

11217  
43  
20j



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital de Ginecología y Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"  
Jefatura de Enseñanza e Investigación  
Instituto Mexicano del Seguro Social

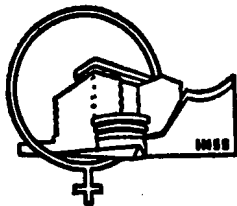
TRASTORNOS DE ESTÁTICA PELVIGENITAL  
POST HISTERECTOMIA: ANÁLISIS PRELIMINAR  
DE LOS FACTORES ETIOPATOGÉNICOS.

TESIS DE POSTGRADO  
Que para obtener el Título de Especialista en:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DR. GUILLERMO ALBERTO JIMENEZ SOLIS

Asesor: DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ



México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1987



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 .....	1
MATERIAL Y METODO .....	9
DISCUSION Y RESULTADOS .....	11
CONCLUSIONES .....	26
BIBLIOGRAFIA .....	29

## INTRODUCCION

La histerectomía es uno de los procedimientos más comúnmente empleados en la cirugía de la especialidad, ya que resuelve gran parte de los problemas ginecológicos de la mujer.

Aún cuando a través del tiempo se ha llegado a un gran perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, así como de los cuidados pre y post operatorios, la morbilidad producto de esta intervención continúa siendo objeto de estudio por parte del cirujano con el afán de disminuir las complicaciones que se presentan a corto, mediano y largo plazo.

La práctica de la histerectomía a través de los años ha experimentado múltiples cambios a partir del primer reporte conocido realizado por Freund en 1878 y del cual se desconocen los aspectos de morbi-mortalidad; Stimpson en 1889 y Polk en 1892 hicieron modificaciones a la técnica en relación a los puntos de sutura de la cúpula vaginal. Wertheim en 1901 propone dejar la cúpula abierta. Masson en 1927 y Graves en 1928 practicaron la técnica con cúpula cerrada. Richardson en 1929 realiza la técnica en "T" de la fascia, con sutura especial en las comisuras vaginales y dejando un drenaje en el fondo de saco. Burch en

1955 cierra la vagina completamente.

Sin embargo, bien cabe resaltar que la vía vaginal es del dominio exclusivo del ginecólogo, y consecuentemente es fundamental el conocimiento de su técnica, indicaciones y complicaciones que se ven implicadas en esta vía de abordaje.

Gray (3) en su revisión de 30 años sobre 1976 casos de histerectomía vaginal encontró como complicaciones tempranas la hemorragia, la infección de vías urinarias y las fistulas genitourinarias; y como tardías al cistorectocele, el enterocele y la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Nichols (4) ha recalcado en sus estudios que la proximidad anatómica de los órganos genitales al sistema urinario pélvico, explica perfectamente que el desplazamiento de la vagina y el útero afectan a la vejiga y la uretra. Un gran cistocele produce casi siempre sobredistensión crónica de la vejiga con descompensación e hipotonía, lo que puede culminar en un volumen importante y persistente de orina residual que propicia la aparición de incontinencia por rebosamiento.

Uno de los más molestos síntomas de la edad avanzada y de la paridad en la mujer es la insidiosa y progresiva pérdida del control urinario (10).

Si bien el problema comienza con pérdida de la continencia de la uretra, en casos donde hay un aumento de la presión sobre el diafragma pelviano, el problema de la incontinencia urinaria aumenta con la edad, hasta el grado - en que la paciente debe usar un apósito.

Este síntoma se asocia generalmente con el cistocele y uretrocele, causados por una relajación de la porción anterior del diafragma pélvico y urogenital.

Con el fin de contener la orina debe existir un adecuado gradiente de presión entre la uretra y la vejiga, -- así como una función normal del músculo detrusor. En su posición normal intrabdominal, la uretra posterior está sujeta a la transmisión de la presión intrabdominal. En la incontinencia urinaria de esfuerzo existe un desequilibrio - en el gradiente de presión uretrovesical (10).

Enhorning hizo una significativa contribución al - demostrar que la presión uretral superior en una paciente normal era siempre mayor que la presión intravesical (10).

El enterocele, o hernia producida a través del fondo de saco de Douglas, no es tan frecuente como el recto o cistocele, pero su reconocimiento diagnóstico es de gran importancia quirúrgica. El fracaso en el diagnóstico del -

enteroceles cuando se presenta con un rectocele, significa el fracaso en obtener un resultado quirúrgico adecuado. Los factores más importantes para la formación de un enterocele son: el prolapso del útero y el parto. La hernia de los intestinos a través de la parte más superior de la vagina, ocasionalmente se presenta después de una histerectomía vaginal; y cuando se presenta, la causa pudo ser un punto débil provocado probablemente por isquemia y necrosis del tejido en los extremos distales de los ligamentos cortados, lo que ocasiona que no haya un sólido sostén en el piso pelviano recientemente formado.

El contenido del saco suele ser intestino o epiplón, y casi nunca se ha observado estrangulación del primero. El reconocimiento del orificio (defecto) anatómico es el primer factor esencial en la curación.

Cuando el enterocele y rectocele coexisten, el diagnóstico puede hacerse muchas veces por inspección. La división entre ambos está marcada por un surco transversal, situado inmediatamente por arriba del rectocele. Finalmente un tacto rectal demostrará si el rectocele es distinto del abombamiento a mayor altura causado por el enterocele.

Durante el último cuarto de siglo hemos observado el creciente uso de la histerectomía vaginal como el méto-

do de tratamiento quirúrgico del prolapso uterino junto - con la presencia de un cistocele, rectocele o enterocele, y uno de los problemas que se tenían en los primeros años era que se pasaba inadvertido el enterocele. Al no corregir este defecto se producía una alta incidencia de prolapso de la bóveda vaginal.

Symmonds (9) hacia 1981 enfatizaba ya que el enterocele con o sin prolapso de cúpula, el cistocele y el rectocele post histerectomía, representan una condición estre sante para la paciente y el cirujano.

Este mismo autor ha sugerido que la evaluación del intervalo de tiempo entre la histerectomía y la instalación de los síntomas para el prolapso, provee información de significado etiológico: por ejemplo en su revisión de 181 pacientes, en 66 (37%) el prolapso no se hizo sintomático sino 10 años después de la histerectomía; esto supone que la edad avanzada, el stress ocupacional y la relajación de tejidos en la postmenopausia, pueden ser de importancia etiológica. Igualmente un 37% en las que el prolapso produjo síntomas en menos de 2 años, esta recurrencia temprana sugiere un defecto en la técnica quirúrgica de la histerectomía. Finalmente en 24% de los casos el prolapso fue sintomático en un lapso de 2 a 10 años. La



causa en este grupo es menos aparente pero se piensa que representa la progresión de una relajación vaginal preexistente y que no fue corregida durante la histerectomía. Otras representan insuficiencia gradual de las estructuras de soporte causadas por cicatrización defectuosa por hematomas o infección.

Gray (3) reporta que el prolapso de cúpula después de una histerectomía es más bien raro, y que puede ser solo un cistocele o rectocele recurrentes.

Contrariamente a esto, Richter (7), señala una frecuencia de prolapso del 2 al 18.2%, y menciona que la extirpación de grandes tumores pélvicos o las operaciones de antifijación que amplían el fondo de saco de Douglas, dan lugar al prolapso del muñón vaginal.

**SINTOMATOLOGIA.** La incomodidad causada por el prolapso al sentarse o caminar, así como durante las relaciones sexuales, es motivo de inquietud para la paciente. Las molestias usuales incluyen sensación de presión hacia abajo, exudado sanguinolento cuando hay erosión y dolor lumbar. El rectocele puede ocasionar dificultades en la defecación, mientras un enterocele produce dolor abdominal -- inespecífico tipo cólico.

La existencia en una paciente de hernias, varices

y sus trastornos relacionados, indica una tendencia constitucional al prolapso.

Es de llamar la atención que aunque el enterocele y el prolapso de cúpula se consideran con frecuencia como -- complicación de la histerectomía vaginal, la histerectomía abdominal es responsable en casi la misma frecuencia. En efecto varios autores están de acuerdo en que el prolapso de cúpula y el enterocele después de una histerectomía vaginal ha sido disminuído importantemente como resultado de la adopción de la técnica de Heaney modificada (8, 9).

Normalmente la porción superior de la vagina está -- suspendida en el área presacra mediante la fascia endopélvica y sus condensaciones, así como por los musculos elevadores (4, 12). Estos autores concluyen que el objetivo de -- una reconstrucción vaginal debe restaurar las relaciones -- anatómicas normales, principalmente proporcionando una profundidad y soporte adecuado al eje vaginal.

Por otra parte Rudigoz (8) en su reporte de 45 casos sobre prolapso post histerectomía encontró que 26 eran post histerectomía subtotal, 9 post histerectomía abdominal y 10 post vía vaginal. Menciona que es raro este tipo de trastornos y que no dependen del tipo de histerectomía, sino más bien destaca el hecho de pasar por alto los tras-

tornos concomitantes al momento de la histerectomía.

Recientemente Burch (2) notó que el enterocele puede ser una complicación de la fijación retropúbica para la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que suspender la pared vaginal anterior promueve relajación de la pared posterior permitiendo el enterocele. Igualmente Symmonds observó algo similar en 17 pacientes a quienes se efectuó una suspensión uretrovesical retropúbica del tipo Marshall-Marchetti-Krantz, después de una histerectomía.

Asimismo Woodside (11) recientemente ha descrito -- que la disfunción del detrusor en pacientes post histerectomía es producto de una disección quirúrgica extensa perivesical que interfiere con la inervación e irrigación vesicales, y con el drenaje linfático de la región, amén de -- otros factores contribuyentes como alteración del tono miogénico del detrusor, cistitis, trauma por catéter y factores psicológicos.

Dado que la información vertida en la literatura no cuenta con un criterio uniforme en relación a la etiología de algunas complicaciones tardías de la histerectomía (trastornos de estática pélvica e incontinencia urinaria de esfuerzo), es necesario analizar en forma preliminar la experiencia que el hospital tiene en este renglón con objeto de normar un criterio diagnóstico y terapéutico.

## MATERIAL Y METODO.

En el módulo de incontinencia urinaria del Servicio de Ginecología del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 - "Luis Castelazo Ayala", se revisaron en forma retrospectiva, de febrero de 1984 a septiembre de 1986, los expedientes clínicos de 744 pacientes con algún trastorno de estática pélvica del tipo: cistocele, rectocele, incontinencia urinaria de esfuerzo, enterocele o prolapso de cúpula.

De estas pacientes se encontró que en 21 (3%) tenían el antecedente de histerectomía abdominal o vaginal previa, y a quienes posterior a ésta intervención se les diagnosticó algún trastorno de estática.

En el presente estudio se analizarán los resultados encontrados en estas 21 pacientes con el objeto de demostrar o no la relación entre los factores causales descritos en la histerectomía y la aparición de los trastornos antes mencionados.

Para la captación y registro de datos sobre las pacientes que integraron la muestra, se diseñó un formato - que incluyó la siguiente información y sobre la cual se analizaron los resultados que posteriormente serán mencionados:

1. FICHA DE IDENTIFICACION: Nombre, filiación, edad y ocupación.
2. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Enfatizando la presencia de diabetes, hipertensión y cirugía previa.
3. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS.
4. TIPO, INDICACION Y FECHA DE HISTERECTOMIA.
5. INFORMACION SOBRE DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS DE ESTÁTICA PREVIOS A LA HISTERECTOMIA Y SI SE CORRIGIERON DURANTE LA MISMA.
6. INFORMACION SOBRE TRASTORNOS DE ESTÁTICA POST HISTERECTOMIA, Y TIPO DE CIRUGIA CORRECTORA.
7. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE HISTERECTOMIA E INICIO DE SINTOMAS DE TRASTORNOS DE ESTÁTICA.
8. SINTOMAS CARDINALES POST HISTERECTOMIA.
9. SEGUIMIENTO Y EVOLUCION DE LAS PACIENTES UNA VEZ SOMETIDAS A ALGUN TIPO DE CIRUGIA.

La información de estos puntos permitió indagar los factores que contribuyeron a la aparición de trastornos de estática post histerectomía.

## DISCUSION Y RESULTADOS.

Después de la revisión del contenido de los expedientes clínicos, se encontró que la edad de las pacientes fluctuó de 30 a 80 años; y la más alta frecuencia la encontramos entre los 40 y 49 años con 8 casos (38%). Cuadro 1.

La paciente más joven con trastornos de estática post histerectomía fue de 32 años a quien se le realizó histerectomía abdominal más ooforectomía izquierda por miomatosis uterina y quiste ovárico. En ella existían trastornos de estática previos a la histerectomía que no fueron corregidos durante la misma.

Tomando en cuenta la recomendación de Symmonds sobre el intervalo de tiempo entre la histerectomía y la presencia de trastornos de estática como información del significado etiológico se encontró que: en nuestra revisión, la ocupación de las pacientes no tuvo relación alguna con su aparición, ya que el 100% de las pacientes se dedicaban a labores domésticas. En lo referente a los antecedentes personales cabe mencionar que casi la mitad de las pacientes eran portadoras de alguna enfermedad crónica degenerativa del tipo hipertensión arterial (9 casos) o diabetes mellitus (1 caso). Tabla II. En la Tabla III podemos apreciar que el 47% de las pacientes tenían alguna ciru-

gía previa, siendo la colpoperineoplastia el procedimiento más frecuente con 4 casos (20%). Vale la pena comentar que una paciente con hernioplastia inguinal previa tuvo recidiva de la misma, siendo sometida a histerectomía vaginal -- por prolapso uterino grado III y quien desarrolló a los 6 meses de la histerectomía enterocele y prolapso de cúpula. Toda esta secuencia de presentación habla en alguna forma de una predisposición constitucional hacia la relajación - de tejidos de sostén.

En lo que se refiere a la paridad de las pacientes se encontró que el mayor número estuvo constituido por -- aquellas que tuvieron de 3 a 6 partos en 10 casos (48%). Cuadro IV. No tuvimos en nuestro estudio pacientes nulíparas. Sin embargo al igual a como lo ha referido Richter - (7) pudimos corroborar en nuestro estudio que el 76% de - las pacientes tuvieron más de 4 partos, y el 43% fueron - grandes multíparas.

En relación al tipo e indicación de la histerectomía, a la mayoría de las pacientes (80%) se les practicó histerectomía total abdominal, y el resto fueron por vía vaginal. Cuadro V.

La principal indicación para la vía abdominal fue la miomatosis uterina con 8 casos (47%), seguido del san

grado genital anormal con 5 casos, y finalmente en 4 no se logró identificar la indicación. Entre éstas últimas se tuvo una paciente con cesárea hysterectomía (único caso de indicación obstétrica) de 47 años de edad y quien a los 10 años de la cirugía desarrolló incontinencia urinaria de esfuerzo y cistorectocele. Hubo un sólo caso de hysterectomía subtotal. De las pacientes abordadas por vía vaginal el descenso uterino fue la indicación predominante.

Desafortunadamente en nuestro estudio no pudimos registrar información alguna sobre las complicaciones tempranas post hysterectomía del tipo hematomas infección o lesión a órganos vecinos, ya que la mayoría de las pacientes se les efectuó la hysterectomía en otra unidad hospitalaria.

Ya varios autores (8, 9) han publicado que los trastornos de estática post hysterectomía podrían estar condicionados más frecuentemente al haberlos pasado por alto al momento de efectuar la hysterectomía, y no encontrarlos -- siempre como complicación tardía de ésta intervención quirúrgica. En nuestra casuística 4 pacientes corresponden a este apartado. Cuadro VI.

En la Tabla VII se describen 5 pacientes con diagnóstico preoperatorio de trastornos de estática que fueron



corregidas durante la intervención primaria.

Con respecto al grado de relajación pélvica en pacientes post histerectomizadas (Tabla IX), pudimos apreciar que en la mayoría se presentó cistocele (76%) siendo el de II grado el más frecuente. Sólo 5 casos desarrollaron rectocele sin predominio significativo de algún grado.

Sobre la duración de la incontinencia urinaria post histerectomía, el mayor número de pacientes (8 casos, 50%) la presentaron en un lapso de dos años posteriores a la intervención; y le siguieron en frecuencia 6 casos con más - de 6 años de duración. Tabla VIII.

Cabe mencionar que de los 21 casos analizados, 16 - (76%) presentaron tanto cistocele como incontinencia urinaria post histerectomía, constituyendo los trastornos más - frecuentemente encontrados posteriores a esta intervención.

En referencia a las pacientes con enterocele y prolapso de cúpula post histerectomía, las encontramos en 6 - de los 21 casos analizados, constituyendo el 28%.

Como se aprecia en la Tabla X sólo una paciente -- desarrolló enterocele, 3 prolapso de cúpula y 2 tanto prolapso como enterocele. Estos dos últimos casos fueron las pacientes con mayor paridad.

Un hallazgo interesante en nuestro análisis lo constituye la duración de los síntomas de trastornos de estática post histerectomía. Tabla XII. Si analizamos nuestros resultados en tres grupos, como lo ha hecho Symmonds, para verificar el significado etiológico en función del intervalo de tiempo entre el procedimiento quirúrgico y la aparición de los síntomas, encontramos que un gran número de pacientes los manifestaron entre los 2 y los 10 años después de la histerectomía (9 casos) (47%); sugiriendo que en -- ellas posiblemente tenga participación una relajación vaginal preexistente y progresiva, y que no fue reconocida o al menos corregida durante la histerectomía.

En seguida y de un alto significado encontramos 7 - pacientes (37%) quienes iniciaron síntomas de trastornos de estática antes de cumplir dos años de postoperatorio, - lo cual hace inferir un defecto en la técnica quirúrgica. Finalmente solo en 3 pacientes (15%) la sintomatología se instaló después de 10 años. Aquí la edad avanzada y la -- relajación de los tejidos en la post menopausia podrían - ser de importancia etiológica.

En la Tabla XIII observamos como el principal síntoma motivo de consulta por primera vez lo constituyó la incontinencia urinaria de esfuerzo en 10 casos (48%).

En las Tablas XIV y XV tenemos un resumen sobre el manejo y la evolución de las pacientes incluídas en el estudio como portadoras de trastornos de estática post histerectomía. En la primera de ellas destaca que solo una paciente ha presentado prolapso de cúpula y enterocele recurrentes; probablemente sea portadora de factor constitucional, ya que ha sido sometida previamente a otras cirugías. En la última tabla es evidente la favorable evolución de las pacientes, excepto en el caso número 12 en que después de 15 meses de haberse practicado la operación de Pereyra más colpoperienoplastia desarrolló enterocele y prolapso; se le programó nueva suspensión de cúpula y actualmente a 2 meses de postoperatorio su evolución es adecuada.

TABLA I

EDAD EN AÑOS	NO. PACIENTES	%
30 - 39	3	14
40 - 49	8	38
50 - 59	6	29
60 - 69	1	5
70 - 79	3	14
T O T A L	21	100

TABLA II ANTECEDENTES PERSONALES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ESTÁTICA POST HISTERECTOMIA.

TIPO	NO. PACIENTES
HIPERTENSION	9
OBESIDAD	3
DIABETES MELLITUS	1
HIPOTIROIDISMO	1
T O T A L	14

**TABLA III CIRUGIA PREVIA EN PACIENTES CON  
TRASTORNOS POST HISTERECTOMIA.**

<b>T I P O</b>	<b>NO. PACIENTES</b>
COLPOPERINEOPLASTIA	4
HERNIOPLASTIA INGUINAL	1
APENDICECTOMIA	2
O.T.B.	1
MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ	1
COLECISTECTOMIA	1

**TABLA IV ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

<b>P A R A</b>	<b>NO. PACIENTES</b>	<b>%</b>
I - II	4	19
III - VI	10	48
VII - XI	7	33

TABLA V INDICACIONES DE HISTERECTOMIA

	H.T.A.	H.V.
MIOMATOSIS	8	-
DESCENSO UTERINO	-	2
SANGRADO GENITAL	5	-
DESCONOCIDA	4	2
T O T A L	17	4

TABLA VI PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE IUE O TRASTORNOS DE ESTATICA QUE NO SE CORRIGIERON DURANTE HISTERECTOMIA.

TIPO	DURACION	CIRUGIA REALIZADA
I.U.E.	3 AÑOS	H.T.A.
I.U.E.	5 AÑOS	H.T.A.
I.U.E.	13 AÑOS	H.T.A.
I.U.E. MAS CISTOCELE	6 AÑOS	H.T.A.

TABLA VII PACIENTES CON DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE TRASTORNOS DE -ESTATICA A QUIENES SE CORRIGIO DURANTE LA HISTERECTOMIA.

TIPO DE TRASTORNO	HTA	HV	CIRUGIA CORRECTORA
CISTOCELE MAS I.U.E.	1	1	COLPOPERINEOPLASTIA
CISTORECTOCELE	-	1	COLPOPERINEOPLASTIA
CISTORECTOCELE MAS I.U.E.	1	1	COLPOPERINEOPLASTIA

TABLA VIII INCIDENCIA Y DURACION DE INCONTINENCIA DE ESFUERZO POST HISTERECTOMIA.

DURACION AÑOS	NO. PACIENTES	%
0 - 2	8	50
2 - 4	1	6
4 - 6	1	6
MAS 6	6	38

**TABLA IX GRADO DE RELAJACION DIAGNOSTICADA  
POST HISTERECTOMIA.**

CISTOCELE		RECTOCELE	
GRADO	NO. PACIENTES	GRADO	NO. PACIENTES
I	2	I	-
II	12	II	2
III	2	III	3

**TABLA X NUMERO DE PACIENTES CON ENTEROCELE  
Y PROLAPSO DE CUPULA POST HISTEREC  
TOMIA.**

ENTEROCELE	1
PROLAPSO DE CUPULA	3
MIXTO	2
T O T A L	6



TABLA XI TIPO DE HISTERECTOMIA Y TRASTORNOS POSTERIORES.

TRASTORNO POSTHISTERECTOMIA	HISTERECTOMIA		NO. PACIENTES
	ABDOMINAL	VAGINAL	
CISTOCELE	1	-	1
HECTOCELE	1	-	1
I.U.E.	1	1	2
PROLAPSO CUPULA	3	2	5
ENTEROCELE	1	-	1
MIXTAS	8	1	9
T O T A L	15	4	19

TABLA XII DURACION DE SINTOMAS DE TRASTORNOS DE ESTATICA POST HISTERECTOMIA

NO. AÑOS	NO. PACIENTES	%
0 - 2	7	37
2 - 4	2	11
5 - 7	5	26
9 - 10	2	11
MAS 10	3	15

**TABLA XIII SINTOMAS CARDINALES POST HISTERECTOMIA  
MOTIVO DE CONSULTA.**

<b>T I P O</b>	<b>NO. CASOS</b>	<b>%</b>
<b>I.U.E.</b>	10	48
<b>CUERPO EXTRAÑO</b>	3	14
<b>DISPAREUNIA Y RUIDOS INTESTINALES AL COITO</b>	1	5
<b>MIXTAS</b>	6	28
<b>OTRO:</b>		
<b>PESANTES ABDOMINAL</b>	1	5
<b>T O T A L</b>	21	100

TABLA XIV CASOS DE PROLAPSO DE CUPULA Y ENTEROCELE  
EN EL H.G.O. 4 DE FEBRERO DE 1984 A --  
SEPTIEMBRE 1986.

NO.	EDAD	CIRUGIA PREVIA	INTERVALO	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	RESULTADO
1	58	HTA MAS COLPOS	11 AÑOS	CORRECCION ENTEROCELE	1 AÑO BIEN
2	79	HTA MAS COLPOS	16 AÑOS	SUSPENSION CUPULA	NO ACUDIO
3	76	HV MAS COLPOS	6 MESES	CORRECCION ENTEROCELE Y COLPECTOMIA-LAPHART	6 MESES BIEN
4	70	HTA MAS MMK	19 AÑOS	SUSPENSION CUPULA MAS PEREYRA	1 AÑO BIEN
5	56	HTA	7 AÑOS	SUSPENSION CUPULA MAS PEREYRA Y COLPOS	1 MES BIEN
6	59	HV	7 AÑOS	CORRECCION ENTEROCELE Y PROLAPSO DE CUPULA	6 MESES RECURRENCIA ENTEROCELE Y PROLAPSO

TABLA XV CASOS DE CISTOCELE, RECTOCELE E I.U.E.  
EN EL H.G.O. No. 4

NO.	EDAD	CIRUGIA PREVIA	INTERVALO	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	RESULTADO
1	40	HTA	1 AÑO	PEREYRA MAS COLPOS	6 MESES BIEN
2	49	HTA MAS SOB	7 AÑOS	PEREYRA	1 AÑO BIEN
3	50	COLPOS	11 AÑOS	HTA MAS MMK	10 MESES BIEN
4	47	HTA MAS MMK	1 AÑO	PEREYRA	1 AÑO BIEN
5	36	HTA MAS MMK			18 MESES BIEN
6	60	HV MAS COLPOS	4 AÑOS	MMK	1 AÑO BIEN
7	47	CESAREA-HISTE RECTOMIA	11 AÑOS	MMK	18 MESES BIEN
8	45	COLPOS	1 AÑO	HTA MAS MMK	1 AÑO BIEN
9	58	HTA	11 AÑOS	PEREYRA	1 AÑO BIEN
10	46	HTA MAS SOB	5 MESES	MMK	1 AÑO BIEN
11	57	HV MAS COLPOS	8 AÑOS	MMK	1 MES BIEN
12	46	HTA	7 AÑOS	PEREYRA MAS COLPOS	15 MESES APARECE ENTEROCELE Y -- PROLAPSO CUPULA
13	37	HTA	5 AÑOS	PEREYRA	6 MESES BIEN
14	40	HTA	1 AÑO	PEREYRA Y COLPOS	6 MESES BIEN
15	37	HTA MAS OI	2 AÑOS	COLPOS	16 MESES BIEN

## CONCLUSIONES

1. La histerectomía es un procedimiento en ginecología - con indicaciones precisas y cuya técnica quirúrgica - es del dominio exclusivo del cirujano ginecólogo, sin embargo a pesar de que la mortalidad en nuestra revisión es de cero, su morbilidad, en función de las com plicaciones tardías (trastornos de estática), es un - tópico poco documentado en la literatura y para lo - cual es necesario contar en nuestro medio con informa ción al respecto con el propósito de brindar a las pa cientes un diagnóstico y tratamiento razonable y obje tivo.
2. La multiparidad es un factor predominante en la apar i ción de dichos trastornos.
3. En nuestra revisión casi una tercera parte de las pa cientes eran portadoras de algún problema de estática pélvica y a quienes no se les corrigió durante la his terectomía.
4. De las pacientes estudiadas el 28% presentaron entero<sub>cele</sub> y/o prolapso de cúpula vaginal post histerecto<sub>mía</sub>.

5. Un hecho que resalta en nuestro estudio es que en las pacientes con antecedente de una cistoureteropexia retroperitoneal (operación de Pereyra, Marshall-Marchetti) éste es un probable factor condicionante para el desarrollo de un enterocele.
6. Con respecto a la duración de los síntomas de trastornos de estática post histerectomía, se encontró que el mayor número de casos los presentaron en los primeros dos años de realizada, lo cual puede hacer inferir un defecto en la técnica quirúrgica.
7. Sobre los resultados obtenidos en el manejo del enterocele y prolapso de cúpula post histerectomía podemos inferir que, a pesar de que son pocos los casos estudiados, en general han logrado buena evolución en el corto lapso de tiempo en el que se les ha seguido, todo lo cual indica que esta línea de investigación clínica debe continuarse.
8. Un punto fundamental a destacar en esta revisión lo constituye el hecho de tener presente que durante un procedimiento del tipo de la histerectomía, se deben valorar en forma integral los trastornos de estática concomitantes que sean susceptibles de corregir durante el mismo procedimiento quirúrgico, con el obje

to de evitar por una parte el someter a la paciente a un nuevo riesgo anestésico-quirúrgico, y por otra com plicaciones que contribuyan a agravar la relajación - de estructuras ya sensibles.

9. Finalmente creo que la enseñanza de la técnica quirúr gica para la histerectomía tanto abdominal como vagi- nal es primordial para el personal en adiestramiento (Residentes), ya que su cabal dominio evitará compli- caciones del tipo de trastornos de estática, que se-- gún nuestra revisión es de los factores etiopatogéni- cos de mayor peso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Birnbaum S.: Rational Therapy for the prolapsed vagina. Am.J.Obstet. Gynecol. 1973;115(3):411-419.
2. Burch J: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence cystocele and -- prolapse. Am.J.Obstet.Gynecol.1961;81(2):281-290.
3. Gray L: Complicaciones de la cirugía vaginal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica.1982;25(4): 863-881.
4. Nichols D: Efectos de la relajación pélvica sobre los - problemas urológico-ginecológicos. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. 1979;797-812.
5. Norman T: Repair of vaginal prolapse after hysterectomy. Am.J.Obstet.Gynecol.1983;147:140.
6. Ricaud R.: MOrbimortalidad de la histerectomía abdominal. Tesis Generación. 1976-1979; AMERGO.
7. Richter K: Eversión masiva de la vagina: patogenia, diag nóstico y tratamiento del prolapso verdadero del muñón - vaginal. Clin. Obstet. Gynecol. 1982;25(4):740-764.
8. Rudigoz R: Les prolapsus après husterectomie.J.Gyn.Obstet Biol.Reprd.1981;10:241.
9. Symmonds R: Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. Am.J.Obstet.Gynecol.1981;140:852.
10. Te Linde: Operatoria Ginecológica.3a. Ed., Méx., D.F.; Editorial Interamericana, 1984:401-435.
11. Woodside J: Detrusor hypertonicity as a late complication of a Wertheim hysterectomy.The Journal of Urology.1982; 127 (6).
12. Zacharin R: Pulsion enterocele:review of functional -- Anatomy of the pelvic floor. Journal of the American -- College of Obstetricians and Gynecologists.1980;55(2).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA