento:** esta evaluación fue realizada gracias a los aportes de entidades públicas, organizaciones no gubernamentales y empresas de medicina prepaga para el desarrollo de documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

**Conflicto de interés:** los autores han indicado que no tienen conflicto de interés en relación a los contenidos de este documento.

**Informe de Respuesta Rápida:** este modelo de informe constituye una respuesta rápida a una solicitud de información. La búsqueda de información se focaliza principalmente en fuentes secundarias (Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias, revisiones sistemáticas y meta-análisis, guías de práctica clínica, políticas de cobertura) y los principales estudios originales. No implica necesariamente una revisión exhaustiva del tema, ni una búsqueda sistemática de estudios primarios, ni la elaboración propia de datos.

Esta evaluación fue realizada en base a la mejor evidencia disponible al momento de su elaboración. No reemplaza la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en tomar las decisiones apropiadas a la circunstancias del paciente individual, en consulta con el mismo paciente o sus familiares y responsables de su cuidado.

Este documento fue realizado a pedido de las instituciones sanitarias de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS.

**Versiones:** esta evaluación ha estado disponible por un período de 2 meses en una versión abierta a comentarios y sugerencias, realizados a través del siguiente link: [clic aquí](#). Habiendo finalizado dicho periodo, la misma ha sido reemplazada por esta versión definitiva, aunque se seguirán recibiendo comentarios en forma continua a través del mismo link.

### **Informe de Respuesta Rápida N° 511**

#### **Resonancia nuclear magnética dinámica para la disfunción del piso pelviano.**

**Fecha de realización:** Enero de 2017

ISSN 1668-2793

Copias de este informe pueden obtenerse del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tel./Fax: (+54-11) 4777-8767. [www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar) / [info@iecs.org.ar](mailto:info@iecs.org.ar)

**IECS** – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Derechos reservados. Este documento puede ser libremente utilizado solo para fines académicos. Su reproducción por o para organizaciones comerciales solo puede realizarse con la autorización expresa y por escrito del Instituto.

**DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS  
SANITARIAS Y ECONOMÍA DE LA SALUD**

**Dirección**

Dr. Andrés Pichón-Riviere  
Dr. Federico Augustovski

**Coordinación**

Dr. Sebastián García Martí  
Dra. Andrea Alcaraz

**Investigadores**

Dr. Ariel Bardach  
Dra. Viviana Brito  
Dr. Agustín Ciapponi  
Dra. María Calderón  
Lic. Daniel Comandé  
Dr. Lucas Gonzalez  
Dr. Roberto Klappenbach  
Dr. Akram Hernández Vásquez  
Dra. Natacha Larrea  
Dra. Analía López  
Dra. Cecilia Mengarelli  
Dr. Martín Oubiña  
Dra. Lucila Rey Ares  
Dra. Belén Rodriguez  
Dra. Anastasia Secco  
Lic. Mónica Soria  
Dra. Natalie Soto  
Dra. Elena Tapia López

**Para Citar este informe:**

Klappenbach R, Bardach A, Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alcaraz A, Ciapponi A, López A, Rey-Ares L. ***Resonancia nuclear magnética dinámica para la disfunción del piso pelviano.*** Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 511, Buenos Aires, Argentina. Enero 2017. Disponible en [www.iecs.org.ar](http://www.iecs.org.ar).

## RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DINÁMICA PARA LA DISFUNCIÓN DEL PISO PELVIANO

### CONCLUSIONES

Evidencia de muy baja calidad muestra que la resonancia nuclear magnética dinámica es similar o inferior a la video-defecografía, urodinamia u otros métodos diagnósticos utilizados en las patologías de la disfunción del piso pelviano.

Las guías de práctica clínica relevadas condicionan su uso principalmente a afecciones del compartimento posterior o medio, aunque sin establecer una superioridad con otros estudios por imágenes como la video-defecografía.

Algunas aseguradoras estadounidenses brindan cobertura de esta tecnología para casos complejos seleccionados, principalmente prolapsos recurrentes o durante una evaluación prequirúrgica.

## DYNAMIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PELVIC FLOOR DYSFUNCTION

### CONCLUSIONS

Evidence of very low quality shows that dynamic magnetic resonance imaging is similar or inferior to videodefecography, urodynamic testing or other diagnostic methods used in pelvic floor dysfunction disorders.

The clinical practice guidelines consulted limit its use mainly to posterior or middle compartment disorders; however its superiority to other imaging procedures such as videodefecography could not be determined.

Some American health sponsors cover this technology for complex cases, mainly recurrent prolapses or during preoperative assessment.

## 1. CONTEXTO CLÍNICO

La disfunción del piso pelviano (DPP) es un término que engloba a diversas patologías que tienen en común la debilidad músculo-aponeurótica del piso de la pelvis, afectando las funciones esfinterianas y/o de contención de los órganos urinarios, genitales o digestivos. La patogénesis de la DPP es multifactorial y está asociada a edad avanzada, parto vaginal, trauma obstétrico, embarazo, historia familiar, raza, obesidad, tabaquismo y constipación.<sup>1</sup> Se estima que el 50% de las mujeres multíparas mayores de 50 años padecen algún tipo de DPP que compromete significativamente su calidad de vida.<sup>2-5</sup> El 10% de las pacientes con DPP requiere cirugía, con casi un 30% de reoperaciones por recurrencias.<sup>6</sup>

La DPP se divide en anterior, media y posterior según cuál de los compartimentos anatómicos y órganos estén predominantemente afectados. Entre el 35% y 90% de los casos se compromete más de un compartimento.<sup>2-4,7</sup> Los diagnósticos más frecuentes según cada compartimento son: a) Anterior: incontinencia urinaria de stress y cistocele; b) Medio: prolapso genital y enterocele de la cúpula vaginal post-histerectomía; c) Posterior: rectocele, prolapso rectal, intususcepción recto-anal y anismo (ver Glosario en Anexo 1).

El diagnóstico habitual de la DPP varía según cada compartimento. En el compartimento anterior la historia clínica, el examen físico y el registro miccional suelen ser suficientes para el diagnóstico, aunque en ocasiones es útil complementar con la urodinamia. El prolapso de órgano pélvico se diagnostica con el examen físico, no obstante suele ser dificultosa la diferenciación del órgano contenido en el prolapso (especialmente los de la pared vaginal posterior o elitrocele), lo cual tiene importancia a la hora de planificar un tratamiento quirúrgico. Para estos casos, así como para la evaluación de la patología del compartimento posterior, el estudio patrón es la video-defecografía convencional por radioscopia. La video-defecografía es un estudio contrastado del recto, y habitualmente de la vejiga, vagina e intestino delgado (también llamado cisto-colpo-entero-defecografía), en el que se evalúa el comportamiento de los órganos pelvianos durante el pujo y la defecación en un inodoro radiolúcido. Otros estudios complementarios utilizados en la DPP son la ecografía perineal, la ecografía transrectal 360° y la manometría endorectal, entre otros.<sup>8</sup>

La resonancia nuclear magnética (RNM) dinámica de piso pelviano permite el estudio durante el pujo y la defecación, de todos los órganos pélvicos y de las partes blandas musculoso-aponeuróticas del piso de la pelvis. Tiene además las ventajas de no utilizar radiación ionizante y de generar menos pudor al paciente.

Se propone el uso de la RNM dinámica de piso pelviano para el diagnóstico de las patologías de la disfunción del piso pelviano.

## 2. TECNOLOGÍA

La técnica de RNM dinámica del piso pelviano varía en los diferentes reportes. Se utiliza un equipo de alta definición (1,5 tesla o superior), cerrado o abierto, con el paciente en decúbito dorsal y los miembros inferiores flexionados sobre un soporte. Previamente se aplica un enema con gel para contraste endorectal. La toma de imágenes se efectúa en reposo y durante el pujo y defecación, permitiendo realizar reconstrucciones animadas simulando un video. El estudio dura aproximadamente 20 minutos.<sup>5,9</sup>

Para la interpretación de las imágenes se utiliza un corte sagital durante el pujo máximo. Se trazan líneas de referencia y se realizan medidas (líneas pubococcígea, puborectal-hiata [línea H], el descenso muscular del piso pelviano [línea M] y ángulo anorectal) que permiten diagnosticar y estadificar la relajación del piso pelviano y el prolapso de los órganos pélvicos.<sup>5,9</sup>

## 3. OBJETIVO

Evaluar la evidencia disponible acerca de la eficacia, seguridad y aspectos relacionados a las políticas de cobertura del uso de la RNM dinámica de pelvis para la disfunción de piso pelviano.

## 4. MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas (incluyendo Medline, Cochrane y CRD), en buscadores genéricos de Internet, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y financiadores de salud utilizando la siguiente estrategia: (((pelvic OR vaginal OR uterus OR bladder OR rectum OR rectal OR bowel OR vagina OR urethra OR perineal OR perineum OR uterine OR cervix OR cervical OR vault OR genital OR urogenital) AND (descent OR prolapse)) OR ((uterine prolapse OR rectal prolapse OR cystocele OR rectocele OR enterocele OR proctocele OR sigmoidocele OR peritoneocele OR urethrocele OR cystourethrocele OR cysto-urethrocele))) AND ("dynamic imaging" OR "dynamic magnetic resonance imaging" OR "dynamic mr imaging" OR "mr imaging" OR "mr studies" OR "mr defecography").<sup>10</sup>

Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas (RS), ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs), evaluaciones de tecnologías sanitarias y económicas, guías de práctica clínica y políticas de cobertura de otros sistemas de salud cuando estaban disponibles.

## 5. RESULTADOS

Para el siguiente informe se incluyeron una revisión sistemática, cinco estudios de corte transversal, siete guías de práctica clínica y cuatro políticas de cobertura. Para su mejor análisis se muestran los resultados según el compartimiento anatómico considerado.

### Compartimento Anterior (incontinencia urinaria)

Macura y cols. publicaron en 2015 un estudio de corte transversal en el que incluyeron 21 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y diez personas sanas.<sup>11</sup> A todos los participantes se les realizó una RNM dinámica con bobinas endocavitarias (uretral y vaginal) comparado con urodinamia invasiva. Evaluaron a la RNM tanto para el diagnóstico de incontinencia como para establecer su causa (hipermobilidad uretral versus deficiencia del esfínter intrínseco de la uretra). Comparado con la urodinamia, la RNM dinámica mostró una sensibilidad del 80% y una especificidad del 70% para el diagnóstico de incontinencia. Dentro de los pacientes con incontinencia, la RNM dinámica tuvo una sensibilidad del 100% y especificidad del 89% para el diagnóstico de insuficiencia del esfínter, con un área bajo la curva de 0,94.

### Compartimento Medio (prolapso de órgano pélvico)

Broekhuis y cols. publicaron en 2009 una revisión sistemática sin meta-análisis en la que incluyeron diez estudios de corte transversal con 297 pacientes con prolapso de órgano pelviano y 101 voluntarias sanas.<sup>10</sup> Compararon la RNM dinámica con el examen clínico para el diagnóstico y la estadificación del prolapso. Encontraron importantes limitaciones metodológicas de los estudios incluidos debido a la variabilidad en los métodos utilizados y en el reporte de los datos, y al escaso poder de los estudios. Hallaron una concordancia alta entre la RNM y el examen clínico para los compartimentos anterior y medio, lo que resulta en un escaso valor agregado por parte de la RNM.

Cappabianca y cols publicaron en 2011 un estudio prospectivo de corte transversal en el que se incluyeron 1.142 pacientes con diagnóstico por video-defecografía de hernias de la línea media (prolapso de contenido intraabdominal que desciende a través de los órganos pelvianos) que accedieron a realizarse una RNM dinámica.<sup>12</sup> Aunque la especificidad de la RNM para el diagnóstico de omentoceles, sigmoideoceles y enteroceles fue del 100%, la sensibilidad fue del 95%, 82% y 65% respectivamente, mostrando una capacidad diagnóstica inferior a la video-defecografía.

Pannu y cols. publicaron en 2009 un estudio retrospectivo de 82 pacientes con prolapso de órgano pélvico a los que se les realizó una video-defecografía y una RNM.<sup>13</sup> La RNM fue sin contraste rectal en un subgrupo de 47 pacientes. La prevalencia de las distintas patologías con la video-defecografía y con todo el grupo de RNM fueron respectivamente: cistoceles 89% vs

80%, prolapsos vaginales 81% vs 56%, enteroceles 38% vs 24% y rectoceles 45% vs 37% (todos  $p < 0,05$ ). No hubieron diferencias en la prevalencia de las distintas patologías entre el subgrupo de RNM con contraste rectal y la video-defecografía, a excepción de enteroceles cuya prevalencia fue mayor con la video-defecografía (36% vs 19%,  $p < 0,01$ ).

### Compartimento Posterior

Pilkington y cols. publicaron en 2012 un estudio de corte transversal donde incluyeron 42 pacientes con patología del compartimento posterior a los cuales se les efectuó video-defecografía (sin contraste vesical) versus RNM dinámica.<sup>14</sup> El grado de acuerdo entre los dos estudios fue alto para rectocele y enterocele ( $\kappa$  0,69), moderado para anismo ( $\kappa$  0,49) y baja para intususcepción recto-anal ( $\kappa$  0,2). La RNM diagnosticó menos casos para todos los diagnósticos, excepto para anismo (RNM 18 vs video-defecografía 12 casos). En una encuesta de preferencia los participantes expresaron que repetirían cualquier estudio en caso de ser necesario; el 62% prefirió la RNM por ser menos vergonzosa, mientras que el 32% prefirió la video-defecografía por ser más cómoda para la evacuación.

Foti y cols. publicaron en 2013 un estudio de corte transversal de 19 pacientes con síndrome de obstrucción del tracto de salida, a los cuales se les realizó video-defecografía (sin contrastar vejiga ni vagina) y RNM dinámica.<sup>15</sup> La sensibilidad y especificidad de la RNM fue del 100% para hipotonía del esfínter, anismo, rectocele y enterocele. Para el prolapso rectal y descenso perineal la sensibilidad de la RNM fue del 90% y 28,6%, respectivamente. La RNM mostró 19 prolapsos de los compartimentos anterior y medio (tres peritoneoceles, 11 prolapsos cervicales y cinco prolapsos uterinos) no evidenciados por la video-defecografía.

### **Guías de práctica clínica**

La GPC del Colegio Estadounidense de Radiología (ACR, del inglés *American College of Radiology*) de 2015 sobre la evaluación imagenológica de la DPP establece la posible utilidad de la RNM dinámica en la disfunción defecatoria, el prolapso de órgano pélvico y la incontinencia urinaria, aunque en ningún caso con prioridad por sobre la video-defecografía o la ecografía.<sup>8</sup> La GPC de las Sociedades Europeas de Radiología Urogenital y de Radiología Abdominal y Gastrointestinal (ESUR y EESGAR, del inglés *European Society of Urogenital Radiology* y *European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology*, respectivamente) de 2016 sobre la utilidad de la RNM en la DPP menciona como las indicaciones más frecuentes al síndrome de obstrucción del tracto de salida, el prolapso de órgano pélvico posterior (rectocele, enterocele) y el prolapso recurrente.<sup>9</sup> Una revisión sobre DPP de la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Colorectales (ASCRS, del inglés *American Society of Colon and Rectal Surgeons*) menciona que la RNM dinámica es una alternativa a la video-defecografía relativamente nueva que se realiza solo en centros seleccionados.<sup>16</sup>



Las GPC de la Asociación Uroginecológica Internacional (UIGA, del inglés *International Urogynecological Association*) del 2008 y de la Asociación Europea de Urología (EAU, del inglés *European Association of Urology*) del 2016 no recomiendan el uso rutinario de imágenes en la incontinencia urinaria.<sup>17,18</sup>

La GPC de la Asociación Gastroenterológica Estadounidense (AGA, del inglés *American Gastroenterological Association*) de 2013 sobre constipación considera comparable la RNM dinámica y la defecografía.<sup>19</sup> La GPC del Colegio Estadounidense de Gastroenterología (ACG, del inglés *American College of Gastroenterology*) sobre enfermedades benignas ano-rectales de 2014 encuentra de utilidad similar a la RNM dinámica con la video-defecografía para constipación o con la ecografía para la incontinencia fecal.<sup>20</sup>

### **Políticas de cobertura**

Una guía clínica del Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia del Reino Unido (NICE, su sigla del inglés *National Institute for Health and Clinical Excellence*) recomienda no usar la RNM ni otros estudios por imágenes en la evaluación inicial de la incontinencia urinaria, así como tampoco la menciona en el manejo posterior especializado por grupos multidisciplinarios.<sup>21</sup>

La aseguradora privada estadounidense Aetna cubre la RNM dinámica sólo para prolapsos complejos<sup>22,23</sup>; la financiadora Cigna la cubre en la evaluación prequirúrgica o ante recurrencia de prolapsos, en casos seleccionados de incontinencia fecal previo a una cirugía y luego de realizar una manometría<sup>24</sup>, y UnitedHealthcare no cubre esta tecnología para esta indicación.<sup>25</sup>

### **Costos**

El costo al público de la RNM dinámica de piso pelviano oscila entre ARS 3.676 y 11.101 (pesos argentinos, enero 2017), lo que equivale a USD 232 y 702 (dólares estadounidenses, enero 2017), respectivamente. Comparativamente, el precio relevado de la video-defecografía es entre ARS 1.937 y 4.200, aunque cabe destacar la escasa oferta de este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Obregón Y LE, Saunero O AF. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2009;69:172-178.
2. Law YM, Fielding JR. MRI of pelvic floor dysfunction: review. *AJR. American journal of roentgenology*. 2008;191(6 Suppl):S45-53.
3. Ahmad AN, Hainsworth A, Williams AB, Schizas AM. A review of functional pelvic floor imaging modalities and their effectiveness. *Clinical imaging*. 2015;39(4):559-565.
4. Maccioni F. Functional disorders of the ano-rectal compartment of the pelvic floor: clinical and diagnostic value of dynamic MRI. *Abdominal imaging*. 2013;38(5):930-951.
5. Boyadzhyan L, Raman SS, Raz S. Role of static and dynamic MR imaging in surgical pelvic floor dysfunction. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*. 2008;28(4):949-967.
6. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics and gynecology*. 1997;89(4):501-506.
7. Maglinte DD, Kelvin FM, Fitzgerald K, Hale DS, Benson JT. Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction. *AJR. American journal of roentgenology*. 1999;172(2):439-444.
8. Pannu HK, Javitt MC, Glanc P, et al. ACR Appropriateness Criteria pelvic floor dysfunction. *Journal of the American College of Radiology : JACR*. 2015;12(2):134-142.
9. El Sayed RF, Alt CD, Maccioni F, et al. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction - joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group. *Eur Radiol*. 2016.
10. Broekhuis SR, Futterer JJ, Barentsz JO, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on dynamic magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse: the use of reference lines and anatomical landmarks. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2009;20(6):721-729.
11. Macura KJ, Thompson RE, Bluemke DA, Genadry R. Magnetic resonance imaging in assessment of stress urinary incontinence in women: Parameters differentiating urethral hypermobility and intrinsic sphincter deficiency. *World J Radiol*. 2015;7(11):394-404.
12. Cappabianca S, Reginelli A, Iacobellis F, et al. Dynamic MRI defecography vs. entero-colpocysto-defecography in the evaluation of midline pelvic floor hernias in female pelvic floor disorders. *International journal of colorectal disease*. 2011;26(9):1191-1196.
13. Pannu HK, Scatarige JC, Eng J. Comparison of supine magnetic resonance imaging with and without rectal contrast to fluoroscopic cystocolpoproctography for the diagnosis of pelvic organ prolapse. *Journal of computer assisted tomography*. 2009;33(1):125-130.
14. Pilkington SA, Nugent KP, Brenner J, et al. Barium proctography vs magnetic resonance proctography for pelvic floor disorders: a comparative study. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2012;14(10):1224-1230.
15. Foti PV, Farina R, Riva G, et al. Pelvic floor imaging: comparison between magnetic resonance imaging and conventional defecography in studying outlet obstruction syndrome. *La Radiologia medica*. 2013;118(1):23-39.
16. Kann BR. Pelvic Floor Dysfunction Expanded Version. Arlington Heights: American Society of Colon and Rectal Surgeons: <https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/pelvic-floor-dysfunction-expanded-version>. Accessed 01/03/2017.
17. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European urology*. 2012;62(6):1130-1142.
18. Burkhard FC UM, Berghmans LC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Nilsson CG, Tubaro A, Bedretdinova D, Farag F, Rozenberg BB. Urinary Incontinence Guidelines. In: Urology EAo, ed. The Netherlands2016: <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>. Accessed 12/28/2016.
19. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR, 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2013;144(1):218-238.
20. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *The American journal of gastroenterology*. 2014;109(8):1141-1157; (Quiz) 1058.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: management. London2015: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171/chapter/1-Recommendations#assessment-and-investigation>. Accessed 01/04/2017.
22. Aetna. Organ Prolapse: Selected Procedures. Hartford2016: [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/800\\_899/0858.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/800_899/0858.html). Accessed 01/04/2017.
23. Aetna. Defecography. Hartford2016: [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/800\\_899/0858.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/800_899/0858.html). Accessed 01/04/2017.

24. Cigna. Radiology Pelvis Imaging. Bloomfield 2016:  
<https://www.evicore.com/cignaclinicalguidelines/pelvis%20imaging%20guidelines-cigna.pdf>.  
Accessed 01/04/2017.
25. UnitedHealthcare. Gastrointestinal Motility Disorders, Diagnosis and Treatment. Hopkins 2016:  
[https://www.unitedhealthcareonline.com/ccmcontent/ProviderII/UHC/en-US/Assets/ProviderStaticFiles/ProviderStaticFilesPdf/Tools%20and%20Resources/Policies%20and%20Protocols/Medical%20Policies/Medical%20Policies/gastrointestinal\\_motility\\_disorders.pdf](https://www.unitedhealthcareonline.com/ccmcontent/ProviderII/UHC/en-US/Assets/ProviderStaticFiles/ProviderStaticFilesPdf/Tools%20and%20Resources/Policies%20and%20Protocols/Medical%20Policies/Medical%20Policies/gastrointestinal_motility_disorders.pdf).  
Accessed 01/04/2017.
26. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and urodynamics*. 2010; 29(1): 4-20.

## ANEXO 1.

### **Glosario de patologías en la disfunción del piso pelviano.**<sup>4,26</sup>

- *Incontinencia urinaria de esfuerzo*: pérdida involuntaria de orina asociado a esfuerzo físico.
- *Prolapso de órgano pélvico*: descenso de órganos pelvianos por las paredes de la vagina anterior (edrocele), posterior (elitrocele) o de la cúpula vaginal. Según el órgano que prolapsa se diferencian:
  - *Cistocele*: descenso de la vejiga por la pared anterior.
  - *Prolapso cervical o uterino*: descenso del cérvix o el útero.
  - *Prolapso de la cúpula vaginal*: descenso de la cúpula luego de una histerectomía.
  - *Rectocele*: descenso del recto por la pared posterior.
  - *Enterocele, sigmoideocele, omentocela, peritoneocele*: descenso de cualquiera de los órganos intraabdominales a través de la pared posterior.
- *Prolapso rectal*: invaginación de la pared rectal que sobresale el margen anal.
- *Intususcepción recto-anal o prolapso rectal incompleto*: invaginación de la pared rectal que no sobresale el margen anal.
- *Anismo o disinergia recto-anal*: ausencia o insuficiente relajación del músculo pubo-rectal durante la defecación.
- *Síndrome de obstrucción del tracto de salida u obstrucción fecal*: constipación severa debido a evacuación insuficiente durante la defecación, causada por rectocele, intususcepción recto-anal, prolapso rectal o anismo.
- *Síndrome de descenso perineal*: abombamiento perineal más de 3 cm de la línea pubo-coccígea.
- *Hernias de la línea media*: prolapso de contenido intraabdominal (omentoceles, sigmoideoceles, enteroceles, peritoneoceles) a través del espacio de Douglas, Retzius o retrorectal.