



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4
'Dr. Luis Castelazo Ayala'

'PROLAPSO DE CUPULA Y ENTEROCELE POSTHISTERECTOMIA'

TESIS DE POSTGRADO

DRA. ELVA FUENTES CAMARENA



I.M.S.S.

Handwritten signature
Coordinador: Dr. Sebastian Iris de la Cruz

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

# I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	6
ANATOMIA Y PATOFISIOLOGIA	7
ANTECEDENTES HISTORICOS	18
CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO	23
TRATAMIENTO	25
PROFILAXIS	38
MATERIAL Y METODOS	40
RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFIA	61

## INTRODUCCION:

Á MEDIDA QUE EL TIEMPO PASA, EL GINECOLOGO NOTA QUE SU PRACTICA QUIRURGICA ES CADA VEZ MAYOR EN LAS PACIENTES DE EDAD AVANZADA, COMPROBANDOSE EN QUE LAS MANIFESTACIONES GINECOLOGICAS MÁS COMUNES DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS, SON OCASIONADAS POR LA RELAJACIÓN PÉLVICA.

EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RECONSTRUCTIVO GENITAL HAY UNA INCIDENCIA APRECIABLE EN LA FALLA DE LA TÉCNICA, SIN EMBARGO ERRONEAMENTE SE HA CONSIDERADO EL PROLAPSO DE CÚPULA Y ENTEROCELE COMO COMPLICACIÓN DE HISTERECTOMÍA VAGINAL, YA QUE EXISTEN FACTORES IMPREDECIBLES (INFECCIÓN, HEMATOMA) E INEVITABLES (EDAD AVANZADA, TEJIDOS POBRES Y CICATRICES DE CIRUGÍA PREVIA).

LA RECONSTRUCCIÓN QUIRURGICA DEL PROLAPSO DE CÚPULA Y ENTEROCELE ES DE DÍFICIL MANEJO PARA EL GINECOLOGO CUANDO SE INTENTA MANTENER LA FUNCIÓN VAGINAL SEXUAL NO OBSTANTE A QUE LOS FACTORES QUE SOPORTAN LOS ÓRGANOS ESTRUCTURALES HAN FALLADO.

ESTÁ BIEN ESTABLECIDO QUE EL CONOCIMIENTO ANATÓMICO NOS AYUDA A REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN QUE HAYA SANGRADO Ó HEMATOMAS Y PARA LOCALIZAR ADECUADAMENTE EL SITIO DE COLOCACIÓN DE PUNTOS DE SUTURA, POR LO QUE INICIAREMOS EL DESARROLLO DE ÉSTE TRABAJO CON LA DESCRIPCIÓN ANATÓMICA DIRIGIDA A LOS MEDIOS DE SOSTÉN, VAGINA Y PERINÉ, INERVACIÓN E IRRIGACIÓN ASÍ COMO SU PATOFISIOLOGÍA.

## ANATOMIA DE GENITALES Y PERINE DE LA MUJER

### UTERO

ESTÁ CONSTITUIDO POR EL CUERPO, ISTMO Y CERVIX, SE ENCUENTRA SOSTENIDO POR REPLIEGUES PERITONEALES QUE CONTIENE EN SU INTERIOR A LOS LIGAMENTOS VERDADEROS: LIGAMENTOS ANCHOS, LIGAMENTOS REDONDOS, LIGAMENTOS UTERO SACROS Y DE MACKENRODT. EN SU FIJACIÓN TAMBIÉN TOMAN PARTE LA CUPULA Y LOS MUSCULOS DE PERINEO.

LIGAMENTO ANCHO.-TIENE FORMA CUADRANGULAR, CON DOS CARAS Y CUATRO BORDES: EL BORDE INTERNO CORRESPONDE AL BORDE UTERINO, CONTIENE EN SU INTERIOR A LA ARTERIA UTERINA Y AL PLEXO VENOSO, EN SU BORDE EXTERNO SE RELACIONA CON LA PARED LATERAL DE LA PELVIS, EL BORDE INFERIOR CON EL PISO DE LA MISMA Y EL SUPERIOR CON LA TROMPA UTERINA, LA CARA POSTERIOR SE ENCUENTRA EN RELACIÓN CON EL RECTO, LLEVANDO EN SU PARTE MAS ALTA LOS REPLIEGUES DE LOS LIGAMENTOS UTEROOVÁRICOS, LA CARA ANTERIOR, VUELTA HACIA ADELANTE Y ABAJO SE RELACIONA CON LA VEJIGA Y EN LA PARTE MAS ALTA PRESENTA EL LEVANTAMIENTO DEL LIGAMENTO REDONDO, EL BORDE SUPERIOR A PARTIR DEL CUERNO UTERINO PRESENTA TRES REPLIEGUES QUE DIVERGEN HACIA AFUERA, LLAMÁNDOSELE ALETAS DEL LIGAMENTO ANCHO, EL ANTERIOR FORMADA POR EL LIGAMENTO REDONDO, LA MEDIA POR LA TROMPA UTERINA Y LA POSTERIOR POR EL LIGAMENTO UTEROOVÁRICO Y LA INSERCCIÓN DEL HILIO DEL OVARIO SOBRE EL LIGAMENTO ANCHO.

DEBAJO DE LA SEROSA PERITONEAL QUE CUBRE A LOS LIGAMENTOS ANCHOS SE ENCUENTRAN UNOS FASCÍCULOS MUSCULARES QUE FORMAN UN ARMazón Y QUE SE FIJA FIRMEMENTE AL PERITONEO EN LA PARTE SUPERIOR, PARTE DEL LIGAMENTO INFUNDIVULOPÉLVICO Y LLEGAN HASTA EL CUERPO UTERINO, FORMANDO EN SU PARTE INFERIOR UNA VERDADERA MEMBRANA FIBROSA, A LA QUE SE UNEN ELEMENTOS MUSCULARES, LLAMÁNDOSE MESOMETRIO.

LIGAMENTO REDONDO.- ESTOS SON UNOS CORDONES REDONDEADOS, QUE SE EXTIENDEN DE LOS ANGULOS LATERALES DEL UTERO AL CONDUCTO INGUINAL Y AL PUBIS, FORMAN LA LAETA ANTERIOR DEL LIGAMENTO ANCHO, LLEGAN AL ORIFICIO PROFUNDO DEL CONDUCTO INGUINAL, PASANDO INMEDIATAMENTE ANTES SOBRE EL CAYADO DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA CUANDO ESTA CAMBIA DE DIRECCIÓN, RECORRE EL CANAL INGUINAL INSERTÁNDOSE SUS HACES EN LA ESPINA DEL PUBIS, LA SINFISIS Y EL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE LOS LABIOS MAYORES Y EL MONTE DE VENUS.

LIGAMENTO UTEROSACROS Y DE MACKENRODT.- ESTOS VAN DE LA CARA POSTERIOR DEL CUELLO UTERINO EN LOS LIMITES DEL ISTMO A LA CARA ANTERIOR DEL SACRO, RODEAN AL RECTO, INSERTÁNDOSE EN SU PARTE POSTERIOR A LA SEGUNDA O TERCERA VERTEBRA SACRA Y EN OCASIONES A LA PRIMERA, SON REPLIEGUES CON UNA CARA SUPERIOR Y OTRA INFERIOR, CON UN BORDE EXTERNO QUE SE CONFUNDE CON EL PERITÓNEO PARIETOPÉLVICO, EL BORDE INTERNO CONCAVO SE RELACIONA CON EL RECTO, SE ENCUENTRAN CONSTITUIDOS POR EL TEJIDO CELULAR QUE SE CONDENSA HASTA FORMAR UNA MEMBRANA.

CONTIENE EN SU PORCIÓN SUPERIOR FIBRAS MUSCULARES LISAS Y EN LA INFERIOR AL GANGLIO HIPOGÁSTRICO Y PROFUERA A LOS VASOS LINFÁTICOS Y VENOSOS, CONTRIBUYE A LA FIJACIÓN DEL ÚTERO A LA VAGINA ENVAINÁNDOSE ESTA EN ÉL.

ESTAS ESTRUCTURAS SE HALLAN RODEADAS A ESTE NIVEL POR TEJIDO CELULAR SUBPERITONEAL QUE SE EXTIENDE DE AQUÍ A LAS PAREDES PÉLVICAS LATERALES CONSTITUYENDO EL LIGAMENTO TRANSVERSO DE MACKENRODT, SE FIJA TAMBIÉN AL SACRO Y AL PUBIS CONSTITUYENDO LAS APONEUROSIS SACRORECTALES DE DELBET.

## VAGINA

ES UN CONJUNTO MUSCULO MEMBRANOSO IMPAR Y CENTRAL QUE CONTINUA POR ABAJO EN LA CAVIDAD UTERINA Y VA A ABRIRSE A LA VULVA.

SU PRINCIPAL PAPEL ES SER EL ÓRGANO EN LA COPULACIÓN RECIBIENDO AL PENE EN EL MOMENTO DEL COITO.

LA DIRECCIÓN DE LA VAGINA FORMA UN ÁNGULO DE 60° 70° (8) CON LA HORIZONTAL EN LA MUJER EN BIPEDESTACIÓN. SU OPACIFICACIÓN RADIOLÓGICA MUESTRA QUE SU DIRECCIÓN ES HACIA ARRIBA Y ATRÁS HACIA LA TERCERA Y CUARTA VERTEBRA SACRA.

SU LONGITUD ES DE 7 A 8 CMS. X 2.4-2.5 CMS. DE ANCHO, ENCONTRANDO DIFERENCIAS NOTABLES DEBIDO A LA EDAD, A LAS RELACIONES SEXUALES O AL PARTO. CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA DE ESTRECHEZ VAGINAL RESULTA UNA INCOMODIDAD MAYOR O MENOR AL COITO.

SE DIVIDE EN DOS PORCIONES: LA INTRAPÉLVICA Y LA INTRAPERINEAL.

EN LA PORCIÓN INTRAPÉLVICA LA VAGINA SE ENCUENTRA CONTENIDA EN UNA ESPECIE DE CELDA: EL COMPARTIMIENTO VAGINAL, LIMITADO POR DELANTE POR LA VEJIGA PROLONGADA POR LA URETRA, POR ARRIBA SE CONTINUA CON LA CELDA UTERINA Y CON EL ESPACIO QUE LIMITA LAS HOJAS DE LIGAMENTO ANCHO Y POR ABAJO ESTÁ CERRADA POR LA ADHERENCIA DE LA VAGINA CON EL PERINEO.

SUS MEDIOS DE SOSTÉN SON: POR ARRIBA POR SUS CONEXIONES CON EL CUELLO UTERINO Y CON EL TEJIDO CELULAR PELVISUBPERITONEAL, CUYOS TRACTOS FIBROMUSCULARES ESPECIALMENTE RESISTENTES A ESTE NIVEL SE INSERTAN EN PARTE EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR CONDUCTO VAGINAL.

POR DELANTE Y POR DETRÁS: CON URETRA Y VEJIGA Y CON RECTO RESPECTIVAMENTE. POR ABAJO EL PRINCIPAL POR LA ADHERENCIA HASTA LA FUSIÓN QUE EXISTE CON LA APONEUROSIS MEDIA Y EL MÚSCULO TRANSVERSO PROFUNDO DEL PERINEO POR UNA PARTE Y EL EXTREMO INFERIOR DE LA VAGINA POR OTRO.

SUS RELACIONES CON LA PARED LATERAL DERECHA E IZQUIERDA CORRESPONDE DE ARRIBA A ABAJO:

- A) ESTÁ EN RELACIÓN A ESTE NIVEL CON LOS VASOS Y NERVIOS QUE PASAN POR ESTE ESPACIO Y EN PARTICULAR CON LOS PLEXOS VENOSOS VESICO-VAGINALES.
- B) A LA APONEUROSIS PERINEAL SUPERIOR Y AL ELEVADOR DEL ANO Y POR MEDIO DE ESTE MUSCULO, A LA PROLONGACIÓN ANTERIOR DE LA FOSA ISQUIO RECTAL.
- C) A LOS FASCÍCULOS MAS INTERNOS DEL ELEVADOR QUE SIN TOMAR INSERCCIÓN EN LA VAGINA SE ADHIERE INTIMAMENTE AL TEJIDO CELULAR CADA VEZ QUE SE CONTRAE. POR DEBAJO DEL ELEVADOR, LA VAGINA SE FUSIONA CON LOS PLANOS DEL PERINEO.

EL EXTREMO SUPERIOR DE LA VAGINA SE INSERTA EN EL CUELLO UTERINO EN LA UNIÓN DE LOS TERCIOS SUPERIORES CON EL TERCIO INFERIOR DEL CERVIX. EL CANAL CIRCULAR QUE RESULTA DE LA INSERCCIÓN DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DE LA VAGINA SOBRE EL CONTORNO DEL CUELLO SE DESIGNA CON LOS NOMBRES DE BÓVEDA CUPULA O TAMBIÉN FONDO DE SACO DE LA VAGINA.

EN EL EXTREMO INFERIOR LLAMADA PORCIÓN INTRA-PERINEAL DE LA VAGINA DONDE SE ENCUENTRA EL ESPESOR DE LA APONEUROSIS MEDIA ADHERIENDOSE INTIMAMENTE A LAS HOJILLAS FIBROSAS Y AL MÚSCULO QUE CONSTITUYEN POR CONJUNTO ESTA APONEUROSIS, ES LA PORCIÓN MAS ESTRECHA Y MENOS DILATABLE DEL CONDUCTO VAGINAL. SE RELACIONA POR DELANTE CON LA URETRA TERMINAL QUE LA SEPARA DE LA SINFISIS DEL PUBIS. A LOS LADOS POR LOS VASOS Y NERVIOS PUDENDOS INTERNOS Y RAMAS ISQUIOPÙBICAS Y POR DETRÁS CON EL NÚCLEO FIBROMUSCULAR DEL PERINEO QUE LA SEPARA DEL RECTO.

LA IRRIGACIÓN VAGINAL ES POR:

ARTERIA VAGINAL: RAMA DE LA HIPOGÁSTRICA, VESICO VAGINALES: RAMA DE LA UTERINA, ARTERIA VESICAL INTERIOR, HEMORROIDAL MEDIA Y PUDENDA INTERNA.

EL DRENAJE VENOSO ES POR LA VENAS VAGINALES, LAS CUALES FORMAN A CADA LADO DE LA VAGINA EL PLEXOVAGINAL, QUE COMUNICA AMPLIAMENTE CON LOS PLEXOS VECINOS (PLEXO UTERINO, VESICAL Y PERIRECTAL.

LA INERVACIÓN VAGINAL PROCEDE DEL PLEXO HIPOGÁSTRICO Y DEL NERVIIO PUDENDO INTERNO, ANTES DE PENETRAR EN LA PARED DEL CONDUCTO, FORMAN ALREDEDOR DEL MISMO Y EN TODO SU CONTORNO, UN PLEXO, EL PLEXO PERIVAGINAL.

## PERINEO

EL PERINEO ES UN DIAFRAGMA MUSCULOAPONEURÓTICO QUE CIERRA POR ABAJO LA EXCAVACIÓN PÉLVICA, COMPRENDIDO DEL ANGULO SUBPUBIANO AL COCCIX Y DE UN ISQUION A OTRO, ABARCA DE UNA SUPERFICIE ROMBOIDEA QUE SE DIVIDE EN TRES PARTES POR LA LINEA BISQUIÁTICA, LA CUAL SEPARA UNA PORCIÓN SITUADA POR DELANTE DE DICHA LINEA, PERINEO ANTERIOR O UROGENITAL Y OTRAS POR DETRAS, PERINEO POSTERIOR O ANAL, LAS DOS DE FORMA TRIANGULAR UNIDAS POR SUS BASES.

PARA ESTUDIAR EL PERINEO SE CONSIDERARAN PRIMERO LOS MUSCULOS Y DESPUES SUS APONEUROSIS.

MUSCULOS DEL PERINEO.- ESTÁN DISPUESTOS EN TRES PLANOS EL SUPERFICIAL QUE COMPRENDE EL MUSCULO TRANSVERSO SUPERFICIAL DEL PERINEO, EL BULBOCARVERNOSO Y EL IZQUIOCARVERNOSO PARA EL PERINEO ANTERIOR, Y EL ESFINTER EXTERNO DEL ANO PARA EL PERINEO POSTERIOR. EL PLANO MEDIO ESTÁ COMPUESTO POR EL TRANSVERSO PROFUNDO Y POR ÚLTIMO, EL PLANO PROFUNDO SE HALLA COMPUESTO POR EL ELEVADOR DEL ANO Y EL ISQUIOCOCCIGEO.

APONEUROSIS DEL PERINEO: EXISTEN TRES APONEUROSIS:

APONEUROSIS PERINEAL SUPERFICIAL.- ES DELGADA Y SE INSERTA EN LABIO ANTERIOR DE LA RAMA ISQUIOPUBIANAS, SU BORDE POSTERIOR SE REFLEJA A NIVEL DEL MUSCULO TRANSVERSO SUPERFICIAL PARA CONFUNDIRSE CON LA APONEUROSIS PERINEAL MEDIA, SU VERTICE SE CONFUNDE CON LAS FORMACIONES CELULARES DEL MONTE DE VENUS Y EN SU PARTE MEDIA PRESENTA UN ORIFICIO VULVOVAGINAL CUYOS BORDES SE INSERTAN EN LAS PAREDES DE LA VULVA.

APONEUROSIS PERINEAL MEDIA.- SE INSERTA POR FUERA DE LAS RAMAS ISQUIOPÚBICAS Y ESTAN CONSTITUIDAS POR DOS HORAS QUE CONTIENE EL MUSCULO TRANSVERSO PROFUNDO POR DELANTE SE UNE A LA CARA ANTERIOR DE LA URETRA ALOJA EN SU INTERIOR VASOS Y NERVIOS PUDENDOS INTERNOS Y ESTA ATRAVESADO EN LA LINEA MEDIA POR LA URETRA Y LA VAGINA.

APONEUROSIS PERINEAL PROFUNDA.- TAMBIÉN LLAMADA APONEUROSIS PELVIANA, CUBRE TANTO AL PERINEO Y EN SU RAMA HORIZONTAL CONTINUA POR EL BORDE INTERNO Y POSTERIOR DEL CANAL SUBPUBIANO, ALCANZA DESPUES LA LINEA INOMINADA DONDE SE INSERTA Y LLEGA A LA SINFISIS SACROILIACA, AQUI DESCENDE HACIA LA ESCOTADURA CIATICA MAYOR, ALCANZA AL PIRAMIDAL PARA ABORDAR LA PRIMERA VERTEBRA SACRA QUE LIMITA POR ARRIBA EL ORIFICIO POR DONDE SALEN LOS VASOS Y NERVIOS GLUTEOS SUPERIORES. HACIA ADENTRO, LA APONEUROSIS DESPUÉS DE CUBRIR EL ELEVADOR DEL AÑO SE FIJA DESPUÉS A LA APONEUROSIS HACIA ABAJO (APONEUROSIS PERINEAL MEDIA) Y CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN DE LA APONEUROSIS PUBORECTAL.

LAS GLANDULAS VESTIVULARES MAYORES DE BATHOLIN SE ENCUENTRAN EN EL INTERVALO EXISTENTE ENTRE EL MUSCULO ISQUIOCAVERNOZO Y EL BULVOCAVERNOZO.

## INERVACION E IRRIGACION DEL PERINE

ES DADA POR EL NERVIYO Y ARTERIA PUDENDOS INTERNOS, ORIGINÁNDOSE EL PRIMERO DEL 2, 3, 4 SEGMENTOS SACROS Y LA SEGUNDA EN LA DIVISIÓN ANTERIOR DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA. AMBOS ABANDONAN LA PELVIS POR LA ESCOTADURA CIÁTICA MAYOR, PASAN EN SENTIDO LATERAL AL LIGAMENTO SACROESPINOSO Y PENETRAN NUEVAMENTE A TRAVES DEL AGUJERO CIÁTICO MENOR PARA CONTINUAR EL RECORRIDO A LO LARGO DE LA PARED LATERAL DE LA FOSA ISQUIORRECTAL EN UN ESPACIO FACIAL DENOMINADO CONDUCTO DE ALCOCK, DONDE SE DIVIDEN DE LA SIGUIENTE FORMA:

HEMORROIDAL INFERIOR  
(PARA REGIÓN ANAL)

NERVIYO PUDENDO

NERVIYO PERINEAL

NERVIYOS LABIALES POSTERIORES.

NERVIYO PERINEAL PROFUNDO  
(PARTE ANT. PISO PÉLVICO)

NERVIYO DORSAL DEL CLÍTORIS

## IRRIGACION

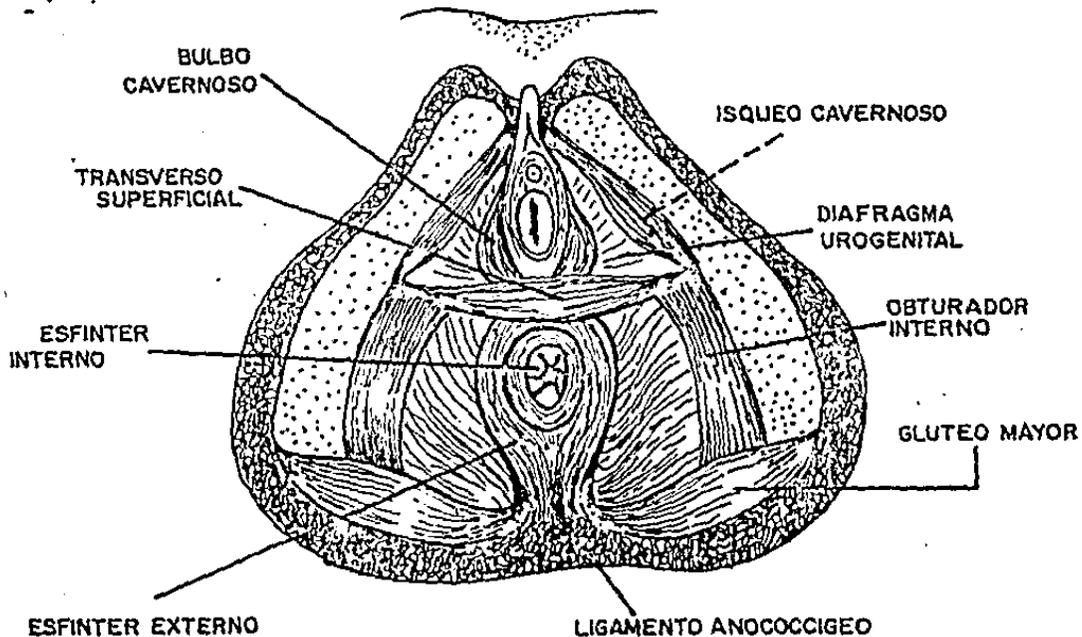
	-HEMORROIDAL INFERIOR
	-ARTERIA PERINEAL: ARTERIA PERINEAL TRANSVERSA (A MUSCULATURA PERINEAL)
ARTERIA PUDENDA INTERNA:	ARTERIA LABIAL POSTERIOR (LABIOS VULVARES)
	-BULVOCAVERNOSOS.
	-ARTERIA DORSAL DEL CLÍTORIS

### PATOFISIOLOGIA:

ESTÁ BIEN ESTABLECIDO QUE EL EJE NORMAL ES SIEMPRE HORIZONTAL Y ES SUJETADO POR UN MUSCULO DEL ELEVADOR DEL ANO INTACTO. LA VAGINA DESCANSA PARALELAMENTE AL MÚSCULO DEL ELEVADOR DEL ANO Y NO DIRECTAMENTE SOBRE EL HIATO DEL ELEVADOR PÉLVICO, DURANTE EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ABDOMINAL EL MÚSCULO DEL ELEVADOR Y LA FASCIA ENDOPELVICA, (LIGAMENTOS Uterosacros y Cardinal) SUJETAN AL CERVIX Y VAGINA EN SU POSICIÓN, EL ESTRECHAMIENTO Y LACERACIÓN DE DICHAS ESTRUCTURAS PUEDE RESULTAR EN UN PROLAPSO VAGINAL.

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS MÁS FRECUENTES INCLUYEN EL TRAUMA DEL TRACTO REPRODUCTIVO, ATENUACIÓN Ó ATROFIA MENOPAUSICA CON UNA CONSECUENTE DISMINUCIÓN DE LA INTEGRIDAD DEL MÚSCULO DEL ELEVADOR DEL ANO Y DE LA FASCIA ENDOPELVICA. CUANDO ESO ES MAYOR, LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL CAUSA PERDIDA DE LA POSICIÓN HORIZONTAL DE LA VAGINA, Y EL UTERO Y LA VAGINA QUE SE EXTIENDEN SOBRE EL HIATO PELVICO CONDUCCEN AL PROLAPSO.

# MUSCULOS DEL PISO PELVICO



## ANTECEDENTES HISTORICOS

LA HISTERECTOMÍA TANTO ABDOMINAL COMO VAGINAL, SON LOS PROCEDIMIENTOS MAS COMUNMENTE EMPLEADOS EN LA CIRUJIA GINECOLOGICA. EXPERIMENTANDO MULTIPLES CAMBIOS A PARTIR DEL PRIMER REPORTE CONOCIDO REALIZADO POR FREUD EN 1878 Y DEL CUAL SE DESCONOCEN LOS ASPECTOS DE MORBIMORTALIDAD, STIMPSON EN 1889 Y POLK EN 1892 HICIERON MODIFICACIONES A LA TÉCNICA, EN RELACION A LOS PUNTOS DE LA CUPULA VAGINAL.

WERTHEIM EN 1901, PROPUSO DEJAR LA CUPULA ABIERTA.

MASSON EN 1927 Y GRAVES EN 1928, PRACTICARON LA TÉCNICA EN T DE LA FASCIA, CON SUTURA ESPECIAL EN LA COMISURAS VAGINALES Y DEJANDO UN DRENAJE EN EL FONDO DEL SACO.

BURCH EN 1955 CIERRA LA VAGINA COMPLETAMENTE.

SIN EMBARGO, AÚN, CUANDO A TRAVES DEL TIEMPO SE HA LLEGADO A UN GRAN PERFECCIONAMIENTO DE LAS TÉCNICAS QUIRURGICAS Y ANESTESICAS, ASÍ COMO CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS, LA MORBILIDAD PRODUCTO DE ESTA INTERVENCIÓN CONTINUA SIENDO OBJETO DE UN ESTUDIO POR PARTE DEL CIRUJANO CON EL AFAN DE DISMINUIR LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO (17).

GRAY (12) EN 1982, ENCONTRÓ EN UNA REVISIÓN DE \_  
LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS SOBRE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL, UNA \_  
DISMINUCIÓN IMPORTANTE EN LA MORBILIDAD INFECCIOSA, SIEN-  
DO EN UN PORCENTAJE DEL 20% APROXIMADAMENTE, ASÍ COMO \_  
TAMBIÉN UNA DISMINUCIÓN EN EL SANGRADO POSTOPERATORIO, EL  
CUAL LO ENCONTRÓ DE 0.2%.

EN LAS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO POSTHISTEREC-  
TOMIA (12) TAMBIÉN SE INCLUYEN CISTOCELE Y RECTOCELE RECÚ-  
RRENTES, ENTEROCELE, RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINA-  
RIA, ESTRECHEZ Y ACORTAMIENTO DE VAGINA.

DEDICANDO NUESTRO ESTUDIO A LA COMPLICACIÓN \_  
TARDÍA DEL TIPO DEL PROLAPSO DE CUPULA Y ENTEROCELE POST-  
HISTERECTOMIA.

SE HA OBSERVADO (10-11) QUE DESPUES DE 1945, \_  
DISMINUYÓ GRANDEMENTE EL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL Y \_  
ENTEROCELE POSTHISTERECTOMIA COMO RESULTADO DE CAMBIO DE  
TÉCNICA QUIRÚRGICA DE MAYO WARD A TÉCNICA DE HEANEY MODI-  
FICADA.

SYMONDS EN 1965 (4), REPORTA QUE EL PROLAPSO \_  
DE CUPULA OCURRE MAS FRECUENTEMENTE DESPUES DE LA HISTE-  
RECTOMIA VAGINAL POR SER LA OPERACIÓN MAS COMUNMENTE REA-  
LIZADA EN EL MANEJO DE LA RELAJACIÓN GENERALIZADA DE LAS  
ESTRUCTURAS PELVICAS, ASOCIADAS CON EL PROLAPSO UTERO-  
VAGINAL. SIN EMBARGO EN SU ESTUDIO REALIZADO EN 1981  
(10) AL IGUAL QUE THORTON (13) REPORTAN UNA FRECUENCIA \_  
SIMILAR TANTO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL COMO PARA HIS-  
TERECTOMIA VAGINAL.

SE HA ENCONTRADO UNA GRAN Y EVIDENTE CONFUSIÓN EN LA LITERATURA DONDE ESTA ENTIDAD ES FRECUENTEMENTE ACOMPAÑADA POR OTROS DEFECTOS DEL SOPORTE DEL PISO PÉLVICO (9).

SYMMONDS Y PRATTS (3) CATEGORIZAN EL TIPO DE PROLAPSO VAGINAL POSTHISTERECTOMIA DIVIDIÉNDOLO EN TRES GRADOS:

- 1°.- CONSISTE EN ENTEROCELE PURO CON O SIN RECTOCELE, PUDIENDOSE DESARROLLAR CON UN BUEN SOPORTE DE CUPULA VAGINAL, COMO SUCEDE CUANDO HAY URETROPEXIAS PREVIAS (DEL TIPO DE MARSHAL KRANTZ) QUE DURANTE LA HISTERECTOMIA PASO INADVERTIDO ES EL MENOS FRECUENTE Y TIENE BUEN RESULTADO CON UN TRATAMIENTO QUIRURGICO POR VIA VAGINAL.
- 2°.- ES EL MAS COMUN DE LOS TIPOS DE PROLAPSO, EL CUAL INCLUYE EL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL MODERADO CON ENTEROCELE Y CISTOCELE. DESAFORTUNADAMENTE LA CORRECCIÓN POR VIA VAGINAL FALLA PARA EL SOPORTE DE LA CUPULA.
- 3°.- ES EN EL QUE SE OBSERVA UNA EVERSIÓN TOTAL VAGINAL, ESTE TIPO ES LLAMADO COMPONENTE DE PROLAPSO DE CUPULA Y REPRESENTA UN ENIGMA QUIRURGICO.

ULFELDER EN 1953 (2) REPORTA UNA FRECUENCIA DE PROLAPSO DE CUPULA (MAS FRECUENTEMENTE PROLAPSO DE MUÑO CERVICAL) DE 0.68%; SIN EMBARGO EN LA ACTUALIDAD SE HA REPORTADO UNA INCIDENCIA QUE VARIA DE 0.2 HASTA 43% (3, 10, 19).

EL ENTEROCELE (2) ES PROBABLEMENTE UNA DE LAS MAS COMUNES HERNIAS EN LA MUJER CON IGUAL FRECUENCIA QUE LA HERNIA UMBILICAL.

A DIFERENCIA DEL RECTOCELE Y CISTOCELE (QUE SON PSEUDOHERNIAS) ES UNA VERDADERA HERNIA CON UN SACO PERITONEAL Y UN ORIFICIO HERNIARIO (16-A) QUE PARTE DEL ESPACIO DE DOUGLAS, PROTUYE AL ESPACIO RECTOVAGINAL, PUDIENDO LLEGAR HASTA EL INTROITO O EN CASOS MAS RAROS HASTA LA VULVA, A MENUDO NO SIEMPRE SE ACOMPAÑA DE RECTOCELE.

EN UNA TERCERA PARTE SE PUEDE PRESENTAR EN FORMA AISLADA PERO MAS FRECUENTEMENTE COMBINADO CON PROLAPSO DE ORGANOS GENITALES, POR UN ESPACIO DE DOUGLAS PROFUNDO, (TOMÁNDOSE COMO DE ORIGEN CONGÉNITO), NO HAY ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS. EN LAS DOS TERCERAS PARTES SE PRODUCE SOBRE TODO TRAS UNA OPERACIÓN PREVIA COMO HISTERECTOMIA, OPERACIONES DE PROLAPSO, ANTEFIJACIÓN O VENTROFIJACIÓN DEL UTERO. BURCH AL IGUAL QUE SYMONDS OBSERVARON APARICIÓN DE ENTEROCELE COMO COMPLICACIÓN DE LA SUSPENSIÓN URETROVESICAL RETROPÚBICA TIPO MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ (10), PRESUMIBLEMENTE LA SUSPENSIÓN DE LA PARED ANTERIOR PUEDE PROMOVER ALGO DE ATENUACIÓN DE LA PARED VAGINAL POSTERIOR QUE PUEDE PERMITIR EL DESARROLLO DE ENTEROCELE, -

BASTANTE PRONTO EN ALGUNAS OCASIONES. EN ALGUNOS CASOS SE ASOCIA A PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL POSTHISTERECTOMIA. SU INCIDENCIA ES DE 1 A 6% (12) HASTA 18.1% (19).

LOS FACTORES ETIOPATOGÉNICOS DE AMBAS MANIFESTACIONES ES DEBIDO A LA DISMINUCIÓN DEL SOPORTE NORMAL PELVICICO O AL OMITIR ALGUN PASO QUE SE USA PARA EL SOPORTE DE LOS TEJIDOS DURANTE LA HISTERECTOMIA (19).

SYMONDS Y COLABORADORES (4) CONSIDERAN QUE EN LAS LESIONES PREVIAS LOCALES PUEDEN ATENUAR EL SOPORTE VAGINAL COMO LO SON: EL FIBROMA CERVICAL, DE LIGAMENTO ANCHO, ASÍ COMO LAS LESIONES MALIGNAS INTRAABDOMINALES. ADEMÁS EVALUARON EL TIEMPO DE INTERVALO (10) DE LA HISTERECTOMIA AL INICIO DE SINTOMAS DE PROLAPSO EN 181 PACIENTES PUDIENDOSE CLASIFICAR EN TRES GRUPOS:

EL PRIMERO. - REPRESENTADO POR EL 39% DE LAS PACIENTES EN QUIENES EL PROLAPSO INICIO A SER SINTOMÁTICO EN MENOS DE 2 AÑOS DESPUES DE LA HISTERECTOMIA; PRESENTANDOSE EN EL 43% DE ESTAS PACIENTES A LOS POCOS DÍAS, SEMANAS PERO MENOS DE 6 MESES, EXPLICANDOSE ESTO POR UNA TECNICA DEFICIENTE O BIEN POR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAL SELECCIONADO O CUANDO SE HACE HISTERECTOMIA VAGINAL O ABDOMINAL SIN REPARACIÓN VAGINAL CON COMITANTE.

EL SEGUNDO.- REPRESENTADO POR EL 24% DE LAS PACIENTES EN QUE EL PROLAPSO INICIO A SER SINTOMÁTICO ENTRE 2 A 10 AÑOS DESPUES DE LA HISTERECTOMIA. EXPLICANDOSE COMO LA LENTA PROGRESIÓN DE LA RELAJACION VAGINAL QUE NO FUE OBSERVADA O NO FUE REPARADA DURANTE LA HISTERECTOMIA. O BIEN INDUDABLEMENTE SE ENCUENTRA REPRESENTANDO POR UNA FALLA GRADUAL DEL SOPORTE DE ESTRUCTURAS CAUSADA POR UNA DEFICIENTE CICATRIZACIÓN DE LOS TEJIDOS APROXIMADOS (POR HEMATOMAS O INFECCIÓN).

Y POR ÚLTIMO EL TERCERO.- EN EL QUE EL PROLAPSO INICIA A SER SINTOMÁTICO HASTA LOS 10 AÑOS O DESPUES DE LA HISTERECTOMIA ENCONTRÁNDOSE REPRESENTADO POR EL 37% DE LAS PACIENTES, LO CUAL SUGIERE ATENUACIÓN POSTMENOPAUSICA, EDAD AVANZADA, ADEMAS EL STRESS OCUPACIONAL Y ESFUERZO PUEDEN SER DE GRAN IMPORTANCIA ETIOLÓGICA.

NO OLVIDEMOS ADEMÁS QUE LA EXISTENCIA DE HERNIAS, VARICES Y SUS TRASTORNOS RELACIONADOS ASÍ COMO, OBESIDAD (4), TIENEN TENDENCIA CONSTITUCIONAL AL PROLAPSO (17).

LA SINTOMATOLOGÍA MANIFESTADA POR LAS PACIENTES ES LA INCOMODIDAD AL SENTARSE, AL CAMINAR Y AL MOMENTO DEL COITO. ADEMAS INTERFIERE EN LA FUNCIÓN VESICAL Y PREDISPONE A RECURRENCIAS DE INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS Y POSIBLEMENTE A PROBLEMAS RENALES POR OBSTRUCCIÓN URETRAL (18). SE INCLUYE ADEMAS A LAS MOLESTIAS USUALES:

SENSACIÓN DE PRESIÓN HACIA EL AREA GENITAL EXUDADO SANGUINOLIENTO CUANDO HAY EROSIÓN Y DOLOR LUMBAR. EL RECTOCELE PUEDE OCASIONAR DIFICULTADES EN LA DEFECACIÓN MIENTRAS QUE EL ENTEROCELE PRODUCE DOLOR ABDOMINAL INESPECIFICO TIPO COLICO (17).

EL DIAGNOSTICO DE UNA GRAN ENTEROCELE ES SENCILLO, DURANTE LA EXPLORACIÓN RECTOVAGINAL, A VECES SE PUEDE RECONOCER EL CONTENIDO DEL SACO HERNIARIO GRACIAS A LA EXISTENCIA DE UN GORGOTEO INTESTINAL "RETIRANDO DESPACIO LA VALVA VAGINAL, ES POSIBLE PERCIBIR, EN LA PARED POSTERIOR VAGINAL, UNA ESPECIE DE ENDIDURA TRANSVERSAL QUE ES EL LIMITE ENTRE EL ENTEROCELE Y RECTOCELE". ADEMÁS EL TACTO RECTAL DEMOSTRARÁ SI EL RECTOCELE ES DISTINTO DEL ABOBAMIENTO A MAYOR ALTURA CAUSADO POR EL ENTEROCELE.

LOS ENTEROCELES PEQUEÑOS PUEDEN PASAR INADVERTIDOS (16), EN LA EXPLORACIÓN VAGINAL, SINO SE BUSCA ESPECIFICAMENTE, SIN EMBARGO, SE PUEDE RECONOCER EN EL TRANScurso DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA VAGINAL POR PROLAPSO. UNA VEZ ABIERTO EL ESPACIO DE DOUGLAS, MEDIANTE LA MANIOBRA DE WARD (LA CUAL SE REALIZA TOMANDO DESDE EL PUNTO MAS PROFUNDO DEL ESPACIO DE DOUGLAS Y DESCENDER CON EL DEDO INDICE EL TEJIDO MAS ABAJO DEL INTROITO FORMÁNDOSE ASÍ UN ANGULO (16 A-B) ENTRE ESTE Y EL RECTO.

## TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL Y ENTEROCELE REQUIERE UNA HISTORIA CLINICA MINUCIOSA SOBRE LAS MOLESTIAS Y TRASTORNOS DE LOS ORGANOS DE LA VECINDAD (VEJIGA, RECTO Y URETRA), ASI COMO LOS DESEOS DE LA PACIENTE A CONSERVAR LAS FUNCIONES SEXUALES (16B).

LOS PROLAPSOS VAGINALES PREFERENTEMENTE SE OPERAN POR VIA VAGINAL EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, SYMMONDS REPORTA UN 90% DE EXITO, REQUIRIENDO EL OTRO 10% UNA SEGUNDA OPERACION, LOGRANDO EXITO AHORA DE 99% DE 153 PACIENTES, REPORTÁNDOSE SOLO UNA CON FUNCION SEXUAL DAÑADA Y EN 35 PACIENTES LA PRESERVACION SEXUAL FUNCIONAL NO INTERESABA POR LO QUE INTENCIONADAMENTE SE PRODUJO ESTRECHEZ VAGINAL.

LA CIRUGIA ABDOMINAL DEL TIPO DE LA SACROPEXIA QUE ACTUALMENTE SE PREFIERE (9) PARA EVITAR LA LESION VESICAL, RECTAL Y URETRAL LA FIJACION SACROESPINOSA, SIN EMBARGO LA EFICACIA DE LA CIRUGIA ABDOMINAL ES CUESTIONABLE PUES LOS REPORTES HAN SIDO DE POCOS CASOS E INDICAN UNA FALLA DE 10-25%. TE LINDE, DESCRIBE UN PROCEDIMIENTO DONDE LA CUPULA AL ENCONTRARSE ELONGADA SE FIJA MEDIANTE TIRA DE LA FASCIA RECTAL ANTERIOR POR EL CONDUCTO DEL LIGAMENTO REDONDO HACIA LA CUPULA VAGINAL. ARTHURE Y SAVAGE

EN 1957, DESCRIBEN LA CIRUGÍA ABDOMINAL COMO "SACROPEXIA" Y MÁS TARDE FALK EN 1961 DEFIENDE LA APROXIMACIÓN DE LA CÚPULA VAGINAL AL PROMONTORIO SACRAL SIN TENSION, PARA LO CUAL SE HAN UTILIZADO ADEMÁS DE FASIA LATA Y MAYA DE TEFLÓN, EL DACRÓN Y TIRA ELÁSTICA DE SILICONE (SOICHET, 1970), CINTA DE MERSILENE (W. ALLEN ADDISON Y COLS.,1985) Y ÚLTIMAMENTE SE HA REPORTADO LA UTILIZACIÓN DE LA MALLA DE MERLEX(DOROL P DRUTZ.,1987).

LAS INDICACIONES PARA LA OPERACIÓN POR VÍA ABDOMINAL DEL TIPO DE "SACROPEXIA"SON LAS SIGUIENTES:

- PACIENTES CON PROLAPSO RECURRENTE Y QUE PRESENTAN VAGINA CORTA Y ESTRECHA POR REPARACIONES VAGINALES PREVIAS.
- VAGINA CORTA, NO SUFICIENTEMENTE LARGA PARA PODERLA FIJAR AL LIGAMENTO SACROESPINAL.
- PACIENTES CON DESEO DE MANTENER LA FUNCIÓN VAGINAL SEXUAL.
- Y EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDAS A CIRUGÍA ABDOMINAL CONCOMITANTE.

#### VENTAJAS:

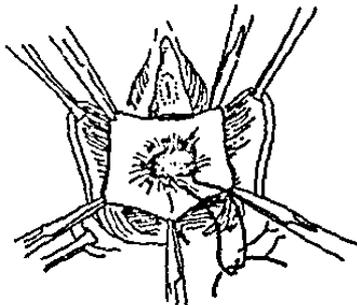
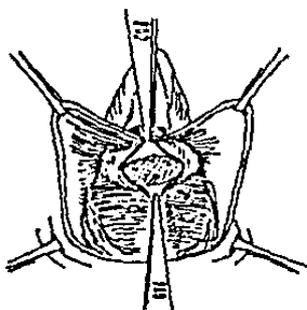
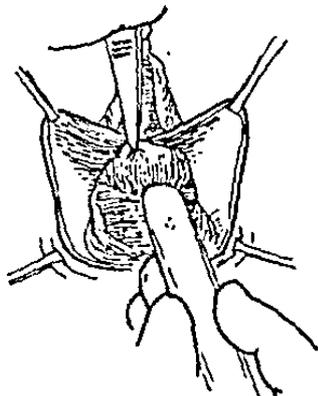
- RESTAURA EL EJE VAGINAL FISIOLÓGICO.
- CONSERVA LA FUNCIÓN VAGINAL SEXUAL.
- HAY UNA DISMINUCIÓN DE RECURRENCIA QUIRÚRGICA CUANDO CONCOMITANEMENTE SE CORRIGE PATOLOGÍAS ASOCIADAS(CISTOCELE, RECTOCELE Y ENTEROCELE).

#### DESVENTAJA:

- LESIÓN DEL PAQUETE VASCULAR DE LA SACRA MEDIA.
- RESIDIVA: 15-20%.

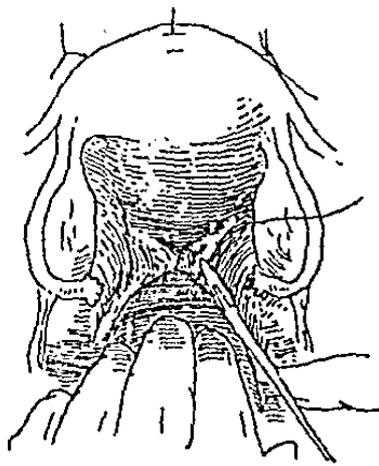
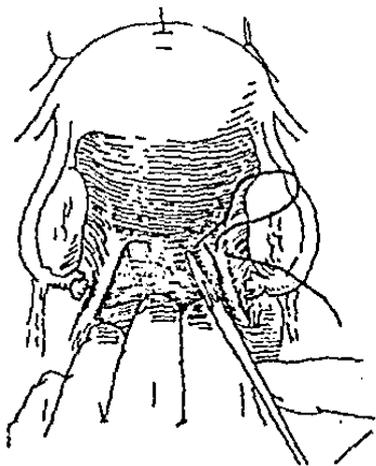
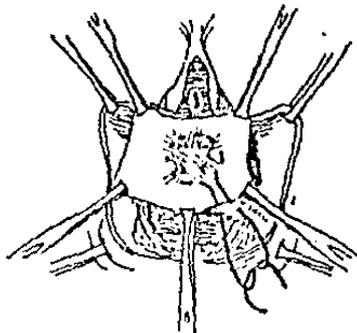
A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN BREVEMENTE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS.

### REPARACION DE ENTEROCELE POR VIA VAGINAL



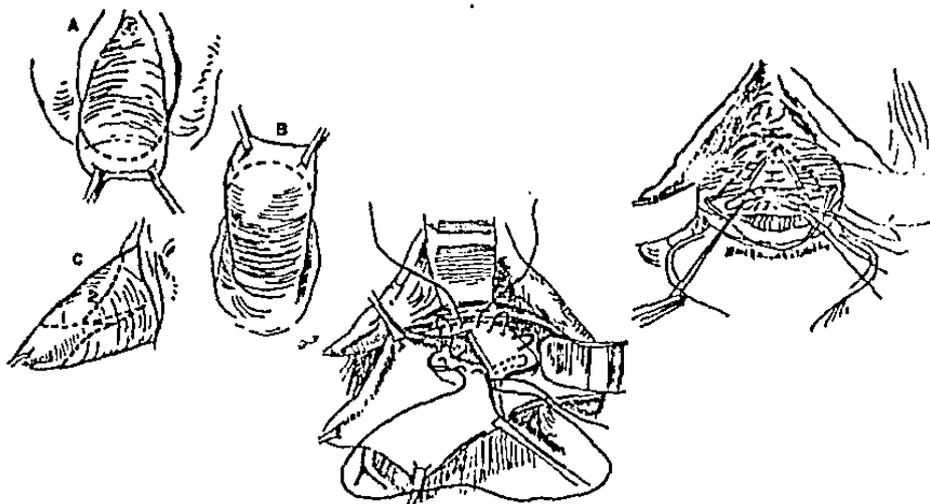
SE DESCUBREN LOS MUSCULOS ELEVADORES DEL ANO Y SE LIBERA EL SACO HERNIARIO DEL RECTO SITUADO DEBAJO. SE DISECA HACIA ARRIBA, EN LA DIRECCIÓN DEL CUELLO Y ENTONCES SE ABRE, SE CIERRA EL SACO CON UNA SUTURA EN BOLSA Y SE EXCIENDE EL PERITONEO EXUBERANTE DESPUÉS DEL REFUERZO DEL CIERRE CON UNA SEGUNDA CAPA DE SUTURA. SE SUTURA ENTONCES A LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS. LA OPERACIÓN SE COMPLETA POR UNA PERINEORRAFIA.

## ENTEROCELE.-REPARACION COMBINADA VAGINAL Y ABDOMINAL



CUANDO EL CIRUJANO COMPRUEBA QUE LA REPARACIÓN DE UN ENTEROCELE POR VIA VAGINAL DEJA ALGUNAS DUDAS ACERCA DE LA CONSTRUCCIÓN PERFECTA DEL SUELO PELVIANO, PUEDE SER NECESARIO AÑADIR UNA INTERVENCIÓN ABDOMINAL CON OBLITERACIÓN DEL FONDO DEL SACO SUPERIOR PARA LA REPRACIÓN CONSEGUIDA POR VIA VAGINAL.

**CORRECCION DEL PROLAPSO DE CUPULA Y ENTEROCELE POSHISTE-  
RECTOMIA POR VIA VAGINAL CON METODO DE SYMMONDS-PRATTS.**



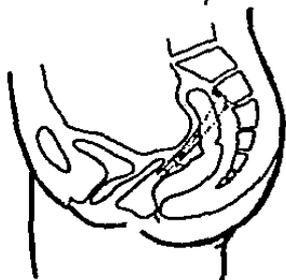
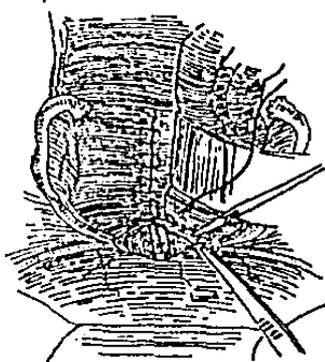
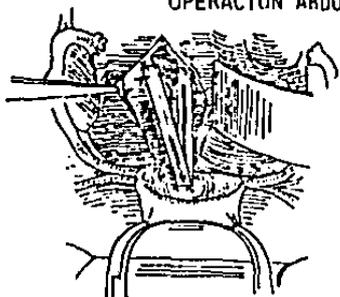
SE INCIDE EN CUÑA DESDE LA PARED VAGINAL POSTERIOR REDUN-  
DANTE(3), LA EXTENSIÓN DE ÉSTA, ESTÁ GOBERNADA POR LA NE-  
CESIDAD DE PRESERVAR LA FUNCIÓN SEXUAL Y SI NO ES NECESA-  
RIO SE INCLUYE MAS DE LA PARED POSTERIOR VAGINAL Y MAYOR  
DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR, TENIENDO SUMO CUIDADO AL  
ABRIR EL PERITONEO PARA NO DAÑAR LA VEJIGA, LO CUAL SE  
EVITA INTRODUCIENDO UNO O DOS DEDOS AL SACO HERNIARIO,  
TENSANDO LA PARED VAGINAL, LO CUAL PERMITE LIBERACIÓN Y  
MOVILIZACIÓN DE LA VEJIGA, SIENDO DIFÍCIL CUANDO HAY ADHE-  
RENCIAS Y TEJIDO CICATRIZAL.

ASIMISMO DEBE CUIDARSE LA DISECCIÓN LATERAL, EN LA REGIÓN DE LOS PILARES VESICALES, POR ENCONTRARSE EN ESA REGIÓN EL URETER, EN CASO DE DUDA, DEBEN DISECARSE Y REFERIRSE.

COMO ES DIFÍCIL EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS IDENTIFICAR - Y REFERIR LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS Y LOS CARDINALES POR ENC. ATROFICOS, SE PROCEDE A RESECCIÓN DE ENTEROCELE (10) Y SE DAN PUNTOS MODIFICADOS DE Mc. CALL, ESTA SUTURA EMPLEA UN AMPLIO ESPESOR DE LA PARED VAGINAL (EL TEJIDO DE LA FASCIA LATEAL Y POSTERIOR DE LA PARTE SUPERIOR VAGINAL Y RECTAL ASÍ COMO EL LIGAMENTO CARDINAL Y UTEROSACRO.

ESTA SUTURA SIRVE PARA CERRAR EL PERITONEO DEL ENTEROCELE A UN NIVEL MAS ALTO, ESTO CREA UN ESPESO BLOQUE DE TEJIDO BAJO EL PISO DEL FONDO DEL SACO Y UNA AMPLIA APROXIMACIÓN DEL SOPORTE DE LA FASCIA. SE INCLUYE COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y APROXIMACIÓN DEL ELEVADOR, PARA LOGRAR UN BUEN SOPORTE VAGINAL.

OPERACION ABDOMINAL .- SACROPEXIA



EL PERITONEO PRESACRO SE INCIDE LONGITUDINALMENTE HASTA EL MUJON VAGINAL SE SUJETA ESTE CON PINZAS DE ALLIS (SIENDO EMPUJADO HACIA ARRIBA POR VIA VAGINAL CON UN TAPONAMIENTO (15) O UNA PROTESIS (16B) O BIEN POR EL DEDO

INDICE DEL AYUDANTE (7), SE FIJA EL MUÑON VAGINAL POR MEDIO DE MATERIAL DE SUTURA NO ABSORVIBLE A LA CINTA DE MERSILENE (O UNA TIRA DE FASCIA DOBLE) CON PUNTOS SEPARADOS, LLEVÁNDOSE AMBOS BRAZOS DE MERSILENE AL PROMONTORIO DONDE SE FIJAN NO MUY TENSAMENTE, CERRÁNDOSE ENTONCES EL PERITONEO CON PUNTOS REABSORVIBLES.

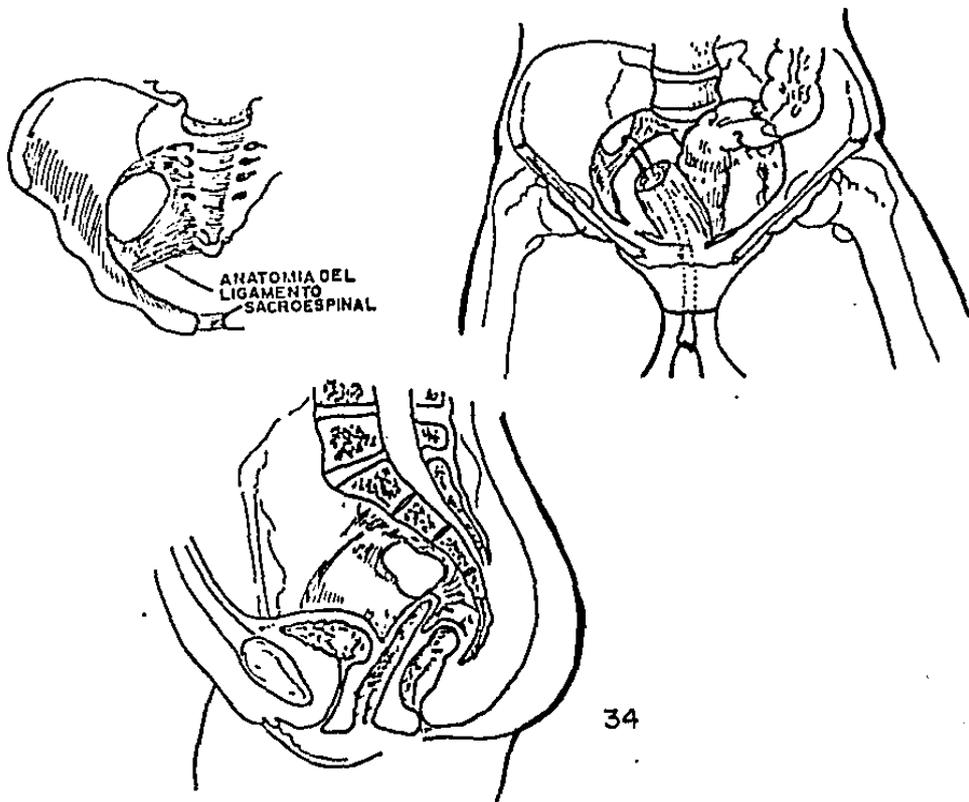
HAY QUE TENER CUIDADO AL FIJAR LOS BRAZOS DEL MERSILENE A LA 2DA. SACRA YA QUE SE PUEDE LESIONAR EL PAQUETE VASCULAR DE LA SACRA MEDIA (15).

GENERALMENTE ESTA CIRUGIA SE ACOMPAÑA DEL PROCEDIMIENTO DE MOCHKOWITZ QUE CONSISTE EN:

UN PROCESO DE SUSPENSIÓN OBLITERA INTEGRAMENTE EL FONDO DE SACO DE DOUGLAS, POR MEDIO DE SUTURA EN BOLSA DE TABACO, SIENDO NECESARIO ESTA SUTURA LO MAS ALTO POSIBLE HACIA EL PROMONTORIO PARA EVITAR EL DEFECTO DE LA PRESION INTRA-ABDOMINAL DEL INTESTINO DELGADO CONTRA LA CUPULA Y EL TABIQUE RECTOVAGINAL, BRINDANDO ASI UN ADICIONAL SOSTEN FIBROELASTICO A LA CUPULA, DEBE TENERSE CUIDADO EN NO DAÑAR O CONSTREÑOR AL URETER.

## FIJACION DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL AL LIGAMENTO SACROESPINOSO:

ES UNA ALTERNATIVA DE LA SACROPEXIA, SE UTILIZA EN PACIENTES SELECCIONADAS, PARTICULARMENTE, DE EDAD MUY AVANZADA, OBESAS, CON DESEO DE MANTENER FUNCIÓN VAGINAL SEXUAL, TENIENDO COMO REQUISITO UNA VAGINA SUFICIENTEMENTE LARGA. LA VENTAJA ES QUE MANTIENE LA POSICIÓN FISIOLÓGICA DEL EJE VAGINAL. ES DADA A CONOCER POR RICHTER EN 1967 Y ALBRICH EN 1981. SU DESVENTAJA QUE PUEDE LESIONAR EL PAQUETE VASCOLONERVIOSO PUDIENDO INTERNO, NERVIOS CIÁTICOS, TRACTO URINARIO Y RECTO (15), SE REALIZA POCO POR SU DIFÍCIL CULTAD TÉCNICA.



## TECNICA

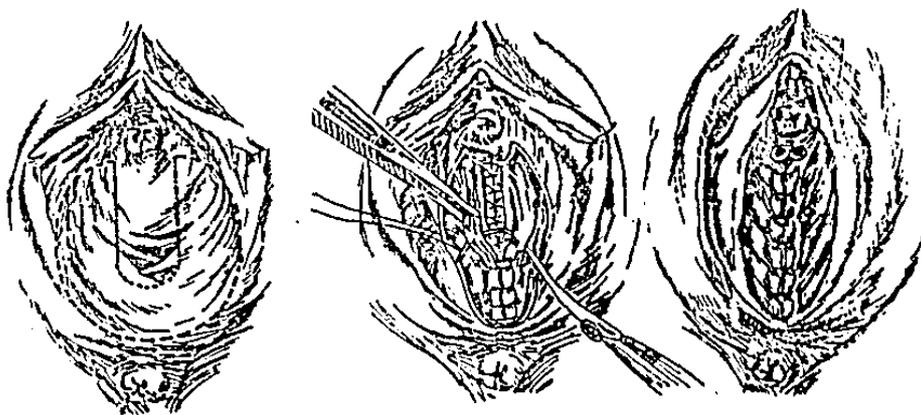
EL DEDO INDICE DERECHO PALPA EN LA FOSA ISQUIORRECTAL DE RECHA, CERCA DE LOS PILARES DEL RECTO, HASTA LA ESPINA CIATICA (QUE SE IDENTIFICA CON FACILIDAD), EN BUSCA DE LA SUPERFICIE VENTRAL DEL LIGAMENTO SACROESPINAL. POR CUIDADOSA SEPARACIÓN ROMA CON LOS DEDOS, SE ABRE UN TRAYECTO HASTA DICHO LIGAMENTO EN EL CUAL SE COLOCAN DOS O TRES VALVAS DE BREINSKY. LA ESPINA CIATICA, EL LIGAMENTO SACROESPINAL (SITUADO A UN LADO Y DORSALMENTE), ASÍ COMO EL MUSCULO COCCIGEO QUE LO CUBRE, SON MAS FACIL DE PALPAR QUE DE VISUALIZAR. SE RECHAZA A UN LADO LA MUCOSA VAGINAL CON UNA TORINDA MONTADA, SE PASAN 2 A 3 PUNTOS DE MATERIAL REABSORVIBLE (DEXON, VICRIL O CATGUT CROMICO) DEL NUMERO 1, CON UNA REGLA DE DESCHAMPS, A TRAVES DEL LIGAMENTO SACROESPINAL A UNOS 2 CMS. DE LA LINEA MEDIA A LA ESPINA CIATICA. EL LIGAMENTO ESTA CUBIERTO HASTA LA PELVIS POR EL MUSCULO COCIGEO, QUE IGUALMENTE DEBE SER ATRAVEZADO, PARA EVITAR UNA LESIÓN A LAS ARTERIAS PUDENDAS, EL PINCHAZO NO DEBE SER MUY LATERAL, NI DEMASIADO PROFUNDO (APROXIMADAMENTE DE 5 MM.) LOS CABOS LIBRES SE ENHEBRAN CON AGUJA CORRIENTE DE SUTURA Y SE PASAN A TRAVES DE LA PARED VAGINAL, DESPUES SE ANUDAN LOS HILOS. SE TRACCIONA EL MUÑON VAGINAL HACIA LA DERECHA EN DIRECCIÓN POSTEROSUPERIOR HACIA LA PARED PELVICA, EN DONDE SE SUTURA PARA QUE CICATRICE. SE DEJA UN DRENAJE DE PENROSS A TRAVES DE MUCOSA DE LABIO MAYOR DERECHO, SE DEJA UN TAPON VAGINAL DE GASAS POR 24 HA. EL CUIDADO POSTOPERATORIO ES SEMEJANTE A UNA HISTERECTOMIA VAGINAL.

DEBE DARSE ANTIBIOTICO PROFILACTICO, EN OCASIONES SE PRESENTAN ALGIAS IRRADIADAS AL SACRO O A LA EXTREMIDAD DERECHA QUE REMITEN AL CABO DE UNOS DIAS, TRAS LA REABSORCIÓN DE LOS HILOS (16-c).

NO SE HA ENCONTRADO NINGUNA RECIDIVA, DE 69 PACIENTES (RICHTER 1967).

## COLPECTOMIA SUBTOTAL DE LABHARDT

ES UN EXCELENTE MÉTODO CON RESULTADOS MUY FIELES Y QUE NO EXIGE OTRO TIEMPO OPERATORIO. LABHARDT REALIZA UNA COLPECTOMIA SUBTOTAL DEJANDO UNA CUPULA VAGINAL IN SITU Y - EXTIRPANDO TODA LA VAGINA, SALVO UNA TIRA ANTERIOR QUE - CONSTITUIRÁ EL ÚNICO CANAL SUBURETRAL. CON ESTE MÉTODO SE ESPERA EVITAR LA INCONTINENCIA POSTOPERATORIA.



INSICIÓN CIRCULAR A LA ENTRADA DE LA VAGINA, COMIENZA A UN AMPLIO CENTRIMETRO DE LA LÍNEA MEDIA, UN POCO POR DEBAJO Y POR FUERA DEL MEATO; DESCIENDE A LA CARA PROFUNDA DEL LABIO MENOR Y SIGUE SU BORDE LIBRE HASTA LA HORQUILLA, LA OTRA MITAD DE LA INSICIÓN SE HA TRAZADO DE CANAL SUBURETRAL; TIENE FORMA DE U. LIMITA UN COLGAJO EN TODA LA ALTURA DE LA PARED ANTERIOR, HASTA EL FONDO VAGINAL. EL DESPEGAMIENTO DE LA MUCOSA COMIENZA POR DETRAS Y SE LLEVA A LA LÍNEA MEDIA Y LUEGO A LOS LADOS, LA MUCOSA COMIENZA POR DETRAS Y SE LLEVA A LA LÍNEA MEDIA Y LUEGO A LOS LADOS.

LA MUCOSA DE LA VULVA Y DE LA VAGINA SE LIBERA DE LOS -  
BULBOS, DEL RECTO Y DE LOS ELEVADORES.

SUTURA DEL CANAL SUBURETRAL.- SE HACE CON PUNTOS SEPARA-  
DOS DE CATGUT FINO, DE ATRAS PARA ADELANTE, UNIENDO LOS -  
BORDES DEL COLGAJO VAGINAL CONSERVANDO LA SUTURA, SE HACE  
HASTA LA EXTREMIDAD ANTERIOR DEL COLGAJO.

DEBE REALIZARSE MIORRAFIA DE ELEVADORES, LA SUPERFICIE DE  
CORTE DE LA INSICIÓN CIRCULAR DE LA VAGINA SE HA CONVERTI  
DO EN UNA U MUY ALARGADA CUYOS DOS BORDES DEBERÁN SER UNI  
DOS POR PUNTOS SEPARADOS DE CATGUT CROMICO O.

DEBE DEJARSE SONDA DE FOLEY POR 5 o 6 DÍAS.

## RESULTADOS

SE ANALIZARÁN MEDIANTE EN SIGUIENTE CUADRO:

AUTORES	AÑO DE PUBLICACIÓN	PROCEDIMIENTO	SEGUIMIENTO AÑOS	#CASOS	COMPLICACIONES SIGNIFICANTES
LANE	1962	ABDOMINAL	-	20	-
BIRBAUM	1973	ABD/VAG.	1-18	9	7 VAGINA NO FUNCIONAL
RIDLEY	1976	ABD/VAG.	+ 1	12	-
SYMMONDS	1981	VAGINAL	1-12	160	7 RECURRENCIAS
		ABDOMINAL	+ 10	17	1 RECURRENCIA
		ABD/VAG.	9	6	NINGUNA RECURRENCIA
NICHOLS	1982	VAGINAL	+ 2	163	12 VAGINA NO FUNCIONAL 5 RECURRENCIAS.
RICHTER	1982	VAGINAL	+ 10	97	29 ENTEROCELES 2 RECURRENCIAS
GRUNSELL	1984	VAGINAL	3-4	9	-
DRUTZ, CHA	1987	ABD.	0-8	15	1 RECURRENCIA

DONDE PUEDE OBSERVARSE QUE EL PORCENTAJE DE RECURRENCIA DEL PROLAPSO DE CUPULA EN EL PROCEDIMIENTO POR VIA VAGINAL OSCILA DEL 2 AL 7%.

NO PUDIENDOSE CONCLUIR RESULTADOS DE LA CIRUGÍA POR VIA ABDOMINAL POR SER POCAS LAS PACIENTES SOMETIDAS A DICHOS PROCEDIMIENTOS Y POR NO CONTAR AÚN CON SEGUIMIENTO SUFICIENTE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS. SIN EMBARGO DE ACUERDO AL CUADRO ANTERIOR 1 DE CADA 15 PRESENTAN RECURRENCIA. LAS RECURRENCIAS PARECEN SER MALAS EN EL PROCEDIMIENTO COMBINADO DEL TIPO ABDOMINO-VAGINAL, AUNQUE AUMENTA LA INSIDENCIA DE ESTRECHEZ VAGINAL Y CONSECUENTEMENTE LA APARICIÓN DE DISPAREUNIA, EN COMPARACIÓN CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO POR VIA ABDOMINAL.

## PROFILAXIS

SE HAN DESCRITO PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DEL ENTEROCELE EN CASO DE UN ESPACIO DE DOUGLAS, PROFUNDO, CUPULA VAGINAL POSTERIOR MUY LACSA O ENTEROCELE PREEXISTENTE.

SE BASAN ESENCIALMENTE EN UNA PERITONIZACIÓN ALTA, REUNION DE LOS LIGAMENTOS UTERO-SACROS Y UNIÓN DE LOS PILARES DEL RECTO AL TERCIO SUPERIOR DE VAGINA.

COMO ALTERNATIVAS A LA TECNICA DESCRITA ANTERIORMENTE SE UTILIZAN LOS SIGUIENTES METODOS:

- A) REALIZAR LA TECNICA DE MOSCHCOWITZ CON UNIÓN DE LOS LIGAMENTOS UTERO-SACROS.
- B) EXSICIÓN DE UN SEGMENTO EN FORMA DE V O CUADRANGULAR DE LA PARED VAGINAL PROCEDENTE DE LA CUPULA VAGINAL POSTERIOR LACSA. SE SUTURAN LOS BORDES DE LA INSICIÓN MEDIANTE PUNTOS SEPARADOS, Y ASI SE APROXIMAN LOS LIGAMENTOS UTERO-SACRO (RICHTER 1972).
- C) SE SECCIONA LA CUPULA POSTERIOR EN LA LINEA MEDIA Y SE DISECA HASTA LOS LIGAMENTOS UTERO SACROS. LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS Y LOS BORDES DE LA HERIDA SE SUTURAN POSTERIORMENTE POR PLANOS.

- D) LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS SE SUTURAN POR SU PARTE PERITONEAL CON UNO O DOS PUNTOS, QUE ATRAVIESAN TAMBIEN EL BORDE PERITONEAL Y EL BORDE DE LA HERIDA DE LA CUPULA VAGINAL POSTERIOR Y QUE ADEMÁS SE ANUDAN, ASI SE FIJA A LA PARED VAGINAL A LA UNIÓN DE LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS. EL PERITONEO DE DOUGLAS SOBRANTE DEBE SER RESECADO ( Mc. CALL 1957, NICHOLS, Y RANDALL, 1976, 1981).
- E) EN CASO DE FIJACIÓN INSUFICIENTE DEL MUÑON VAGINAL AL TEJIDO CONJUNTIVO DEL APARATO DE SOSTEN DE LOS GENITALES EN LA PELVIS MENOR SE RECOMIENDA PARA EVITAR EL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL LA FIJACIÓN SACRO ESPINAL.
- F) POR ULTIMO RECONOCER Y RESOLVER UN RECTOCELE MEDIANTE LA UNIÓN DE LOS PILARES DEL RECTO, DE LA FACIA PERIRECTAL Y DE LOS MUSCULOS ELEVADORES DEL ANO.

## MATERIAL Y METODOS

EN EL MODULO DE INCONTINENCIA URINARIA Y CIRGIA VAGINAL DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NÚM. 4, LUIS CASTELAZO AYALA, SE CAPTARON A LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN QUIENES EL DX PREOPERATORIO FUE PROLAPSO DE CUPULA Y O/ ENTEROCELE POSTHISTERECTOMIA.

DURANTE EL LAPSO DE FEBRERO DE 1984 A ENERO DE 1988, SIENDO EN TOTAL 16 PACIENTES, LAS CUALES SE EXCLUYERON 2 DEL ESTUDIO POR DATOS INSUFICIENTES RECOPIADOS.

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ANALIZARÁN 14 PACIENTES QUIENES FUERON SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS - YA SEA POR VIA VAGINAL, ABDOMINAL O COMBINADAS PARA SUSPENDER LA CUPULA VAGINAL, RESECCIÓN DE ENTEROCELE O AMBAS.

CABE ACLARAR QUE LA MAYORÍA DE ESTOS CASOS (13 DE 14), PROVENIAN DE OTRAS UNIDADES, SIN EMBARGO, DE LAS 216 PACIENTES OPERADAS POR ALTERACIÓN DE LA ESTÁTICA PÉLVICA EN ESE MISMO PERIODO CONSTITUYÓ EL 7.4%.

PARA LA CAPTACIÓN Y REGISTRO DE DATOS DE CADA UNA DE LAS PACIENTES SE DISEÑÓ EL SIGUIENTE FORMATO.

## HOJA DE CAPTACION DE DATOS

NOMBRE DE LA PACIENTE \_\_\_\_\_ NÚM. PAC. \_\_\_\_\_

CEDULA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

ANTEC. PERSONALES PATÓLOGICOS: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: M \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ VIDA SEXUAL ACTIVA \_\_\_\_\_ MENOPAUSIA \_\_\_\_\_  
DISPAREUNIA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES QUIRURGICOS (FECHA EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, CAUSA):  
HTA \_\_\_\_\_ HTV \_\_\_\_\_  
COLPOPERINEORRAFIAS \_\_\_\_\_ M.M.K. \_\_\_\_\_ BURCH \_\_\_\_\_  
HERNIOPLASTIAS \_\_\_\_\_

### SEMIOLOGÍA DE PAC. ACTUAL:

SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ DISURIA \_\_\_\_\_  
POLAQUIURIA \_\_\_\_\_ TENESMO VESICAL \_\_\_\_\_ POLIURIA \_\_\_\_\_  
URGENCIA URINARI \_\_\_\_\_ NICTURIA \_\_\_\_\_ ENURESIS \_\_\_\_\_  
GOTEO TERMINAL \_\_\_\_\_ INC. URINARIA ESFUERZO \_\_\_\_\_

EXPLORACIÓN GENERAL: PROLAPSO DE CUPULA \_\_\_\_\_ CISTOCELE \_\_\_\_\_  
RECTOCELE \_\_\_\_\_ IUE \_\_\_\_\_ ENTEROCELE \_\_\_\_\_ URETROCELE \_\_\_\_\_  
INSUFICIENCIA PERINEAL \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PACIENTE Y CEDULA: \_\_\_\_\_

RIESGO QUIRURGICO \_\_\_\_\_

CIRUGIA REALIZADA \_\_\_\_\_

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS \_\_\_\_\_

TIEMPO QUIRURGICO \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA: \_\_\_\_\_

DÍA HOSPITAL \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO:

PRIMER MES \_\_\_\_\_

SEXTO MES \_\_\_\_\_

DOCEAVO MES \_\_\_\_\_

DICIOCHAVO MES \_\_\_\_\_

REINTERVENCION QUIRURGICA: TIEMPO DE INTERVALO \_\_\_\_\_

DX PREOPERATORIO \_\_\_\_\_

CIRUGIA PROGRAMADA Y REALIZADA \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO \_\_\_\_\_

## RESULTADOS:

DE LAS 14 PACIENTES ESTUDIADAS EN ESTE TRABAJO, LA EDAD PROMEDIO FUE DE 58.8 AÑOS (FIGURA 1), Y EL NÚMERO DE GESTACIÓN PROMEDIO DE 8.14 (GRAFICA 1); EN 11 SE ENCONTRÓ EL ANTECEDENTE DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL - (GRAFICA 2) Y EL RIESGO QUIRURGICO ELEVADO PREDOMINÓ EN LAS PACIENTES CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES - (GRAFICA 3).

EN TODAS LAS PACIENTES COMO SÍNTOMA COMÚN PRESENTARON: SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA (GRAFICA 4) SIENDO EN FORMA TEMPORAL (DE 0 A 2 AÑOS) EN EL 30% Y EN EL 35.7% EN FORMA TARDÍA (10 AÑOS Ó MÁS).

PARA SU ESTUDIO SE DIVIDIERON EL TOTAL DE PACIENTES EN TRES GRUPOS: EL PRIMERO COMPUESTO POR PACIENTES QUE PRESENTARON PROLAPSO DE CÚPULA Y ENTEROCELE CONCOMITANTE. EL GRUPO 2 CON PROLAPSO DE CÚPULA Y EL TERCERO CON ENTEROCELE. (GRAFICA 5)

DEL TOTAL DE LAS PACIENTES CON PROLAPSO DE CÚPULA (11 CASOS) FIG 2; SE OBSERVÓ QUE EN SIETE DE ELLAS CONCOMITANTEMENTE PRESENTABAN ENTEROCELE (GRUPO 1), REALIZÁNDOSE A 3 DE ELLAS COLPOCLEISIS TIPO LABHART, 2 - SACROPEXIAS, 1 OPERACIÓN DE SYMMONDS-PRATTS Y 1 CORRECCIÓN POR VÍA VAGINAL, MANIFESTÁNDOSE EN ÉSTA PACIENTE RECURRENCIA A LOS 6 MESES, REQUIRIENDO UNA SEGUNDA OPERACIÓN, SIENDO ÉSTA VEZ POR VÍA ABDOMINAL (SACROPEXIA) REALIZADA RECIENTEMENTE). (FIGURA 3).

NO SE PRESENTÓ NINGUNA COMPLICACIÓN EN LA CIRUGÍA POR VÍA ABDOMINAL DEL TIPO DE LA SACROPEXIA, Y EN EL SEGUIMIENTO DE UN AÑO SE REPORTA FUNCIÓN VAGINAL ADECUADA. EL TIEMPO QUIRÚRGICO PROMERIO FUE DE 2 HORAS Y 30 MIN.(GRAFICA 6).

DE LAS 5 CIRUGÍAS DE TIPO LAMBART, 3 DEL GRUPO I; EN UNA SE PRESENTÓ DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA QUE REQUIRIÓ RESUTURA A LOS 21 DIAS Y EN OTRO CASO SE OBSERVÓ TABIQUE RECTOVAGINAL AL MES. ÁMBAS AL AÑO DE SEGUIMIENTO AL IGUAL QUE LA OTRA PACIENTE AL MES DE SEGUIMIENTO SE ENCONTRARON EN BUENAS CONDICIONES.(GRAFICA 6)., EL TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO FUE DE UNA HORA Y TREINTA MINUTOS, REALIZANDO SE DICHO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO BAJO BLOQUEO - DE PUDENDOS POR ALTO RIESGO QUIRURGICO.

GRUPO 2: ENCONTRANDOSE EN ÉL CUATRO PACIENTES -- (CON PROLAPSO DE CÚPULA) REALIZANDOSE EN DOS CIRUGÍA TIPO LAMBAT, A UNA SUSPENSIÓN DE CÚPULA A LIG. DE COOPER Y EN EL OTRO CASO AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA NO ENC. EVIDENCIA DE PROLAPSO DE CÚPULA, SIN EM BARGO A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO SE OBSERVÓ QUE ESTABA PRESENTE PERO NO HA REQUERIDO CIRUGÍA POR - LEVE.(GRAFICA 7).

DE LAS 10 PACIENTES CON ENTEROCELE, SIETE YA CO MENTADOS PERTENECEN AL GRUPO I (ENTEROCELE CON PRO LAPSO DE CÚPULA, Y DE LAS TRES RESTANTES (OPERADAS POR VÍA VAGINAL); GRUPO 3; UNA PRESENTA SINEQUIAS A CÚPULA VAGINAL, MANIFESTANDO HASTA LOS 6 MESES DE

SEGUIMIENTO DISPAREUNIA, LAS 2 PACIENTES RESTANTES UNA AL AÑO Y OTRA AL MES DE SEGUIMIENTO SE REPORTAN EN BUENAS CONDICIONES.

DE TODAS LAS PACIENTES, 9 CASOS EN QUIENES SE CONSERVO EL INTROITO VAGINAL; DOS MANIFESTARON DISPAREUNIA: UNA SECUNDARIO A SINEQUIAS A CUPULA VAGINAL Y ACORTAMIENTO DE VAGINA CONSECUENTEMENTE, Y OTRA POR SUSPENSION DE CUPULA A LIGAMENTO DE COOPER (FIG. 4-5).

A DOS PACIENTES SE LES REALIZO A LA VEZ URETROPEXIA RETROPUBLICA POR INC. URINARIA CONCOMITANTE, UNA MEDIANTE LA CIRUGIA DE MARSHAL-MARCHETTY-KRANTZ Y OTRA MEDIANTE LA CIRUGIA DE BURCH, QUIENES AL AÑO DE SEGUIMIENTO SE ENCUENTRAN EN BUENAS CONDICIONES.

# EDAD

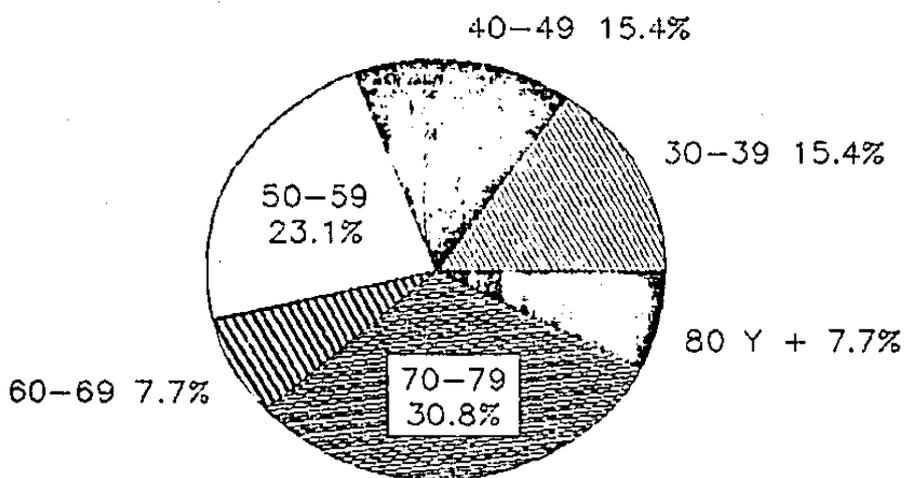
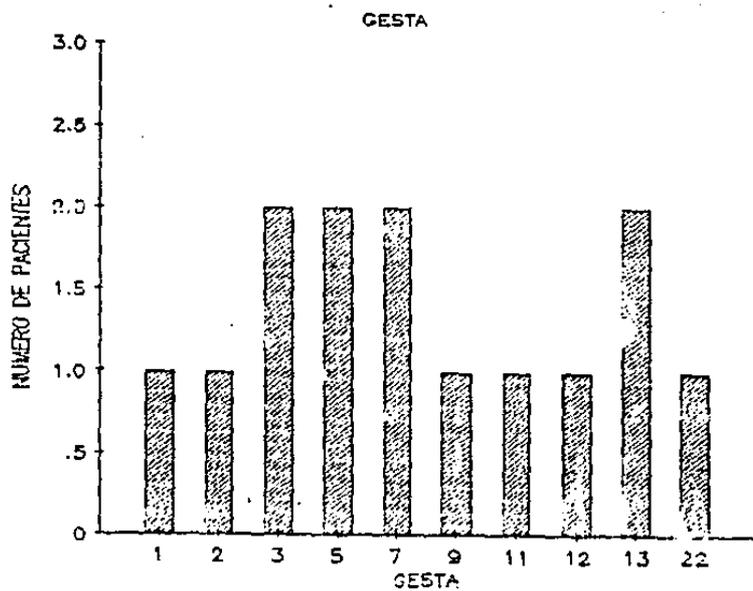
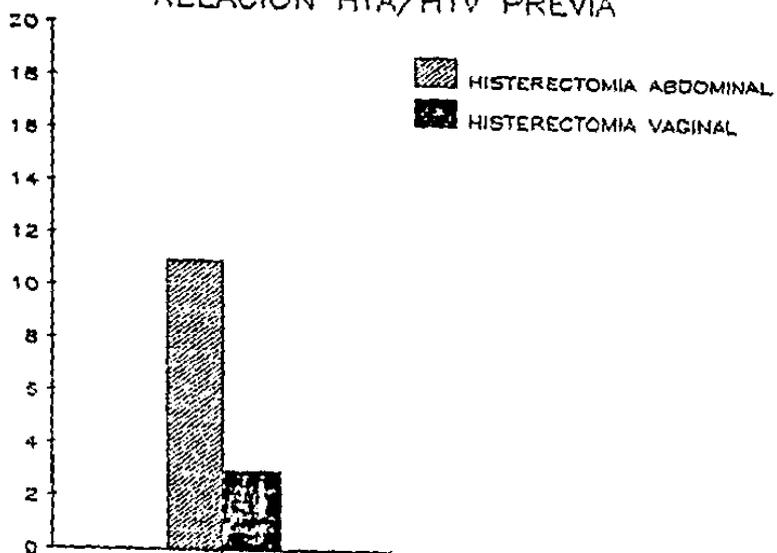


FIG. I



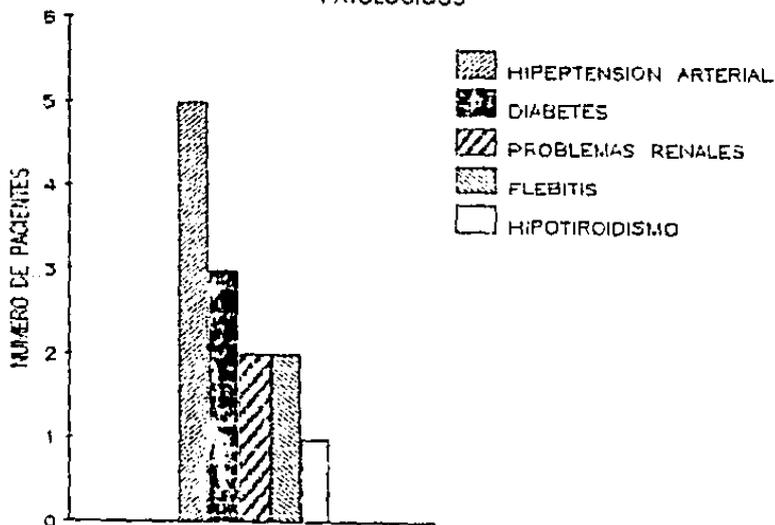
GRAFICA 1

## RELACION HTA/HTV PREVIA



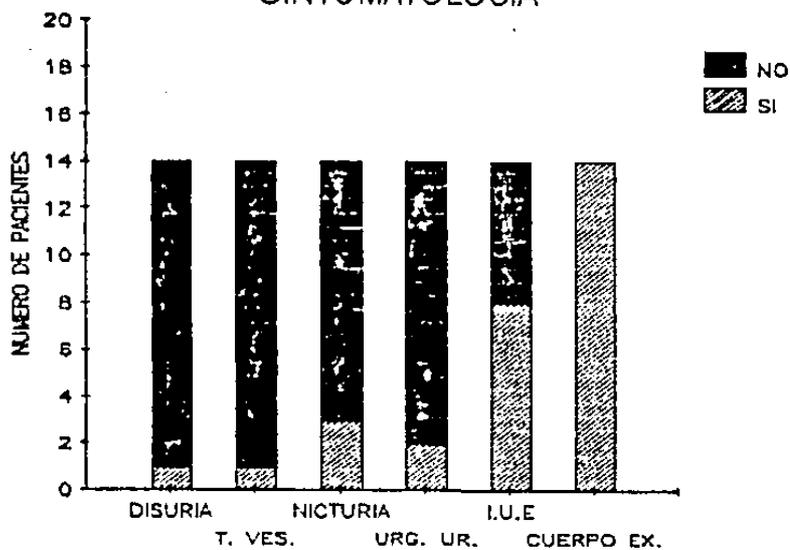
GRAFICA 2

ANTECEDENTES PERSONALES  
PATOLÓGICOS



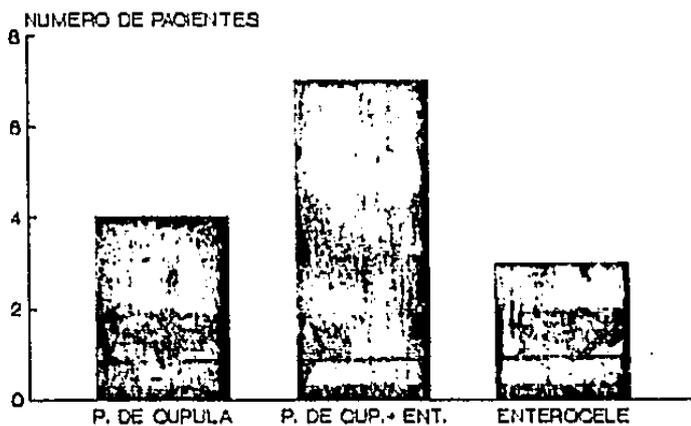
GRAFICA 3

## SINTOMATOLOGIA



GRAFICA 4

## DIAGNOSTICOS FINALES



GRAFICA 5

CIRUGIAS REALIZADAS EN PACIENTES CON  
PROLAPSO DE CUPULA (11 PACIENTES)

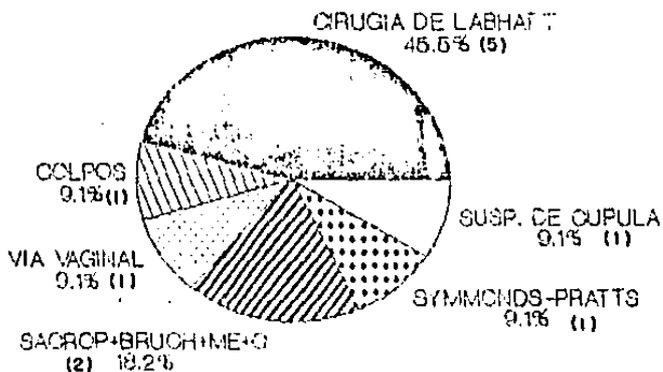
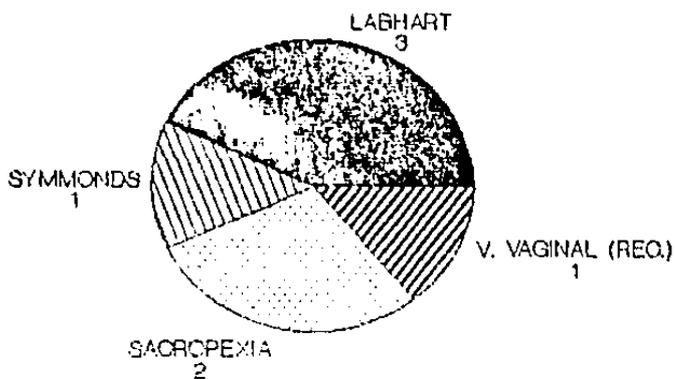


FIG. 2

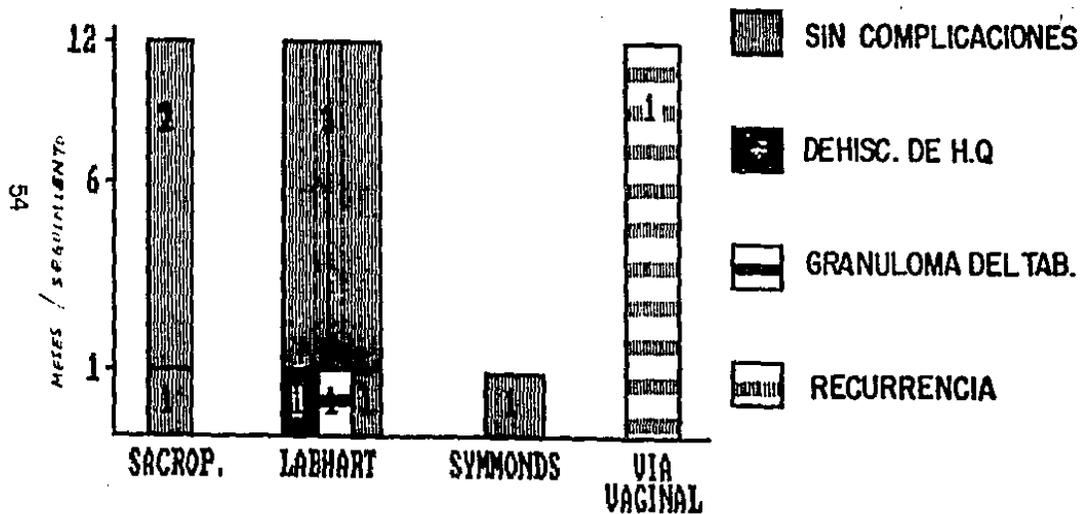
CRUGIAS REALIZADAS EN ENTEROCELE CON  
PROLAPSO DE CUPULA CONCOMITANTE



GRUPO I

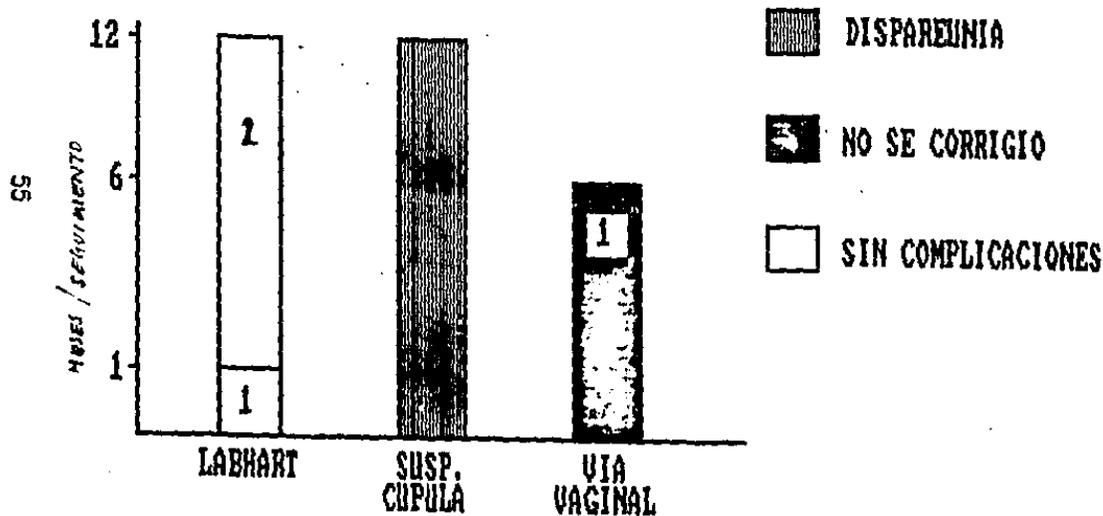
FIG. 3

## SEGUIMIENTO Y COMPLICACIONES EN PROLAPSO DE CUPULA CON ENTEROCELE

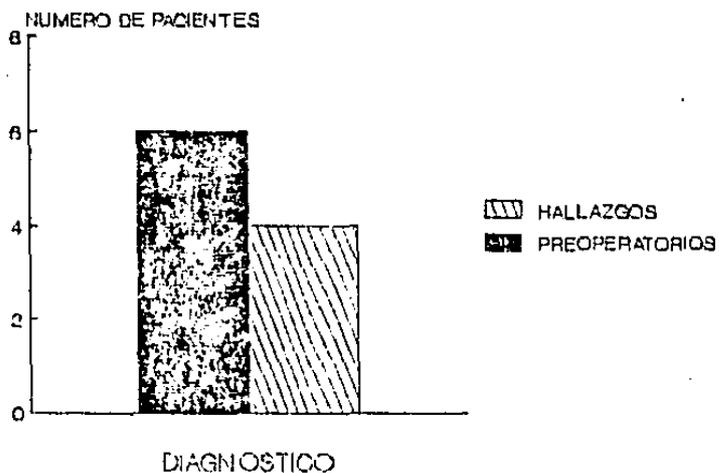


GRAFICA 6

# SEGUIMIENTO Y COMPLICACIONES EN PROLAPSO DE CUPULA

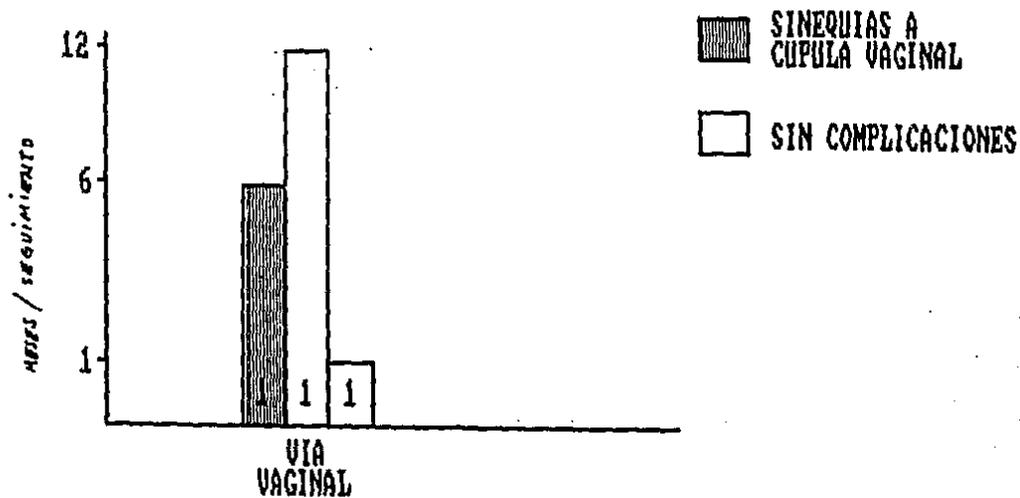


# ENTEROCELES



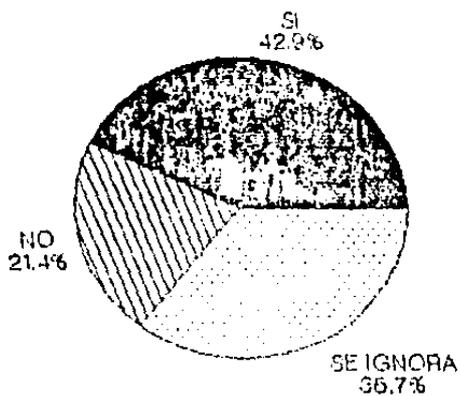
GRAFICA 8

## SEGUIMIENTO Y COMPLICACIONES EN ENTEROCELE



GRAFICA 9

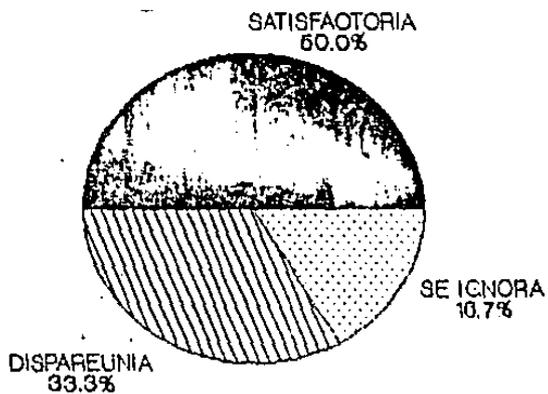
## VIDA SEXUAL ACTIVA



(14 PAÇ.)

FIG.4

## SEGUIMIENTO DE FUNCION SEXUAL.



(9 PAC.)

FIG. 5

## CONCLUSIONES

LA VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL VAGINAL SEXUAL, ES UN ASPECTO ESENCIAL PARA DETERMINAR LA VIA DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO DE CUPULA Y ENTEROCELE EN AQUELLAS PACIENTES CON BAJO RIESGO QUIRURGICO.

EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRURGICO POR PATOLOGIA SISTEMICA, COMO SUCEDE EN PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES, RENALES O METABOLICOS Y QUE ADEMAS NO TIENEN VIDA SEXUAL O MINIMO INTERES AL MISMO EL PROCEDIMIENTO A REELEGIR MAS ADECUADO ES LA COLPOZLEISES TIPO LABHARTO.

EN CASO DE PROGRAMAR UNA OPERACIÓN POR VIA ABDOMINAL HAY QUE EVITAR TRASLADAR EL EJE VAGINAL FUERA DE LO NORMAL PARA MANTENER LA FUNCIÓN VAGINAL SEXUAL, A SÍ PREVENIR LA APARICIÓN DE APAREUNIA O DISPARÉUNIA.

EL DESCENSO CUPULAR Y ENTEROCELE MINIMO (GRADO I O II) NO GARANTIZA LA CORRECCIÓN OPERATORIA, PUES ESTAS CONDICIONES PROGRESAN LENTAMENTE DANDO COMO RESULTADO UNA RECIDIVA.

EL SEGUIMIENTO DE CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEBEN MANTENERSE POR VARIOS AÑOS PARA ESTAR SEGUROS QUE EL SOPORTE VAGINAL SE MANTUVO POR LA OPERACIÓN.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- L. TESTUD O. JACOB  
ANATOMIA TOPOGRAFICA, TOMO II, CAVIDAD DE LA PELVIS Y  
SU CONTENIDO, PERINEO Y SUS DEPENDENCIAS.- TOMO II,  
373, 643.
- 2.- PARSONS, LANGDON, AND ULFELDER, HOWARD;  
AN ATLAS OF PELVIC OPERATIONS, PHILADELPHIA, 1953, W  
B. SAUDERS COMPANY.
- 3.- RICHARD E. SYMMONDS, M.D. JOSEPH HYDE PRATT, M. D.  
VAGINAL PROLAPSE FOLLOWING HYSTERECTOMY AM. J, OBST.  
AND GYNEC. MY, 1960 79 (5); 899, 909.
- 4.- RICHARD E. SYMMONDS, M.D. F.A.C.O.G. AND RICHARD S.  
SHELDON, M.D. F.A.C.O.G.  
VAGINAL PROLAPSE AFTER HYSTERECTOMY  
OBST. AND GYNEC. JUN 1965, 25 (1); 61-67
- 5.- GIMENEZ MIRANDA M. LOERA GARCÍA A., VERA GASPAR D.  
USO DEL LIGAMENTO DE COOPER Y LA CINTA DE MERSILENE EN  
EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO VAGINAL POSTHISTERECTOMIA,  
GIN Y OBST. DE MÉXICO, VOL. XXI, NOV. -DIC. 1966;  
951-956.
- 6.- GALLO A. DELFINO  
COMENTARIO AL TRATADO USO DEL LIGAMENTO DE COOPER Y -  
LA CINTA DE MERSILENE EN EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO -  
VAGINAL POSTHISTERECTOMIA  
GIN Y OBST. DE MÉXICO, VOL. XXI, NOV. - DIC. 1956,  
957-961.
- 7.- LONGON PARSONS, HOWARD ULFELDER  
ATLAS DE OPERACIONES PELVICAS  
1970, 272-283.
- 8.- HENRRY G. ROBERT, JEAN ZEZY (EMILIO ALFARO G., VERSIÓN  
ESPAÑOLA). NOUVEAU TRAIOTE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE.  
PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSOS GENITALES  
1972, CAP. XXXII, 638, 644.
- 9.- STANLEY J. BIRBAUM, M.D.  
RATIONAL THERAPY FOR THE PROLAPSE VAGINAL  
AM. J, OBSTET. GYNECOL, FEB. 1, 1973; 411-419.

- 10.- RICHARD E. SYMMONDS, M.D. TIFFANY J. WILLIAMS, M.D.  
RAYMOND A. LEE, M.D. MAURICE J. WEEB, M.D.  
POSTHYSTERECTOMY ENTEROCELE AND VAGINAL VAULT  
PROLAPSE AM. J. OBSTET. GYNECOL. AUG. 15, 1981, 140  
(8); 852-859.
- 11.- R. C. RUDIGOZ  
LES PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE.  
J. GYN OBST. BIOL. REP., 1981, 10 (3); 241-247.
- 12.- LAMAN A. GRAY (PADRE).  
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA VAGINAL  
CLINICAS OBSTETRICA Y GINECOLOGICA DE NORTEAMERICA  
1982, 25 (4); 907-918.
- 13.- W. NORMAN THORTON, JR, M.D., AND WILLIAMS A. PETERS,  
M.D. REPAIR OF VAGINAL PROLAPSE AFTER HYSTERECTOMY  
A.M. J. OBSTET, GYNECOL, SEPT. 15, 1983, 147 (2).  
140-148
- 14.- TE LINDE  
OPERATORIA GINECOLOGICA, QUINTA EDICIÓN, MÉX. D.F.  
EDITORIAL EL ATENEÓ, L. 98, 401-435.
- 15.- W. ALLEN ADDISON, M.O. CHARLES H. LIVENGOOD III, M.D.  
GREGORY P. SUTTON, M.A. AND ROY T. PARKER, M.D.  
ABDOMINAL SACRAL COLPOPEXY WITH MERSILENE MESH IN  
THE RETROPERITONEAL VAGINAL VAULT PROLAPSE AND  
ENTEROCELE. A.M. J. OBSTET GYNECOL. SEPT. 15, 1985  
153 (2) 140-146.
- 16.- KASER O. IKLE FA. HIRSH HA.  
ATLAS DE OPERACIONES GINECOLOGICAS.- 4A. EDICIÓN  
EDICIONES TORAY, S. A. BARCELONA 1986.
- A) CONDUCTATA EN CASO DE ENTEROCELE  
12:25, 12:28-12:34, 12:45
- B) TRATAMIENTO DE ENTEROCELE  
12:54-12:57
- C) TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL  
Y ENTEROCELE  
12:58-12:62
- D) TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CUPULA POST-  
HYSTERECTOMIA  
6.6-6.9

- 17.- IRIS DE LA CRUZ S., JIMÉNES SOLIS, G. A.  
TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVIGENITAL  
POSTHISTERECTOMIA ANALISIS PREELIMINAR DE LOS  
FACTORES ETIOPATOLOGICOS  
TESIS DE POSTGRADO, H.G.O., NÚM. 4 LUIS CASTELAZO  
AYALA.- 1987.
- 18.- HOROL P, DRUTZ, M.D. AND LILY S. CHA, M.D.  
MASSIVE GENITAL AND VAGINAL VAULT PROLAPSE TREATED  
BY ABDOMINAL VAGINAL, - SACROPEXY WITH USE OF MARLEX  
MESH REVIEW OF THE LITERATURE  
AM. J. OBSTET. GYNECOL. 156 (2).- FEB. 1987:  
387-392.
- 19.- STEPHEN H. CRUICKSHANK, M.D.  
PREVENTING POSTHISTERECTOMY VAGINAL VAULT PROLAPSE  
AND ENTEROCÉLE DURING VAGINAL HYSTERECTOMY  
AM. J. OBSTET. GYNECOL, JUN. 1987, 156 (2);  
1433-1440.
- 20.- STEPHEN H. CRUICKSHANK M.D., ANA R. L., PIXLEY M.D.  
METHODS OF VAGINAL CUFT CLAUSURE AND PRESEVATION  
OBST. AND GYNECOL. JUL. 1987. 70 (1): 61, 63.