

Sub-Dirección General Médica
Hospital General "1° de Octubre".
I. S. S. S. T. E.

11217

130-A

20

ORLEAJE CERVICAL POSTPARTO PARA PREVENIR EL ECTROPIÓN.*

MC Carlos Alejandro Morales Varela.**

ORLEAJE CERVICAL POSTPARTO.

*Trabajo de investigación clínica para obtener el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina (División de Estudios de Postgrado). U. N. A. M.

Asesor: Dr. Julian Covarrubias de la Mota.

Médico Ginecoobstetra.

Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia del H. R.
"1° de Octubre" I. S. S. S. T. E.

**Médico residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "1° de Octubre", I. S. S. S. T. E., México, D. F.
Dirección: Olmos 44 Jardines de San Mateo, Naucalpan Edo. Méx.
360-41-29.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Conocemos que los traumatismos obstétricos son el principal mecanismo de producción del ectropión y que éste puede ser causante de una patología mayor (erosión cervicitis) por lo que realizamos este estudio encaminado a la profilaxis de éstas

En la presente investigación se revisaron 40 pacientes atendidas de parto eutócico a quienes se realizó orleaje cervical postparto, comparandose con 40 pacientes a quienes no se realizó mayor procedimiento que la atención del parto. Se citó a las pacientes a los 30 y 60 días en contrandose ectropión residual en 9 pacientes (22.5%) del grupo en estudio y en 22 pacientes (55%) del grupo testigo, tomándose en cuenta variantes similares para ambos grupos

Se comprobó la utilidad del Orleaje cervical postparto en la prevención del ectropión de origen traumático con la técnica que describimos.

SUMMARY.

It is know that obstetric trauma is the main cause of ectropión, and that this, in turn, in the future may be the cause of major pathology (erosion, cervicitis), due to which we realized this study en route to the prophylaxis of these

In the present investigation, we studied 40 patients delivered from eutocic birth, and to whom was realized continuous cervical suture postpartum, in comparison with 40 patients to whom no other procedure was realized except delivery. The patients were examined at 30 and 60 days postpartum with the findings of residual ectropión in 9 patients (22.5%) from the study group, and in 22 patients (55%) from the control group, taking into consideration similar variables for both groups.

The usefulness of continuous cervical suture postpartum with the technique described for the prevention of ectropion of traumatic origin was proven.

Palabras clave: Ectropión cervical. Cervicitis

INTRODUCCION.

Siendo las cervicitis el motivo de consulta más frecuente en nuestro medio y un factor predisponente para las mismas el ectropión, que entre sus diversos orígenes tiene los traumatismos cervicales durante el parto y tomando en cuenta lo que ésto significa en pérdidas de tiempo y costos es la profilaxis de estas lesiones un capítulo al que nos hemos dedicado y el presente trabajo constituye un intento de aportar una metodología que disminuya tal alteración.

Con el nombre de ectropión del cuello uterino se designa a la zona de color rojo brillante, de superficie lisa, granulosa o papilar, ubicada en uno o ambos labios del exocérnix y cuya extensión varía entre algunos milímetros y uno o más centímetros. Estas características macroscópicas la hacen aparecer como una pérdida de sustancia, esto es, como una erosión. Sin embargo, por la observación microscópica se comprueba que tiene revestimiento epitelial, por lo que se designa erróneamente como erosión.

El ectropión está cubierto por epitelio cilíndrico mucíparo proveniente del endocérnix, y tal desplazamiento epitelial, que ahora es exocervical se explica de diversas maneras:

Meyer afirmó en 1910, que el ectropión era la resultante obligada de un proceso inflamatorio endocervical (5). Según ésta concepción, la hipersecreción mucopurulenta, cargada de toxinas bacterianas, como consecuencia del proceso inflamatorio del conducto cervical, maceraba primero y provocaba después el desprendimiento del epitelio pavimentoso estratificado,

en las zonas que había estado en contacto con la secreción cervical - irritante. Al desprendimiento epitelial seguía una pérdida de sustancia y se constituía una erosión transitoria de muy corta duración, que casi inmediatamente se recubre por epitelio endocervical. Esta teoría - en la actualidad se ha visto desplazada con el concepto de que no es el ectropión una consecuencia obligada de un proceso inflamatorio, ya - que si bien las hay determinadas por ésta causa, también, y con frecuencia mucho mayor, responden a otras etiologías.

Otra explicación para la aparición del ectropión es la referida por - Hamper y cols. iniciada en 1958, quienes observaron tanto a mujeres sanas de diferentes edades, como a mujeres con ectropión, al igual que el ectropión de las embarazadas (4,5). De éstos estudios concluyeron al observar 853 úteros no seleccionados, que la ectopia se originaba por - prolapso de la mucosa endocervical.

En el caso de las gestantes, el ectropión se inicia con el embarazo y se extiende con el avance de éste, -al mismo tiempo que ocurre aumento cervical (4,5). Luego del parto, y si no existen desgarros o traumatismos cervicales, el útero involuciona y el cuello retorna a su volúmen normal, desapareciendo el ectropión en un lapso variable. Botella, señala que en el 50% de las gestantes aparece una ectopia cervical (1), debida a la acción de hormonas placentarias que provocan una metaplasia del epitelio estratificado del ectocérvix, el cual simula entonces al endocérvix. Considerando que tal ectropión cura espontáneamente en un lapso de 6 meses (1) por lo que no requiere de tratamiento alguno.

En estos casos de aparición de ectropión durante la gestación a diferencia de lo referido por Meyer, ocurre una eversión o ectropión - del endocérvix por aumento volumétrico del cuello inducido por el embarazo, hecho comprobado por Hamper y cols. (4,5) quienes midieron la longitud de la mucosa endocervical, tanto en gestantes como en pacientes sanas con ectopia cervical, resultando la misma medición en ambas. Concluyéndose así que: La mucosa endocervical no se extiende más allá de sus límites normales, ni tapiza una superficie mayor, sino que únicamente se desplaza hacia abajo, evertiéndose o ectropionándose (4,5). Lo que apoya que tanto el ectropión de mujeres gestantes como aquel que ocurre en pacientes de diferentes edades tiene la misma causal.

El desplazamiento del endocérvix tiene como única dirección hacia - abajo, ya que hacia arriba no es posible pues el miometrio compacto no lo permite, ni tampoco lo puede hacer hacia afuera pues las capas externas son rígidas por la existencia de gruesas fibras elásticas.

Como causales principales del ectropión tenemos, los procesos hormonales, como en las embarazadas o en las recién nacidas, en las que en ambos casos al cesar o disminuir la acción hormonal, fundamentalmente estrogénica el cuello disminuye su volúmen y el ectropión desaparece espontáneamente siempre y cuando no exista otro factor que lo perpetue, como probablemente ocurre en el ectropión congénito.

Los procesos inflamatorios dada la reacción histica que provocan determinan aumento de volúmen cervical, en su porción interna, y la mucosa y zonas vecinas que no hallan espacio suficiente dentro del conduc

to cervical, se evierten. Actuando de la misma manera las congestiones pélvicas crónicas y la hiperplasia constitucional de la mucosa endocervical.

Así mismo, es bien conocido que el ectropión es más comunmente debido a una eversión de una mucosa moderadamente hiperplásica durante el parto(2). Esto como causa de procesos traumáticos.

Los desgarros cervicales de etiología obstétrica se producen habitualmente en el curso de un parto normal o distócico.(3). Cuando el desgarrro es diagnosticado correctamente después de la expulsión del recién nacido y tratado adecuadamente, no deja secuelas. Pero en ocasiones falla la sutura o el desgarrro no es diagnosticado, esto último ocurre con mayor frecuencia durante el parto normal, ya que la mayoría de los tocólogos no hacen revisión sistemática del cérvix, olvidando que en un parto normal también puede ocurrir desgarrros del cuello que arrastren hacia afuera la mucosa del conducto.

En la actualidad el número de pacientes que acude a consulta por problemas inflamatorios de cérvix va en aumento, probablemente por un doble mecanismo, y en donde el cérvix sujeto a los cambios conocidos durante el embarazo que lo hacen susceptible, además de los movimientos fisiológicos ya señalados, a inflamación-infección los cuales se hacen más evidentes en el transcurso, con las modificaciones y sobre todo por las características de atención del mismo, que condicionan frecuentemente laceraciones, desgarrros, etc. que van a ser, seguramente en el futuro origen a procesos inflamatorios e infecciosos que terminen por cerrar el círculo.

Aunque se ha dicho (1), que el ectropión postparto es un proceso transitorio y al que no debe de efectuarsele tratamiento, en nuestra casuística, así como en la universal, es bien conocido el hecho de que al rededor del 70% o más de las pacientes que acuden a la consulta por cualquier diagnóstico, al explorarse se encuentra ectropión, el cual por fisiopatología tarde que temprano se va a evidenciar como patología siendo la más frecuente la cervicitis.

De ahí el interés de éste artículo en demostrar que al realizarse orleaje cervical en el postparto se mantendrá en sitio normal al endocérvix - no permitiéndose la formación de un ectropión que pudiese formar posteriormente una erosión verdadera.

MATERIAL Y METODOS.

A partir de octubre de 1987 a octubre de 1988, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "1º de Octubre" ISSSTE se estudiarán 80 pacientes escogidas al ázar que como criterio de inclusión se presentarán a atención de parto eutócico de más de 36 semanas de gestación - según la Regla de Naegele, dividiéndose en 2 grupos de 40 pacientes cada uno, distribuidas al ázar a los que se denominarán: Grupo A, a las que se efectuará orleaje cervical mediante la siguiente técnica: 1. con la paciente en litotomía y previa asepsia y antisepsia y posterior a la atención de parto eutócico y alumbramiento dirigido en forma espontánea se realizará revisión del canal de parto visualizándose el cérvix con las valvas de Doayen, tomándolo a las 6 y 12 con pinzas de Foester y haciendo tracción suave se procederá a revisarlo integralmente; 2. se realizará --

sutura de desgarros y laceraciones mayores de 1 cm. con surgete anclado de catgut atraumático del número 0.; 3. se realizará orleaje cervical iniciando con el mismo material en la línea media del labio anterior y entre 0.5cm y 1 cm. del borde libre, dando puntos anclados cada centímetro aproximadamente y a la misma distancia del borde referido, procurando invertir la mucosa y aproximar desgarros y laceraciones menores de 1 cm., así como evitándose efectuar demasiada tensión que pudiese condicionar isquemia, se termina anudando con el cabo inicial de la manera habitual. Esta maniobra en manos entrenadas no excede a los 5 minutos.; 4. Verificar la hemostasia y continuar con la episiorrafia de la manera habitual.

Al grupo B, grupo testigo, en quienes no se efectuará ningún procedimiento mayor, que la atención de parto eutócico y revisión de canal del parto para corroborar la ausencia de desgarros o laceraciones que requieran de atención, en cuyo caso deberán excluirse de este grupo. Este grupo servirá de testigo para comparar las ventajas del método.

A la totalidad de las pacientes se les citará a los 30 y 60 días posteriores al procedimiento para revisión ginecológica y comparación de resultados, mediante la simple observación directa. Se recopilarán datos y realizarán conclusiones.

La Totalidad del estudio se realizará por personal entrenado del área --tocoquirúrgica, bajo la supervisión directa de los investigadores responsables.

RESULTADOS.

Mediante un estudio longitudinal, prospectivo, en forma comparativa y de condición abierta, se observaron 80 pacientes, 40 dentro del Grupo A, a quienes se realizó Orleaje cervical postparto y 40 dentro del Grupo B o grupo testigo.

Las 40 pacientes del grupo A se encontraron en edades entre 17 y 37 con un promedio de 27 (cuadro I), todas se atendieron de parto eutócico con productos de peso promedio 3500gr de entre 2595 a 4075gr con media de 3335gr. El promedio de gestaciones fué de 11 y de paridades también de 11. (Cuadro II)

A todas se les realizó orleaje cervical postparto y se revisaron a los 30 y 60 días encontrándose finalmente ectropión residual en 9 pacientes (22.5%); 24 pacientes sin ectropión (60%) con epitelio íntegro; y 7 pacientes (17.5%) con epitelio en fase de resolución, con datos aún de erosión cervical sin ser un franco ectropión. (Cuadro III).

En éste grupo se encuentran métodos de control preconcepcional en un 60% (24 pacientes). (Cuadro IV).

Se encontró a la revisión cervical que presentaban desgarros o laceraciones cervicales 13 pacientes (32.5%) (Cuadro V).

Como comparación el Grupo B o testigo a quienes no se realizó ningún procedimiento mayor a la atención del parto, se encontró que tenían entre 18 y 35 años, con un promedio de 26, al igual que el grupo A todas se atendieron de parto eutócico con productos de peso promedio 3500gr de entre 2225gr (gemelar) y 4400gr con media de 3312gr. El promedio de gestaciones y paridades fué de 11. (cuadro II).

Se revisaron a los 30 y 60 días encontrándose finalmente, 22 pacientes (55%) con ectropión residual; 14 pacientes (35%) con epitelio cervical íntegro y; 4 pacientes (10%) con epitelio cervical en fase de resolución sin ser un franco ectropión. (Cuadro III).

En este grupo se encuentra un 65% de pacientes con uso de métodos de control preconcepcional. (Cuadro V).

En este grupo y como criterio de exclusión no hubo laceraciones ni desgarros cervicales.

DISCUSION.

Es conocido el hecho de que alrededor del 70% de las pacientes que acuden a consulta externa de ginecología presentan ectropión, el presente estudio ha podido comprobar los beneficios de la profilaxis en esta patología que tarde o temprano se manifestará como una erosión verdadera con sus consecuencias para la paciente y costos por parte de médicos e instituciones para su tratamiento.

El porcentaje de prevención y/o curación de ectropión en pacientes a quienes se realiza orleaje cervical postparto fué del 72.5% tomándose en cuenta aquellas a quienes al momento de la revisión al segundo mes del parto, se encontró características cervicales en fase de resolución hacia la epitelización normal, en comparación con el alto porcentaje (55%) de ectropión residual encontrado en las pacientes del grupo testigo. Ambos grupos tuvieron variantes similares que avalan el estudio, cómo fueron las gestaciones y paridades, la edad de las pacientes, el peso promedio de los productos y el uso previo o no de anticoncepción preconcepcional por

tiempos similares.

Así pues, el orleaje cervical realizado posterior al alumbramiento comprobó su utilidad en la prevención del ectropión de origen traumático.

De acuerdo a los resultados obtenidos y teniendo en mente nuestro objetivo principal que es preservar la salud de la paciente, todo procedimiento que de una u otra manera prevenga la aparición de patología y en éste caso de ectropión será de válida aceptación, para tal efecto proponemos -- llevar a cabo la siguiente metodología: 1. Revisión armada de todas las pacientes que acudan a la consulta para control de embarazo, independientemente de su edad gestacional y en caso de no existir contraindicación. Obvio es mencionar que dicha exploración no puede dejar de efectuarse en todas y cada una de las pacientes que acuden a consulta ginecológica.

2. Observación específica e intencionada de las características cervicales y la secreción encontrada; 3. Toma de muestras para estudio colpocitológico de la secreción cervicovaginal (Papanicolau); 4. Tratamiento específico en los casos que resulten alterados y seguimiento de los mismos; 5. Como complemento de la vigilancia prenatal, interrogatorio específico sobre dispareunia, flujo, manchado o hemorragia transvaginal si o no coital con diagnóstico y tratamiento de acuerdo a hallazgos; 6. Atención adecuada del parto, evitar tactos repetidos, maniobras sobre el cérvix y dilatación forzada que puedan condicionar lesión; 7. Revisión del canal vaginal rigurosa y meticulosamente, buscando desgarros y laceraciones que ameriten sutura; 8. Orleaje cervical en condiciones propicias; 9. Vigilancia posterior al terminar el puerperio y tratamiento de las lesiones persistentes.

Cuadro I.

Edades	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Ectropión	1	2	1	2	3
Gpo A. Integro	1	8	7	8	0
En Resolución	0	2	3	2	0

Ectropión	1	7	11	2	1
Gpo B. Integro	1	5	6	2	0
En Resolución	0	0	2	2	0

Cuadro II.

Gestas	Ectropión				Integro				En resolución						
	1	2	3	4,5	1	2	3	4,5	1	2	3	4,5			
Gpo A	3	1	0	14	9	9	4	10	1	2	3	0	1		
Gpo B	7	6	8	10	4	7	2	10	1	3	0	0	0		

Paras															
Gpo A	3	1	1	2	2	11	9	4	0	0	1	3	3	0	0
Gpo B	9	8	5	1	0	6	6	2	0	0	3	1	0	0	0

Cuadro III.

	Ectropión	Integro	En resolución
Gpo A	9 (22.5%)	24 (60%)	7 (17.5%)
Gpo B	22 (55%)	14 (35%)	4 (10%)

Cuadro IV.

Métodos de Control	DIU	Locales	Orales	Inyect.	Comb.	No
Gpo A	14	1	10	5	6	16
Gpo B	8	10	4	3	5	20

Cuadro V.

Desgarros.

	Ectropión	Integro	En resolución	Total
Gpo. A	3	8	2	13

BIBLIOGRAFIA.

1. Botella Llusfa, J.; Clavero Nuñez JA.: Tratado de Ginecología. Tomo I Fisiología Femenina. 11a. Edición. Barcelona. Ed. Científico-Médica 278. 1977.
2. Glukhovets, BI.; Mirov, IM.; Glukhovets, NG.; Avdeer, IuV.; Konovalov, PA.: Pathogenetic characteristics of cervical erosion in puerperae. Arkh Patol. 49 (8), 52-8. 1987.
3. González Merlo, J.: Enfermedades del cuello uterino. en "Ginecología". 3a. Edición. Barcelona. Editorial Salvat. 296-301. 1983.
4. Hamperl, H.; Kaufmann, K.: The cervix uteri at different ages. Obst & Gynecol. 14.621. 1959.
5. Hamperl, H.; Kaufmann, K.; Ober, KG.; Schneppenheim, P.: Die Erosion der Portio. Virchow's Arch. 331. 51. 1958.
6. Meyer, R.: Die Erosion un Pseudoerosion der Erwachsenen. Arch Gynäk. 91. 579-658. 1910.