

11217 024/17
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA I.M.S.S.

PREVALENCIA DE LA CONGESTION PELVICA
CRONICA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES
CON HISTERECTOMIA POR PATOLOGIA BENIGNA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. EDGARDO JULIAN BENAVIDES ARCOS



IMSS

[Handwritten signature]

ASESOR: DR. ROBERTO MARIO NAVA SACCA

COLABORADOR: DR. FRANCISCO ROBERTO HERNANDEZ ALEMAN

[Handwritten signature]

MEXICO, D. F. CENTRO MEDICO LA RAZA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Instituto de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Enseñanza e Investigación

1991/63

1998



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.

AGRADECIMIENTOS

DR. ROBERTO MARIO NAVA BACCA

Quien colaboró en la enseñanza y formación de mi especialidad

DR. FRANCISCO ROBERTO HERNANDEZ ALEMAN

Gracias por su valiosa colaboración al ser Ud. el artifice en la culminación de esta tesis

A mis compañeros Ruth Olave y Antonio Majjul que juntos con sus cónyuges e hijos compartieron alegrías y tristezas y que nuestra amistad perdure

A mis compañeros mexicanos por brindarme la oportunidad de ser su amigo.

A México país que siempre quise conocer y me dio la oportunidad que siempre anhele.

" GRACIAS MÉXICO "

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES

+
Rafael
y
María

Por haberme guiado por el camino de la responsabilidad, respeto y dedicación

A mi esposa

Patricia López, la compañera de sufrimientos y alegrías, por saber afrontar con paciencia y resignación la ausencia de sus seres queridos y que con su sonrisa hacia mitigar el cansancio diario

A mis hijos Sebastián que con tu compañía y alegría me diste el valor suficiente para seguir adelante. A Nathalie la que en ausencia me acompañó con su corazón y alma tus cartas y tú voz me hacían sentir alegría de saber que en la distancia hay quien respira amor.

A mis hermanos quienes con su apoyo moral, siempre creyeron en mi, dios los bendiga.

ÍNDICE

	PAGINA
1.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1-3
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	5
4.- HIPÓTESIS	6
5.- DISEÑO EXPERIMENTAL	7
6.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	7
7.- IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	8-11
8.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	12
9.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	13
10.- RESULTADOS	14-15
11.- DISCUSIÓN	16
12.- BIBLIOGRAFÍA	17
13.- ANEXOS	

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La congestión pélvica crónica pura se conoce desde fines del siglo pasado, su concepto ha tenido múltiples definiciones y su causa aún permanece sin resolver, sin embargo sus manifestaciones clínicas son actualmente más aparentes gracias a los avances tecnológicos en el diagnóstico ginecológico. La prevalencia real de la congestión pélvica crónica se desconoce y una cifra aproximada está dada por las pacientes que consultan por dolor pélvico crónico que origina 2 al 10% de las consultas ginecológicas. De estas pacientes 53% padece congestión pélvica crónica y su edad fluctúa entre los 20-29 años, 37% tienen de 30-39 años (1-2). La congestión pélvica crónica afecta a mujeres en edad reproductiva y su etiología puede ser primaria (idiopática) ó secundaria (sintomática), se ha descrito en mujeres multiparas que tienen varicocidades pélvicas importantes, con flujo retardado en las venas pélvicas, lo que provoca estasis concomitante y congestión. En la mujer el plexo pampiniforme se hipertrofia y forma varices con mayor frecuencia en el lado izquierdo, dado que anatómicamente las venas uteroováricas desembocan en el lado izquierdo en la vena renal (igual que en el hombre que padece varicocele escrotal izquierdo). En la mujer hay congestión pélvica, y si este efecto congestivo es frecuente, repetitivo y persistente puede desarrollar panvaricocele pélvico que involucra útero, ovarios, ligamentos, fondo de saco y vejiga (1-2).

Beard y colaboradores en 1984 demostraron que el 91% de las mujeres con dolor pélvico crónico presentaban congestión pélvica en plexo ovárico y ligamento ancho, diagnosticados mediante venografías pélvicas (3).

Taylor en una excelente revisión, publica en 1949, tres artículos en donde expone cuatro mecanismo hipotéticos como causa de congestión pélvica crónica (1,4,5):

1.- Los mecanismos circulatorios del aparato reproductor son lábiles y cuando son estimulados por factores hormonales o del sistema nervioso pueden reaccionar rápidamente por medio de incrementos locales del volumen intravascular y también por edema tisular local.

2.- La ingurgitación vascular local es capaz de causar dolor, variaciones menstruales y trastornos secretorios.

3.- Los cambios vasculares pueden afectar solamente un órgano pero a menudo se generalizan en todo el aparato reproductor, afectando útero, anexos e incluso mamas.

4.- El efecto de la congestión, la hiperemia y el edema en primer lugar son temporales y reversibles pero más tarde, si la congestión ha persistido por meses o años puede ocasionar cambios permanentes mediante la hiperplasia del tejido conectivo de los órganos de la reproducción.

Taylor además señala cuatro factores que solos o combinados pueden causar los cambios circulatorios pélvicos.

a).- El primer factor mecánico incluye los efectos de la gravedad en la postura, la debilidad de los medios de apoyo aponeurótico en la pelvis y los problemas funcionales del recto sigmoides. Señalo que había dilatación fácil de las venas pélvicas, deficiencia de sus válvulas y debilidad relativa en sus puntos de fijación entre la adventicia y el tejido conectivo vecino. La ausencia de válvulas y la debilidad de las paredes de las venas podría ser causa que surgieran las varicocidades en el ligamento ancho, similar a las que se observan en la hemorroidales. Taylor pensó que en algunas mujeres dichas venas podían mostrar un ataque "constitucional", particularmente en las personas con debilitamiento de los medios de fijación de la pelvis como consecuencia del parto. El sistema venoso de la pelvis es rico en anastomosis y por ello la ingurgitación de los órganos de la reproducción también afectan la vejiga y recto.

b).- El segundo factor es el inflamatorio. Inicialmente la inflamación puede provocar hipertermia local; sin embargo Taylor propuso que la parametritis aguda o subaguda pueden tener un efecto lesivo en las venas y linfáticos del aparato genital y la pelvis. Sin duda la flebitis ocasionará más daño.

c).- El tercer factor es el estrogénico, este ocasiona hipertermia y retención de líquidos, indicando que solo en raras ocasiones se presenta en postmenopáusicas.

d).- El cuarto factor destaca los efectos del sistema nervioso autónomo indicando que el parasimpático ocasiona dilatación de vasos genitales y el simpático los constriñe, y que estos sistemas se modificarían por estímulos sensitivos locales y por estímulos psíquicos de naturaleza sexual o no.

En su artículo de etiología y terapia Taylor menciona como causa de congestión pélvica crónica a las neoplasias pélvicas, como: adenomiosis, miomatosis, endometriosis y neoplasias mixtas: epiteliales, fibróticas y del estroma muscular. Algunas de estas mujeres cursan con infertilidad y más aún si son solteras hacen que por repetidos ciclos menstruales desencadenen congestión pélvica (5).

Como hallazgos histopatológicos Taylor y Steam en 1949 y 1965 respectivamente en piezas operatorias establecen una secuencia patológica de congestión, edema y fibrosis. Inicialmente los vasos sanguíneos se dilatan, posteriormente en etapas tardías se reducen en número y tamaño, proliferando el tejido conectivo denso de las fibras elásticas y la esclerosis de las paredes vasculares. La histología de las paredes de los vasos varicosos pélvicos es similar a las encontradas en los miembros pélvicos. Macroscópicamente el útero se encuentra aumentado de tamaño y volumen en forma uniforme esta hiperémico y brillante con edema o bien con apariencia cianótica, casi siempre en retroflexión debido al edema que reblandece los ligamentos de soporte uterino. También puede observarse un útero geográfico por alternancia de zonas de isquemia e hiperemia, de consistencia blanda, con vasos dilatados en especial a nivel del ligamento infundibulopélvico y que es conocido como varicocele pélvico, de igual forma esta alteración puede apreciarse en la porción inferior del ligamento ancho y uterosacros. Los ovarios se encuentran aumentados de tamaño y son fibrosos, quísticos y edematosos, las salpinges se aprecian con edema hiperemia y congestión. A nivel de fondo de saco posterior se puede encontrar líquido de ascitis escaso. El cervix se aprecia aumentado de tamaño, de coloración violácea y edematoso. La actividad secretora del epitelio cervical aumentada, produce leucorrea acuosa y datos de cervicitis crónica (2,4). Microscópicamente las arterias presentan engrosamiento de sus paredes con endoarteritis, fibrosis y hialinización de la túnica íntima y media. Hay hipertrofia de la túnica muscular y proliferación del endotelio capilar (6).

En base a los estudios de Taylor muchos autores han realizado estudios corroborando tales datos, Hodgkinson reporta que la capacidad de las venas ováricas pueden aumentar hasta 60 veces en el embarazo y persistir hasta 6 meses postparto (7). En 1984 Beard encontró por venografía en las pacientes con congestión pélvica crónica: aumento de grosor en las venas ováricas y mayor tiempo de aclaramiento, y las clasificó mediante puntajes de acuerdo a la severidad de los casos (3). Durante la menstruación la congestión vascular aumenta en 20 a 30% con un pico máximo una semana antes, implicándose estos cambios en el ciclo ovárico al influjo directo de los estrógenos, progesterona y prostaglandinas. Allen y Masters mencionan el dolor pélvico crónico como consecuencia de desgarras traumáticos de los medios de fijación uterinos por técnicas obstétricas inadecuadas. Reginald en 1987 empleó dehidroergotamina como vasoconstrictor, administrada por vía intravenosa durante un ataque agudo de dolor pélvico, las pacientes presentaron mejoría y demostró que el dolor es consecuencia de la congestión pélvica (8).

De este modo, el concepto de congestión pélvica crónica seguida de fibrosis hizo que Taylor describiera el síndrome de congestión-fibrosis, clasificándolo como un cuadro de trastorno vascular y del sistema nervioso autónomo. Describe la típica paciente como: multipara en los años reproductivos que a menudo sufría de dispareumia, dismenorrea y anomalías menstruales como hipermenorrea, metrorragia y secreción vaginal. La mujer con dispareumia era descrita como "frígida" y se quejaba a menudo de dorsalgia premenstrual, disuria y urgencia miccional, el 60% tienen trastornos emocionales (9-10). Para el diagnóstico es importante un buen examen clínico, observación directa de los órganos pélvicos mediante laparoscopia y laparotomía, en la actualidad mediante el advenimiento del ultrasonido especialmente con la técnica transvaginal hay mejor accesibilidad a los órganos pélvicos, y mediante el ultrasonido doppler se visualiza mejor el aumento del flujo vascular pélvico (10-12).

En tesis de grado en el Hospital de Ginecología No. 3 del Centro Médico la Raza se realizaron dos estudios comprobando por medio de ultrasonido que las pacientes con diagnóstico clínico de congestión pélvica crónica tenían 74% hipertrofia uterina y 67% el endometrio engrosado, con un rango de 9 a 19 mm (13). El diagnóstico clínico en este mismo hospital se puede realizar en 71% de los casos (14).

A través del tiempo se han realizado múltiples tratamientos: supresión de hormonas ováricas, inhibidores de prostaglandinas, progesterona sola o combinada con psicoterapia, análogos de la GnRh, histerectomía con y sin salpingo-ovorectomía, sola o combinada con terapia hormonal substitutiva. Todos estos tratamientos han reportado mejoría parcial y temporal existiendo regreso posteriormente a la sintomatología (15-18)

En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza se utiliza la histerectomía con y sin salpingo-ovorectomía como tratamiento definitivo para el síndrome de congestión pélvica crónica (13-14).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La congestión pélvica crónica es una entidad bien definida que afecta a mujeres en mayor proporción en edad reproductiva (1,2,4,5). Es un proceso evolutivo que inicia con un factor desencadenante pasando por congestión venosa, edema y fibrosis (2,4,5). Taylor en 1949 menciona cuatro mecanismos responsables, mecánico, hormonal, inflamatorio y del sistema nervioso autónomo (4). En estudios histopatológicos las arterias presentan engrosamiento de sus paredes, con endoarteritis, fibrosis e hialinización de la túnica íntima y media e hipertrofia muscular y proliferación del endotelio capilar (6).

En su búsqueda por diagnosticar y tratar adecuadamente esta patología ha hecho que el clínico busque métodos auxiliares que faciliten su labor. Muchos autores han tratado de encontrar su posible etiología sin que hasta el momento se pueda demostrar una base anatómo-patológica clara y bien definida pero todos están de acuerdo que ocurren cambios morfológicos de los órganos pélvicos así como ingurgitación del sistema venoso pélvico. (3,5,7,9).

En la actualidad la mayoría de los estudios de investigación clínica han sido dirigidos a cuantificar el síndrome de congestión pélvica crónica y existen pocos estudios que muestren la prevalencia de la misma en estudios histopatológicos y su asociación con los factores etiológicos propuestos por Taylor. Los hallazgos anatomopatológicos han sido bien descritos, sin embargo muchas mujeres con varicosidades no tienen sintomatología y el estudio histopatológicos ha reportado su presencia y su asociación con patologías orgánicas (1).

Actualmente, en la literatura nacional, no existen estudios que cuantifiquen la prevalencia del problema en estudios histopatológicos, ni los factores que se puedan asociar a ella, es por eso, que es necesario realizar las siguientes preguntas de investigación:

¿ Cual es la prevalencia de la congestión pélvica en pacientes sometidas a histerectomía por patología pélvica benigna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Medico la Raza ?

¿ Cual es la asociación que existe entre los factores mecánicos, inflamatorios y hormonales con la congestión pélvica crónica en pacientes sometidas a histerectomía por patología pélvica benignas en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza ?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia y factores asociados a la *congestión pélvica crónica* en pacientes sometidas a histerectomía por patología ginecológica benigna en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Medico la Raza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar la prevalencia de la *congestión pélvica crónica*.
- b) Determinar los factores mecánicos, hormonales e inflamatorios que se encuentran asociados a la *congestión pélvica crónica*.

HIPÓTESIS

En este apartado la hipótesis con respecto a la prevalencia, se trato como una expectativa empirica, se tomo como base el porcentaje que los autores consideraron que se presentaria en los estudios histopatológicos de las pacientes sometidas a histerectomía.

EXPECTATIVA EMPÍRICA

La prevalencia de la congestión pélvica crónica en estudios histopatológicos de pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna será aproximadamente del 16%.

SUSTENTO: Los cambios histopatológicos descritos por Kaupilla en la arterias en la congestión pélvica crónica son : engrosamiento de sus paredes, fibrosis e hialinización de la túnica íntima y media, Hipertrofia de la túnica muscular y proliferación del endotelio capilar.

HIPÓTESIS ALTERNA

La congestión pélvica crónica se asocia a factores mecánicos, hormonales e inflamatorios del tracto genital femenino.

SUSTENTO : Los eventos ginecológicos que se pueden asociar a la congestión pélvica crónica son: miomatosis, adenomiosis, endometriosis, trastornos de la estática pélvica, cervicitis crónica, hiperplasia endometrial , oclusión tubaría bilateral, tumores benignos anexiales (1,4,5).

HIPÓTESIS DE NULIDAD:

La congestión pélvica crónica no se asocia a factores mecánicos, hormonales e inflamatorios del tracto genital femenino.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA: $OR > 1$

La Razón de Momios como medida de asociación será mayor de 1, es decir que existe asociación entre los factores mecánicos, hormonales e inflamatorios y la presencia de congestión pélvica crónica en estudios histopatológicos de pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA NULA: $OR \leq 1$

La Razón de Momios como medida de asociación será igual o menor que 1, es decir que no existe asociación entre los factores mecánicos, hormonales, inflamatorios y la presencia de congestión pélvica crónica en estudios histopatológicos de pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna.

DISEÑO EXPERIMENTAL Y TIPO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal retrospectivo, analítico.

POBLACIÓN DE ESTUDIO :

Mujeres sometidas a histerectomía por patología benigna en el servicio de Ginecología durante el período comprendido entre el 1 de julio del 1996 al 31 de diciembre de 1996 realizadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Medico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna en el período previamente especificado y que cuenten con expediente clínico completo y resultado de patología

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes sometidas a histerectomía por patología maligna.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Que no tengan expediente clínico.

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

1).- Se solicitó en forma verbal y escrita la autorización a los servicios de Archivo, Patología y Ginecología para tener acceso a la información.

2).- Se realizó la revisión de todos los reportes histopatológicos de las pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna (este fue el denominador) y se localizaron todos los reportes con diagnóstico de congestión pélvica crónica (este fue el numerador), con estos datos se calculó la prevalencia de la enfermedad en el periodo de tiempo previamente establecido por los autores.

3).- Con el reporte histopatológico se obtuvieron los expedientes clínicos en el archivo del hospital de todas las pacientes y mediante una hoja de recolección de datos, previamente diseñada por los autores se obtuvieron las variables independientes: demográficas, gineco-obstétricas y los factores mecánicos, hormonales e inflamatorios. Posteriormente los datos fueron captados en una base de datos en el paquete estadístico Dbase III PLus. El análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico EPI INFO versión 6.

IDENTIFICACION DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS: Edad, estado civil, ocupación y escolaridad.

VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS: Gestaciones, partos, cesáreas, métodos de planificación familiar

VARIABLES MECÁNICAS: Tumores pélvicos genitales uterinos y anexiales. Antecedentes quirúrgicos ginecológicos previos. Trastornos de la estática pélvica genital. Posiciones uterinas anormales.

VARIABLES HORMONALES: Hiperplasia endometrial, poliquistosis ovárica, endometriosis.

VARIABLES INFLAMATORIAS: Cervicitis crónica, enfermedad pélvica inflamatoria.

VARIABLE DEPENDIENTE: Congestión pélvica crónica en estudio histopatológico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

1.- EDAD:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Periodo de vida de una persona, tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta el momento del estudio.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Número de años cumplidos al momento de la histerectomía.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cualitativa continua.

2.- ESTADO CIVIL:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición a la que esta sujeto un individuo en relación al su estado de soltería.

DEFINICIÓN OPERATIVA: El estado en que refiere la historia clínica.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal: soltera, casada, unión libre, viuda, divorciada, separada etc.

3.- OCUPACIÓN:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Trabajo empleo u oficio que desempeña una persona.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Actividad a la que se dedica.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal: hogar, obrera, empleada, profesionista, trabaja por su cuenta, desempleada.

4.- ESCOLARIDAD:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Grado máximo que ha alcanzado un individuo.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Número de años alcanzado por la paciente.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal: analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, universitaria, otros.

VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS.

1.- GESTACIONES:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Números de embarazos que ha tenido la paciente.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Numero de embarazos que ha tenido la paciente anotado en el expediente.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cuantitativa discreta

2.- PARTOS.-

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Nacimientos por vía vaginal del feto y los productos de la gestación.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Numero de partos anotados en el expediente.

ESCALAS DE MEDICIÓN: *Cuantitativa discreta.*

3.- ABORTOS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Terminación del embarazo en forma espontánea, natural, o provocado antes de las 20 semanas de gestación.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Numero de abortos que haya tenido la paciente anotado en el expediente clínico.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cuantitativa discreta.

4.- CESÁREA:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Extracción del feto y los productos de la concepción a través de una abertura en la pared uterina a la que se llega previa incisión de la pared abdominal.

DEFINICIÓN OPERATIVA: *Número de cesáreas anotadas en el expediente clínico.*

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cuantitativa discreta.

5.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Métodos de regulación temporal o definitivos de la fertilidad utilizado por la pareja con la finalidad de espaciar temporal o definitivamente los embarazos.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Tipo de método utilizado consignado en el expediente.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal. Temporales o definitivo.

VARIABLES MECÁNICAS

1.- MIOMATOSIS UTERINA:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: *Neoplasia que se origina en el músculo liso presente en el 25-30% de las mujeres en edad reproductiva y de características benignas.*

DEFINICIÓN OPERATIVA: Clínica, ultrasonido, anatomopatológico y laparotomía

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal. Si o No.

2.- ADENOMIOSIS :

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Presencia de glándulas o estroma endometrial en el miometrio.

DEFINICIÓN OPERATIVA : Hallazgo histopatológico.

ESCALAS DE MEDICIÓN : Cualitativo nominal. Si o No

3.- TUMOR ANEXIAL BENIGNO:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tumores anexiales benignos no neoplásicos o neoplásicos que crecen en los anexos uterinos (*ovarios, trompas de Falopio y ligamentos uterinos*)

DEFINICIÓN OPERATIVA: Examen clínico, ultrasonido TAC, laparoscopia y laparotomía

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal Si o No.

4.- CIRUGÍAS PÉLVICAS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Procedimientos quirúrgicos previos que comprometen órganos pélvicos.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Consignados en los antecedentes quirúrgicos en el expediente.

ESCALAS DE MEDICIÓN : Cualitativa nominal. Si o No

TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PÉLVICA GENITAL :

1): CISTOCELE :

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Descenso de una porción de la pared posterior de la vejiga y el trigono hacia el interior de la vagina.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Clínico anotado en el expediente.

ESCALAS DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal: Si o No.

2): DESCENSO UTERINO :

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Procidencia anormal de útero a través de una abertura en el piso pélvico o hiato genital.

DEFINICIÓN OPERATIVA : Anotado en el expediente clínico

ESCALAS DE MEDICIÓN : Cualitativa nominal: Si o No

3).- RECTOCELE :

DEFINICIÓN CONCEPTUAL : Hernia rectovaginal producida por ruptura de la aponeurosis rectovaginal.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Anotado en el expediente.

ESCALAS DE MEDICIÓN : Cualitativa nominal: Si o No. -

4).- ENTEROCELE:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Hernia del saco rectouterino (de Douglas) hacia el interior del tabique rectovaginal.

DEFINICIÓN OPERATIVA : Anotado en el expediente.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal: Si o No

5).- ÚTERO EN RETROVERSO FLEXIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: El eje del cuerpo uterino dirigido hacia la concavidad del sacro y la angulación del cuerpo sobre el cuello es extrema.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Examen clínico , ultrasonido, y el momento quirúrgico consignados en el expediente.

ESCALA DE MEDICIÓN : Cualitativa nominal. Si o No

VARIABLE HORMONALES:**1.- ENDOMETRIOSIS:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Presencia de tejido endometrial glándulas y/o estroma fuera de la cavidad uterina. o reporte histopatológico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Laparoscopia, laparotomía, consignados en el expediente clínico.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal. Si o No.

2.- HIPERPLASIA ENDOMETRIAL:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Crecimiento aumentado del endometrio por efecto estrogénico persistente sin el efecto cíclico de la progesterona.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Biopsia de endometrio o reporte histopatológico .

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal . Si o No.

3.-POLIQUISTOSIS OVARICA:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL : Endocrinopatía más frecuente la mujer en edad reproductiva y causa común de anovulación crónica, trastornos menstruales e hiperandrogenismo en diferentes grados. Hay además hiperestrogenismo persistente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Clínica, ultrasonido, laparoscopias, laparotomía y reporte patológico.

ESCALA DE MEDICIÓN : Cualitativa nominal. Si o No.

VARIABLES INFLAMATORIAS:**1.- CERVICITIS CRÓNICA:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Infección de baja intensidad caracterizada por acumulación local o difusa de células inflamatorias crónicas en estroma subepitelial cervical.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Citología, histopatología.

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa nominal . Si o No

2.- ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA CRÓNICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Causa frecuente de daño tubárico de varias etiologías de carácter infeccioso con daño de la arquitectura normal, daño ciliar, con colección de secreciones, como pus, posteriormente si recibe tratamiento pasa de piosalpinx a hidrosalpinx. Si la tuba permanece permeable puede haber escape hacia la cavidad pélvica y peritoneal con la producción de adherencias.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Cultivos, ultrasonido, laparoscopia, laparotomía y reporte patológico consignados en el expediente.

ESCALA DE MEDICIÓN : Cualitativa nominal : Si o No.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Estadística descriptiva:

Se obtuvieron las frecuencias simples. Medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y medidas de dispersión (desviación estandar, varianza) para las variables continuas. Frecuencias simples, proporciones y moda para variables cualitativas.

Medidas de frecuencia relativa: Prevalencia global

Medidas de asociación: OR (Razón de Momios).

Para la obtención de las medidas de asociación se realizaron tablas de dos por dos, para encontrar asociación entre las variables independientes y la variable dependiente. Estas tablas fueron elaboradas con el modelo que a continuación se muestra.

TABLA DE 2 X 2

	CON CONGESTIÓN	SIN CONGESTIÓN	
EXPUESTOS	a	b	a+b
NO EXPUESTOS	c	d	c+d
	a+c	c+d	N

Prevalencia global: $a+c / N$

$$RM = a \times c / c \times d$$

$RM > 1$ Si hay asociación

$RM = 1$ No hay asociación

Prueba de significancia estadística X^2

Intervalos de confianza al 95%

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que el estudio no requirió ninguna intervención y solo se obtuvo información del reporte histopatológico y del expediente clínico, no se solicitó consentimiento informado a las pacientes. Solamente se solicitó autorización a los jefes del servicio de Ginecología, Patología y al Jefe de Archivo. El presente estudio esta sujeto a los principios de la declaración de Helsinky modificado en Tokio en 1975 y de acuerdo al artículos 5to (artículos 96-103) de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos de 1993 y no daña la integridad física y moral de las personas.

RESULTADOS

En el periodo comprendido del primero de julio al 31 de diciembre de 1996 se realizaron 544 histerectomías en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza, de estas 198 pacientes fueron excluidas porque se les había realizado histerectomía por indicaciones oncológicas: 28 por carcinoma de ovárico, 123 por carcinoma cervicouterino, 23 por carcinoma endometrial y 22 pacientes con histerectomía por causa obstétrica. Se seleccionaron 346 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión a las cuales se les realizó histerectomía abdominal o vaginal por patología benigna. Se realizó la revisión de sus expedientes y sus estudios histopatológicos con la finalidad de determinar la prevalencia de congestión pélvica crónica y su asociación con las variables previamente determinadas.

1.- Estadística descriptiva : para caracterizar a la población de estudio se analizaron las siguientes **variables demográficas:** el rango de edad que las pacientes tenían fue de 23 a 81 años, una media de 45 con una desviación estándar de ± 10.93 (gráfica 1 y 2). Como puede apreciarse en la gráfica de dispersión e histograma la curva de distribución es multimodal, no apreciándose una curva de distribución normal. Con respecto al estado civil 71 % de las pacientes eran casadas y 8% vivían en unión libre (gráfica 3). En el aspecto educativo 11% de las pacientes no tenían escolaridad, 48% tenían estudios de primaria y 23% tienen una educación igual o mayor a secundaria (gráfica 4). En las **variables gineco-obstétricas** 72% de las pacientes al momento del estudio tenían vida sexual activa y 96% se habían embarazado alguna vez. En el número de embarazos el rango fue de 1 a 16 con una moda de 3 (gráfica 5), 15% eran nulíparas y 85% múltiparas, 23% de las pacientes tenían antecedentes de uno o más abortos y a 23 % se les había realizado una o más cesáreas. Con respecto a los métodos de planificación familiar 45% de las pacientes tenían salpingoclasia, 11% utilizaban dispositivo, el 10% otros métodos y el 34% no utilizaban ningún método (gráfica 7). Sólo el 1% de las pacientes tenían el antecedente de esterilidad primaria y el 8% de hiperplasia de endometrio. El 30% de las pacientes tuvieron trastornos de la estática pélvica (gráfica 8), el tipo de trastorno más frecuente fue el prolapso uterino 19% (gráfica 9). En el 49% de las pacientes tenían antecedentes de cirugía pélvica previa, siendo la cesárea la más frecuente con 24% y la oclusión tubaria 19% (gráfica 10). Al 80% de las pacientes se les realizó histerectomía abdominal y el resto vaginal, la causa más frecuente de histerectomía abdominal fue la miomatosis uterina con 57%, el quiste de ovario 10%, 14% restante por congestión pélvica crónica, hiperplasia endometrial, enfermedad pélvica crónica y adenomiosis. Se realizaron 66 histerectomías vaginales por prolapso uterino que representó el 19% de todas las histerectomías (Tabla 1). El peso del útero tuvo un rango de 15 gr hasta 3100 gr con una media de 257 gr y una desviación estándar de ± 337 gr, lo que indica una gran dispersión en el peso de los úteros.

2.- Medida de Frecuencia relativa: la prevalencia global de congestión pélvica crónica se determinó mediante el estudio histopatológico de todas las piezas quirúrgicas siendo positivo de acuerdo a la definición operacional de las variables en 122 pacientes 35.2% (gráfica 11), solo 19.1% de las pacientes con congestión pélvica crónica diagnosticada por estudio histopatológico tuvieron manifestaciones clínicas de síndrome de congestión pélvica crónica (gráfica 12). El 100% de las pacientes que fueron operadas por síndrome de congestión pélvica crónica tuvieron congestión pélvica crónica por estudio histopatológico.

3.- Medidas de Asociación: Al realizar un marco conceptual mediante la revisión de la bibliografía, se determinaron factores de riesgo para el desarrollo de congestión pélvica crónica clasificándolos en factores sociodemográficos, gineco-obstetricos, mecánicos e inflamatorios con la finalidad de cruzarlos con la presencia o ausencia de congestión pélvica crónica y determinar asociación, no se encontró asociación con ninguno de los factores de riesgo, solamente se encontró una leve asociación positiva con los trastornos de la estática pélvica con un OR de 1.07 con IC al 95% 1.07-1.9 con una p de 0.017.(tabla 2).

DISCUSIÓN

La prevalencia de congestión pélvica crónica CPC en nuestra unidad fue del 35.2% se considera alta a nivel mundial probablemente porque se trata de un grupo muy selecto de pacientes con patología ginecológica que ameritó tratamiento quirúrgico. La expectativa empírica que fue pronosticada por los autores del trabajo y el servicio de patología de la unidad fue ampliamente superada ya que esta fue establecida en un 16%. Sólo 19.1% de las pacientes con congestión pélvica crónica presentaron el síndrome de congestión pélvica crónica situación que esta de acuerdo con la literatura mundial. La falta de asociación no encontrada en este trabajo con los factores demográficos, mecánicos, inflamatorios y endócrino viene a reafirmar lo escrito por otros autores, en nuestro trabajo sólo se presentó una leve asociación con los trastornos de la estática pélvica con un OR de 1.07 con IC al 95% de 1.07 a 1.9 y una p de 0.01. Es sorprendente observar que la asociación no se asociará a la miomatosis de grandes elementos, considerando el peso del útero se considero como factor de riesgo todas aquellas pacientes que tuvieron un peso mayo de 150 gr. resultado un OR de 0.35 es decir factor protector no explicable biológicamente.

Un factor que probablemente sea el más importante y que no fue evaluado en este estudio dada la población que fue seleccionada el factor vascular que esta controlado por el sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático, consideramos que debe realizarse un estudio prospectivo mediante ultrasonografía doppler en color que muestre los cambios vasculares en pacientes que van a ser sometidas a histerectomía por indicaciones ginecológicas benignas y posteriormente analizar las piezas quirúrgicas y correlacionar los datos clínicos, ultrasonográficos e histopatológicos de la CPC y así poder establecer la sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos clínicos y de gabinete. Es necesario en el segundo intento de análisis desarrollar análisis multivariado que permitan evaluar interacción y confusión que ocasione que se subestimen las medidas de asociación. Otro punto importante de mencionar es que es necesario realizar un estudio de casos y controles que es un estudio mas eficaz para demostrar causalidad ya que el diseño empleado en este estudio tiene la desventaja de tener ambigüedad temporal.

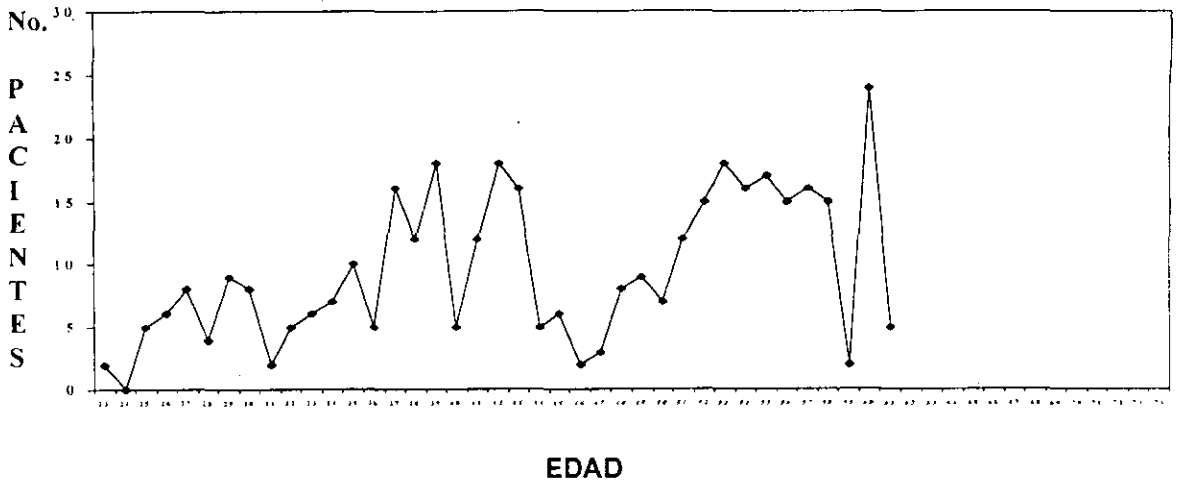
BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Taylor HC. Vascular congestion and hyperemia : Their effect on fuction and structure in the female reproductive organs. Am J Obstet Gynecol 1949;57:637-53.
- 2.- Rakin AJ . Dolor pélvico crónico. En: Hacker NF,eds. Compendio de Ginecología y Obstetricia. Ed Interamericana. McGraw -Hill 1989:385-90.
- 3.- Beard RW, Pearce S, Highman JH,Reginalkd PW. Diagnosis of the pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. Lancet 1984;2:946-9.
- 4.- Taylor HC. Vascular congestion and hyperemia: The effect on structure and function in the female reproductive system. Am J Obstet Gynecol 1949;57:211-30.
- 5.- Taylor HC. Vascular congestion and hyperemia: Their effect on function and structure in female reproductive organs. Am J Obstet Gynecol 1949;57: 654-68.
- 6.- Kaupilla A. Uterine phebography with venous compression. A clinical and roentological study. Act Obstet Gynecol Scand 1970;49:566-70.
- 7.- Hodgkinson CP. Physiology of the ovarian veins during pregnancy . Obstet Gynecol 1953;1:26-37.
- 8.- Reginald PW, Beard RW, Wadsworth J et al. Intravenous dehydroergotamine to relieve pelvic congestion with pain in young women. Lancet 1987;11:351-3.
- 9.- Morton A, Stenchever,MD. Syntomatic retrodisplacemete, pelvic congestion, universal join, and peritoneal defects: Tact or Fiction ? . Clinic Obstet and Gynecol 1990;33:161-7.
- 10.- Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain pelvic congestiion. Bj Obstet Gynecol 1988;95:153-61
- 11.- Stones RW, Rae T, Rogers V, et al. Pelvic congestion in women evaluation with transvaginal ultrasound and observation of venous pharmacology. Br J Radiol 1990;63:710-11.
- 12.- Kırjak A, Zalud L, Jurkovic D, Alfirevic Z, Miljan. Transvaginal color doppler for the assessmente of pelvic circulation. Act Obstet Gynecol Scand 1989;68: 131-35
- 13.- Olmedo Villegas AM. Ultrasonido pélvico como auxiliar en el diagnóstico del síndrome de congestión pélvica crónica. Tesis de postgrado. UNAM, México DF 1993.
- 14.- González López NJ, Congestión pélvica crónica, diagnóstico clínico y correlación anatomopatológica. Tesis posgrado UNAM, México DF 1994.
- 15.- Farquhar CM, Rogers V, Frnaks S, Pearce S, Wadsworth J, Beard RW. A randomizedcontrolled trial of medroxiprogesterone acetate and psychotherapy for the treatment of pelvic congestion. B J Obstet Gynecol 1989;96: 1153-62.
- 16.- Gangar KF, Stones RW, Sauders D, et al. An alternative to hysterectomy ? GnRh analogue combined with hormone replacement therapy . B J Obstet Gynecol 1993; 100: 360-4
- 17.- Beard RW, Kennedy RG, Gangar KF, et al. Bilateral oophorectomy in the treatment of intractable pelvic pain associated with pelvic congestion. B J Obstet Gynecol 1991;98:988-92.
- 18.- Adams J, Reginald PW, Franks S, Wadsworth J, Beard RW. Medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic pain due to venous congestion. B J Obstet Gynecol 1989;96:1148-52.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

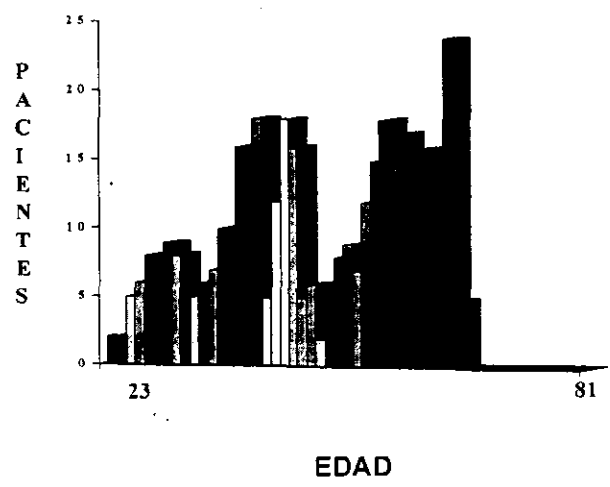
GRÁFICA 1

EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA



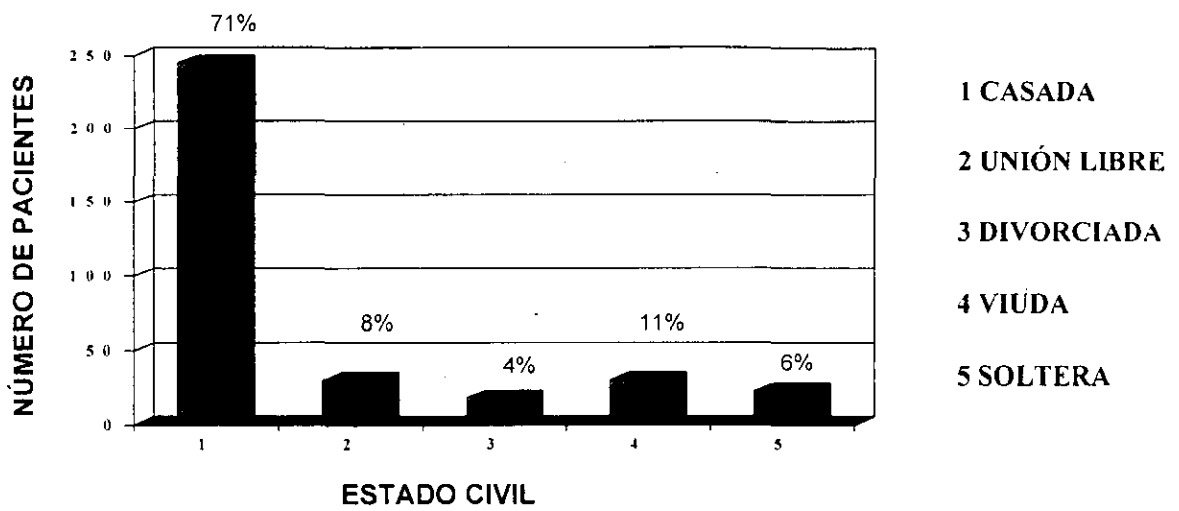
GRÁFICA 2

EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA



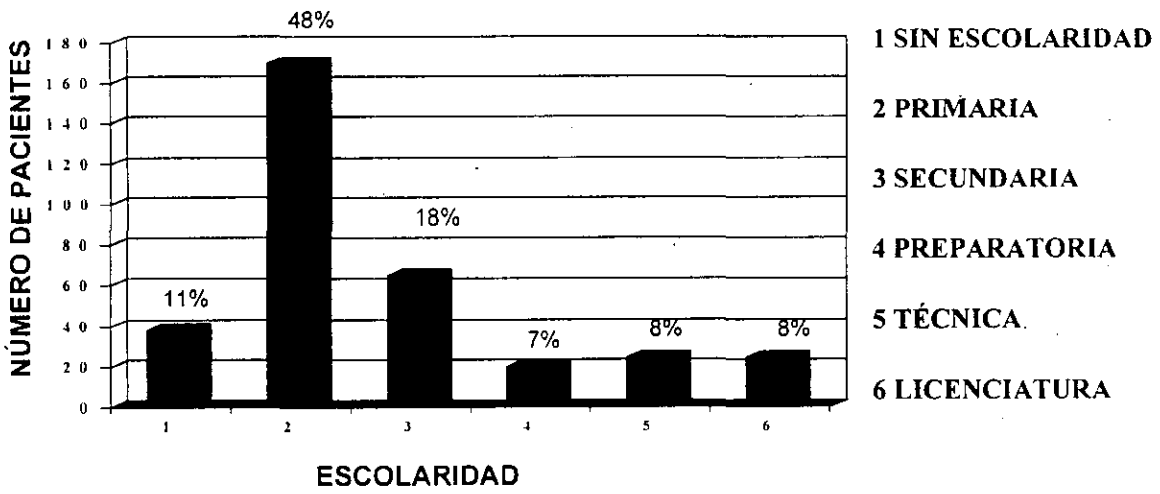
GRÁFICA 3

ESTADO CIVIL



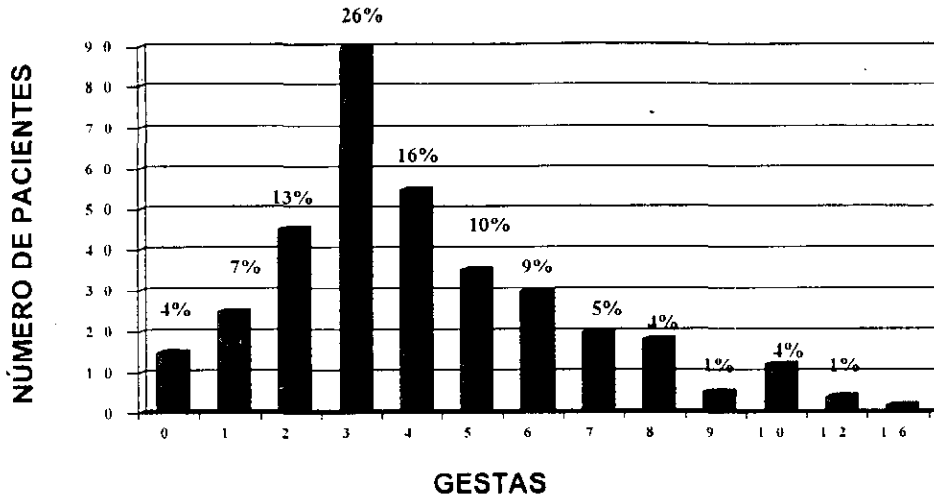
GRÁFICA 4

ESCOLARIDAD



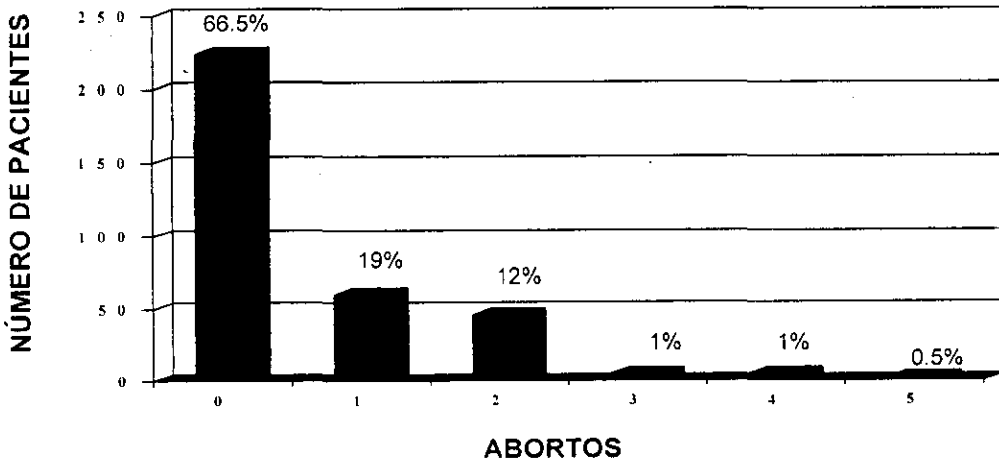
GRÁFICA 5

NÚMERO DE GESTACIONES



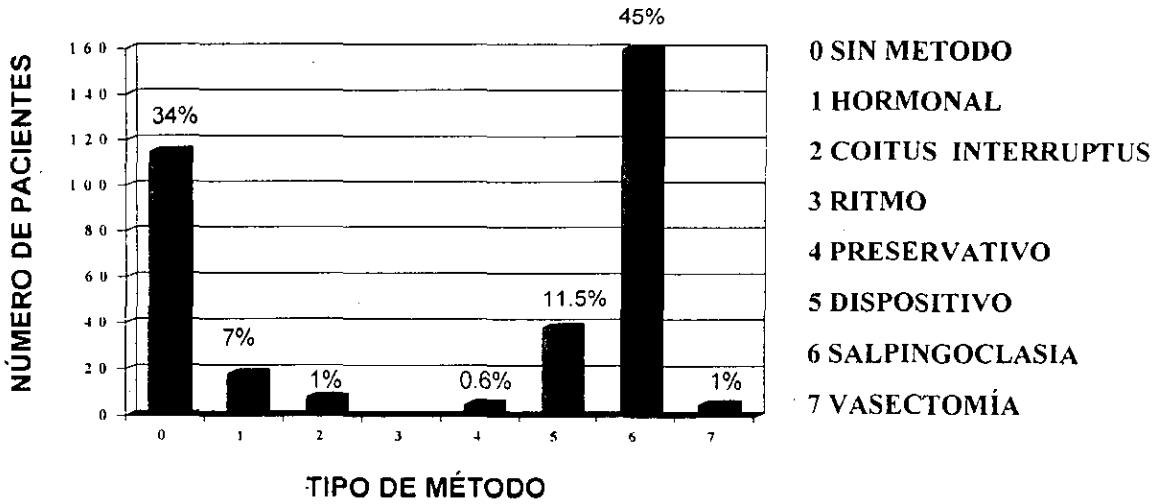
GRÁFICA 6

NÚMERO DE ABORTOS



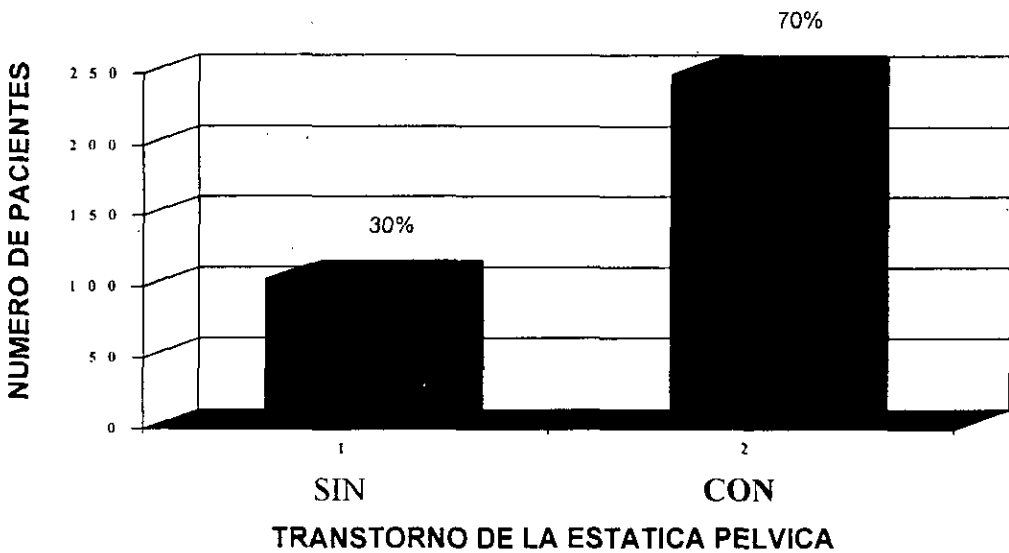
GRÁFICA 7

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



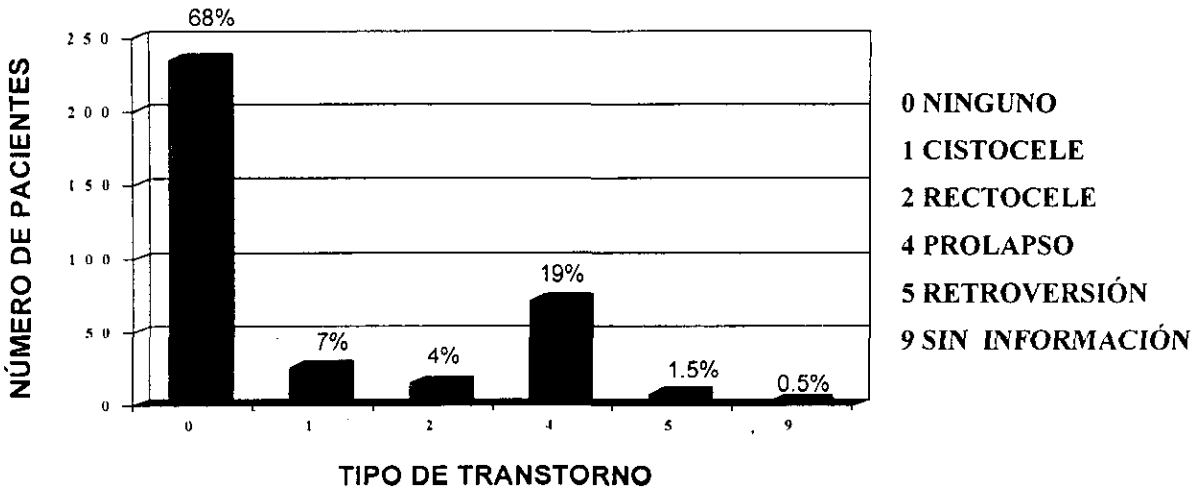
GRÁFICA 8

TRANSTORNOS DE LA ESTÁTICA PÉLVICA



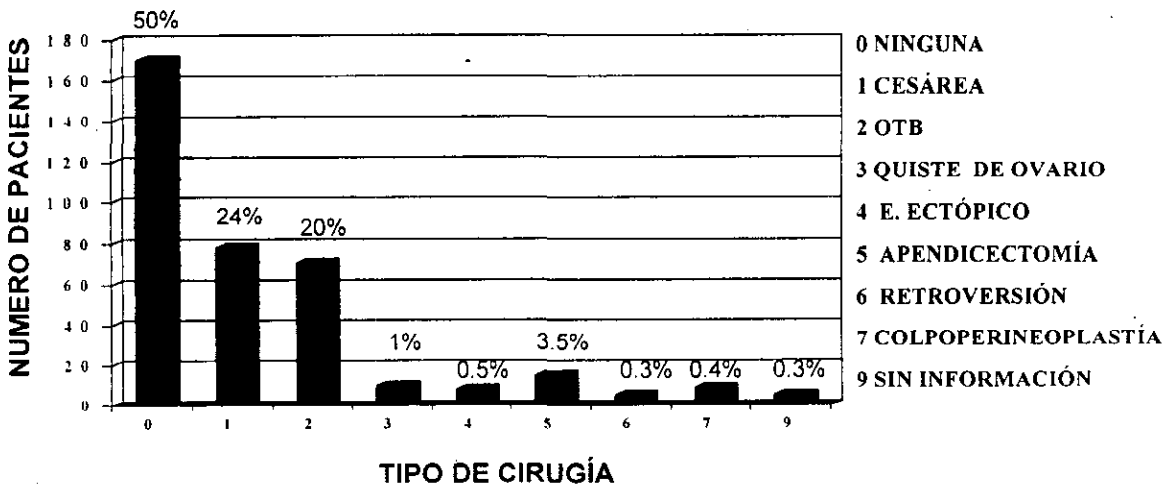
GRÁFICA 9

TRANSTORNOS DE LA ESTÁTICA PÉLVICA

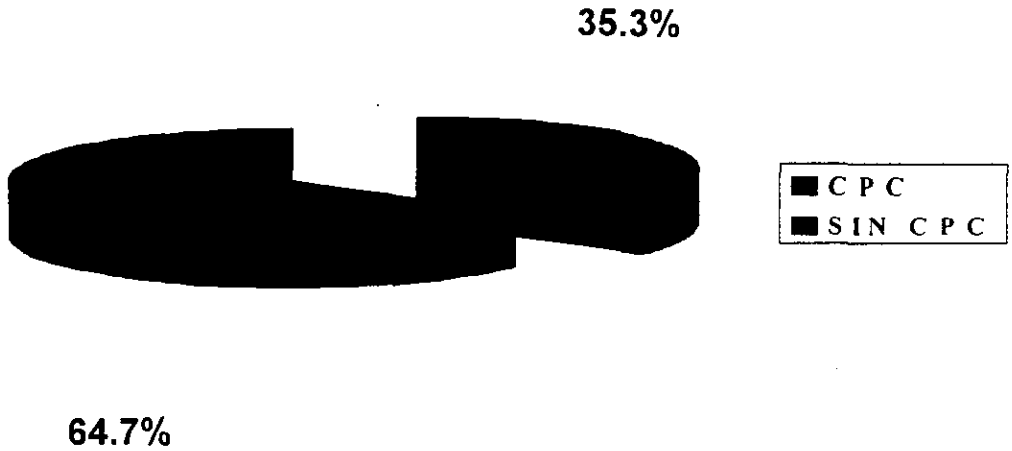


GRÁFICA 10

ANTECEDENTES DE CIRUGÍA PÉLVICA PREVIA



PREVALENCIA DE PACIENTES
CON CONGESTIÓN PÉLVICA CRÓNICA



GRÁFICA 12

PACIENTES CON CONGESTIÓN PÉLVICA CRÓNICA
QUE PRESENTARON SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA

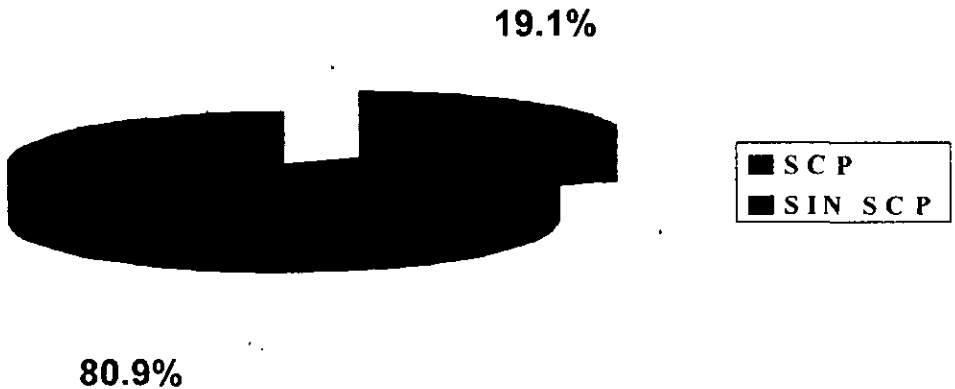


TABLA I

INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA		
PATOLOGIA	N	%
MIOMATOSIS	198	57
ADENOMIOSIS	7	2
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	11	3
CONGESTIÓN PÉLVICA CRÓNICA	22	6
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA	11	3
QUISTE DE OVARIO	32	10
PROLAPSO UTERINO	66	19
TOTAL	346	100

CONGESTION PELVICA CRONICA

