



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

49
2EJ

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LA URETROPERINEOPLASTIA, UNA
ALTERNATIVA QUIRURGICA
EN LA DISPAREUNIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MARIA DEL PILAR ESCOBAR MAFLA

ASESORES: DR. FELIPE REPPER CAMACHO

DR. GILBERTO HINA ALAVI



MEXICO, D. F.

1994



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.

11217
49



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ZED

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LA URETROPERINEOPLASTIA, UNA
ALTERNATIVA QUIRURGICA
EN LA DISPAREUNIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. MARIA DEL PILAR ESCOBAR MAFLA
ASESORES: DR. FELIPE REPPER CAMACHO
DR. GILBERTO TENA ALAVEZ



MEXICO, D. F.

1994



ENSEÑANZA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
I. M. S. S.

1995

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA "
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**LA URETROPERINEOPLASTIA, UNA ALTERNATIVA
QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

DRA MARIA DEL PILAR ESCOBAR MAFLA.

ASESORES: DR FELIPE REPPER CAMACHO.
DR GILBERTO TENA ALAVEZ.

DEDICATORIAS

A DIOS :

Porque nunca me has abandonado, manteniendome serena, escuchando tu voz silenciosa dentro de mi, así superando las dificultades del camino y descubriendo la verdad que existe en todas las cosas y personas.

A MI PADRE :

Tu ejemplo de trabajo, honestidad, alegría y optimismo durante toda tu vida, quedaron sembrados dentro de mi. Tu recuerdo me alienta a ser mejor cada día.

A MI MADRE :

Por traerme al mundo y enseñarme a vivir en él como mujer-esposa y madre: sacrificando y esperando calladamente; te debo todo lo que soy.

A MI ESPOSO

Amigo y compañero: por enseñarme a esperar el momento exacto para recibir los beneficios que reclamo, a esperar con paciencia a que maduren los frutos y poder saborear debidamente su dulzura, por ayudarme a encontrar la felicidad dentro de mi.

Junto a tí siempre vere el lado hermoso de la vida.

A MI HIJA

Regalo de Dios, mi mayor tesoro, por el tiempo que te debo, esto es por tí y para tí.

A MI FAMILIA

Por su amor y apoyo

A MAO

Por confiar en mí

A MIS ASESORES

Por su guía

A MEXICO

Por darme la oportunidad

A LA MUJER MEXICANA

Pilar de mi aprendizaje.

DR RENE BAILON URIZA
DIRECTOR DEL HOSPITAL
DE GINECOLOGIA Y OBSTRETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

DR FCO JAVIER GOMEZ GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

DR FELIPE REPPER CAMACHO
MEDICO ADSCRITO SERVICIO DE
BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION
"HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA"

DR GILBERTO TENA ALAVEZ
JEFE DE SERVICIO
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

I N D I C E

1. INTRODUCCION	1
2. DISPAREUNIA CONCEPTOS	2
3. URETROPERINEOPLASTIA	27
4. OBJETIVO	29
5. MATERIAL Y METODOS	30
6. RESULTADOS	32
7. CONCLUSIONES	34
8. BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCION

Es imposible estimar la frecuencia de este síntoma en la practica ginecológica. Variará mucho según, entre otras cosas, factores como el número de referencias observadas para problemas sexuales, la técnica utilizada para episiotomía, y la frecuencia y la técnica de la colpoperineorrafia. Sin embargo, quizá el factor más importante sea el deseo y la capacidad del ginecólogo de descubrir el síntoma y definir sus causas organicas.

¿ Cuales casos de dispareunia superficial deben tratarse quirurgicamente ?

Los ginecólogos pensaremos principalmente en anomalías congénitas como septo vaginal longitudinal, agenesia vaginal, en quiste o absceso de bartholin, o en cicatrices post-operatorias . Las perspectivas del urólogo incluirán casos de divertículo uretral , estenosis y la llamada cistitis crónica de la luna de miel, para las cuales se han utilizado diversos métodos quirúrgicos , diagnósticos y terapéuticos. En las perspectivas de muchos terapeutas sexuales y psiquiatricas el tratamiento quirúrgico de esta molestia es un anatema; se trata de un síntoma que refleja el miedo o el rechazo psicosexual que requiere consejo, educación, a veces dilatación y frecuentemente psicoterapia o psicoanálisis .

En nuestra opinión ninguno de estos puntos de vista es totalmente equivocado, pero todos son parciales y reflejan nuestro desconocimiento de las causas de este problema, pocas veces comentado, pero frecuente .

Nos ocuparemos de algunos aspectos de la dispareunia y describiremos la uretoperineoplastia (OPERACION DE O' DONNELL), una tecnica que aplica métodos bien aceptados y simples de cirugía plastica a una región anatomica que está enferma y que por demasiado tiempo ha sido ignorada por los ginecologos : EL INTROITO

ANATOMIA DE GENITALES EXTERNOS

Las partes pudendas, u organos genitales externos, suelen designarse con el nombre de vulva, que incluye todas las estructuras visibles externamente desde el borde inferior del pubis hasta el perineo, esto es, el monte de Venus,

labios mayores y menores, clitoris, vestibulo, himen, orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares.

MONTE DE VENUS

O monte del pubis, es una pequeña elevación plana sobre la cara anterior de la sínfisis púbica, después de la pubertad su piel se reviste de pelo ensortijado, el vello pubiano, en la mujer ocupa un espacio triangular cuya base corresponde al borde superior de la sínfisis, extendiéndose hacia abajo hacia la superficie externa de los labios mayores.

LABIOS MAYORES

Existen dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubiertos de piel y que se extiende hacia abajo y atrás a partir del monte del pubis; son los labios mayores, varían de una mujer a otra, dependiendo de la cantidad de grasa que contengan, son los homólogos al escroto en el varón. Los ligamentos redondos terminan en sus bordes superiores, son menos prominentes en las mujeres que han parido y en la ancianidad están arrugados. Miden generalmente de 7 a 8 cms de longitud, de 2 a 3 cms de anchura y de 1 a 1.5 cms de espesor. En las niñas y adultas vírgenes están muy juntos ocultando los tejidos adyacentes mientras que las multiparas aparecen por lo común abiertos. Se continúan directamente con el monte de Venus por arriba y se desvanecen en el perineo por atrás juntándose en la línea media para formar la comisura posterior.

Antes de la pubertad, la cara externa de cada labio mayor es similar a la de la piel adyacente, pero después queda cubierto con vello. En la mujer nulípara, la cara interna es húmeda y se parece a una membrana mucosa mientras que en las mujeres multiparas presenta un aspecto similar al de la piel, pero no está cubierta de pelo. Contiene gran abundancia de glándulas sebáceas por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rico en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares.

En contraste con el epitelio escamoso de la vagina y del cuello uterino normales, algunas zonas de la piel de la vulva contienen gran cantidad de anexos epiteliales. Por debajo de la piel existe tejido adiposo que da forma y volumen al labio.

LABIOS MENORES

Cuando se separan los labios mayores es posible ver dos pequeños pliegues de tejido; estas estructuras son los labios menores, que se unen en el borde superior de la vulva. Varían de tamaño y forma de una mujer a otra. En la mujer nulípara están cubiertos de ordinario, por los labios mayores; en las mujeres múltiparas, es frecuente que los labios menores se proyecten por fuera de los mayores. Cada labio menor consta de un delgado pliegue de tejido que cuando se halla protegido por los labios mayores presentan un aspecto húmedo y rojizo, similar al de una mucosa. Sin embargo, esta cubierto de epitelio estratificado el en que sobresalen numerosas papilas. No tiene pelos, pero si muchos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas. El interior de los pliegues labiales esta formado por tejido conjuntivo rico en vasos y pobres en fibras musculares lisas, como las estructuras eréctiles. Son sumamente sensibles y estan abundantemente provistos de diversas clases de terminaciones nerviosas. Los tejidos de los labios menores convergen superiormente y cada uno se divide, cerca de su extremidad superior, en dos laminillas, de las que las inferiores se unen y forman el frenillo del clitoris y las superiores se desvanecen en el prepucio del clitoris. Inferiormente, los labios menores se extienden para aproximarse en la línea media como puentes de tejidos que se funden para formar la horquilla, facilmente visible en la mujer nulípara; no obstante en la múltipara, los labios menores suelen encontrarse imperceptiblemente contiguos a los mayores.

CLITORIS

El clitoris, homólogo del pene, es una estructura pequeña cilíndrica y eréctil, situada en el extremo anterior de la vulva y que sobresale entre las extremidades ramificadas de los labios menores, las cuales forman el prepucio y el frenillo del clitoris. Consta de glande, un cuerpo (corpus) y dos pilares. El glande esta formado por células fusiformes y el cuerpo contiene dos cuerpos cavernosos en cuyas paredes hay fibras musculares lisas. Los pilares son estructuras largas y estrechas que se inician en la cara inferior de cada rama isquio-púbica y que se unen inmediatamente por debajo de la porción media del arco púbico para formar el cuerpo del clitoris.

El clitoris rara vez supera los 2 cms de longitud, ni siquiera en estado de erección. Permanece plegado a causa de la fuerte tracción que ejercen los labios menores sobre él. A consecuencia de esto, su extremidad libre apunta hacia abajo y hacia el interior, en dirección al orificio vaginal. El glande, que rara vez supera los 0.5cm de diametro, esta cubierto de epitelio estratificado, tiene abundantes terminaciones nerviosas y es, por lo tanto, extremadamente sensible al tacto. Los vasos del clitoris eréctil se comunican con los bulbos vestibulares; se cree que el clitoris es uno de los principales organos erógenos de la mujer.

VESTIBULO

El vestibulo es una area en forma de almendra, limitada por los labios menores, que se extienden desde el clitoris por arriba a la horquilla por abajo. El vestibulo es la estructura femenina funcionalmente madura del seno urogenital del embrión; en la madurez, habitualmente esta perforado por seis aberturas: la uretra, la vagina, los conductos de las glándulas de Bartholin y algunas veces los conductos de las glándulas parauretrales, también denominados conductos y glandulas de Skene.

La porción posterior del vestibulo, situada entre la horquilla y el orificio vaginal, se designa como fosa navicular. Solo suele observarse en las mujeres nulíparas, ya que se oblitera después del parto. Las glándulas vestibulares mayores o glandulas de Bartholin: son dos pequeñas glandulas de 0.5 a 1 cms de diámetro, situadas por debajo del vestibulo a ambos lados del orificio vaginal. Las glándulas de Bartholin estan localizadas debajo del músculo constrictor de la vagina y algunas veces aparecen cubiertas en partes por los bulbos vestibulares. Sus conductos, de 1.5 a 2 cms de longitud, desembocan a ambos lados del vestibulo, inmediatamente por fuera del borde lateral del orificio de la vagina. Su pequeño calibre solo permite el paso de la sonda más delgada. Estas glándulas secretan material mucoso durante la excitación sexual. Los conductos albergan, en ocasiones gonococos u otras bacterias, que pueden penetrar hasta la glándula y provocar supuración y un absceso de la glándula de Bartholin.

ORIFICIO URETRAL

Los dos tercios inferiores de la uretra se encuentran inmediatamente por encima de la pared vaginal anterior y terminan externamente en el meato uretral. El meato uretral está situado en la línea del vestíbulo, 1 a 1.5 cms por debajo del arco púbico y ligeramente por encima del orificio vaginal. Su aspecto es rugoso. El orificio aparece como una hendidura vertical que al distenderse alcanza los 4 o 5 mm de diámetro. Habitualmente, los conductos parauretrales se abren en el vestíbulo a ambos lados de la uretra, aunque en algunas ocasiones lo hacen en la pared posterior de ésta, inmediatamente dentro del meato. Estos conductos son de pequeño calibre, ya que suelen tener 0.5 mm de diámetro y de longitud variable. En Estados Unidos, los conductos parauretrales generalmente se conocen como conductos de Skene.

BULBOS VESTIBULARES

A cada lado del vestíbulo, por debajo de su mucosa, se hallan los bulbos vestibulares, conjuntos de venas en forma de almendra de 3 a 4 cms de longitud, 1 a 2 cms de anchura y 0.5 a 1 cm de espesor. Están muy próximas a las ramas isquiopúbicas y cubiertos en parte por los músculos isquiocavernosos y constrictor de la vagina. Sus extremos inferiores suelen terminar aproximadamente en la mitad del orificio vaginal, mientras que los anteriores se extienden por arriba hacia al clitoris. Embriológicamente, corresponde al cuerpo esponjoso del pene. Los bulbos vestibulares de la mujer, durante el parto, suelen ser rechazados hacia arriba por abajo del arco púbico; pero como sus terminaciones posteriores circundan parcialmente la vagina, estas estructuras son susceptibles de lesionarse y romperse, lo que puede provocar un hematoma vulvar o incluso una profunda hemorragia.

ORIFICIO VAGINAL E HIMEN

El orificio vaginal ocupa la porción inferior del vestíbulo y su tamaño y forma son variables. En las vírgenes queda oculto por los labios menores superpuestos y, cuando se apartan estos, aparecen casi por completo cerrado por el himen. El himen es sumamente variable en cuanto a forma y consistencia. Está compuesto principalmente por tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas y colágenas. Ambas caras internas y externas, aparecen cubiertas de epitelio escamoso estratificado, no cornificado. Las papilas de tejido conjuntivo abundan

más en la cara vaginal y en el borde libre. Según Mahran y Saleh no hay elementos glandulares y musculares en el himen y este no tiene una innervación demasiado rica. En la niña recién nacida la vascularización es abundante, en la mujer gestante, el epitelio está engrosado y posee gran cantidad de glucógeno; después de la menopausia el epitelio adelgaza y se desarrollan a veces pequeños focos de cornificación. En la mujer adulta virgen constituye una membrana de espesor variable que cierra más o menos completamente el orificio vaginal; en la mujer virgen, la abertura del himen varía de diámetro, el cual oscila entre el tamaño de una punta de alfiler y el calibre suficiente para que pasen los dedos incluso. La abertura himeneal suele tener forma de media luna o circular, pero en ocasiones puede ser cribiforme, tabicada o fimbriada. Dado que el tipo fimbriado del himen en la mujer virgen puede confundirse con uno que ha sido penetrado en el coito, es conveniente, por razones médicas legales proceder con cautela al hacer declaraciones categóricas acerca de la rotura del himen. Por regla general, el himen se rasga por varios sitios, generalmente en la porción posterior, al efectuarse el coito. Los bordes del tejido rasgado cicatrizan pronto el himen queda dividido de manera permanente en dos o más porciones separadas por estrechos surcos que se extienden hasta su base. El grado de rotura es variable y depende de la estructura del himen y del grado de distensión. Aunque se cree generalmente que la rotura del himen va acompañada de hemorragia, esta no siempre es evidente. En determinados casos la membrana himeneal es muy resistente, de modo que llega a ser necesario la incisión quirúrgica para que pueda efectuarse el coito.

Por regla general las alteraciones producidas por el parto se reconocen con facilidad. Después del puerperio se forman varios nodulos cicatrizados de tamaño visible, las carúnculas mirtiformes. En algunos casos existe un himen imperforado, proceso en el que se incluye completamente el orificio vaginal e impide eliminar la menstruación.

VAGINA

La vagina es una estructura tubular muscomembranosa que se extiende desde la vulva al útero; está interpuesta anterior y posteriormente, entre la vejiga uterina y el recto. Es un órgano que tiene muchas funciones: en el canal excretor del útero, a través del cual fluyen las secreciones y el flujo menstrual; es el órgano femenino de la copulación y parte del canal del parto. La porción superior de la vagina femenina surge de los conductos de Müller, la porción inferior se forma a partir del seno urogenital. Por adelante, la vagina está en con-

tacto de la vejiga y la uretra, de las cuales la separa el tejido conjuntivo, que suele denominarse tabique vesicovaginal. Por detras, entre su porción inferior y el recto, hay un tejido similar que forma el tabique rectovaginal.

Habitualmente, la cuarta parte superior de la vagina se halla separada de la parte terminal del intestino o recto por el fondo se saco peritoneal llamado de Douglas o rectouterino. Normalmente las paredes vaginales anteriores y posteriores estan en contacto y solo queda un pequeño espacio entre sus bordes laterales. Asi cuando no está distendido, el canal tiene forma de H en sección transversal. La vagina es capaz de experimentar una distensión importante, como se pone de manifiesto durante el parto. La extremidad superior de la vagina termina en una bóveda en la que sobresale la porción inferior del cuello uterino. La bóveda vaginal se subdivide en fondos de saco uno anterior, otro posterior y dos laterales. como la vagina se inserta más arriba en la pared cervical el posterior es mucho mayor que el anterior. Los sacos laterales son de profundidad intermedia. Los fondos de saco tiene gran importancia clinica ya que a traves de sus delgadas paredes casi siempre se pueden palpar los organos pélvicos internos. Además a traves del saco posterior se consigue un acceso quirúrgico fácil a la cavidad peritoneal. En las mujeres, la vagina varia considerablemente de longitud. Habitualmente, las paredes vaginales anteriores y posteriores tienen, respectivamente de 6 a 8 cms y de 7 a 10, cms de longitud. En la luz vaginal se proyectan pliegues longitudinales prominentes a partir de la línea media de las paredes anterior y posterior.

En la mujer nulípara, estos numerosos pliegues trasversales o rugosidades se extienden hacia fuera desde, y casi en ángulo recto, los pliegues vaginales longitudinales. las rugosidades van decreciendo gradualmente al aproximarse a las paredes laterales, se encuentran dispuestas de tal forma que dan lugar a una superficie rugosa que no se encuentra antes de la menarquia y que se oblitera gradualmente después de varios partos y de la menopausia. En la multipara de edad, las paredes vaginales con frecuencia son lisas.

La mucosa de la vagina esta compuesta por epitelio escamoso estratificado no cornificado. Bajo el epitelio se encuentra una fina capa fibromuscular; habitualmente existe una capa circular interna y otra longitudinal externa de músculo liso. También se observa una fina capa de tejido conectivo que cubre la mucosa y la muscularis, una de ellas, rica en vasos sanguíneos y otra con algunos nodulos linfoides pequeño. La mucosa y la muscularis estan debilmente unidas al tejido conectivo subyacente y por medios quirúrgicos es fácil disecarlas. Persiste aún una cierta polémica sobre si este tejido conectivo, que en algunas veces se denomina fascia endopelvica perivaginal, es un plano fascial

definido en sentido anatómico estricto. No suele haber glándulas típicas en la vagina. En las múltiparas se encuentran a veces en el tejido conjuntivo vaginal zonas con epitelios estratificado, que en algunos casos dan lugar a la formación de quistes : Estos quistes no son glándulas sino remanentes de los pliegues mucosos incluidos durante la reparación de los desgarros consecutivos al parto. También pueden encontrarse otros quistes tapizados por epitelio columnar o cúbico, que se cree derivan de restos embrionarios. Desde la infancia hasta la llegada de la menopausia, existe una cantidad considerable de glucógeno en las células de la capa superficial de la mucosa vaginal.

Examinando las células que se han desprendido del epitelio vaginal se pueden identificar los diferentes procesos hormonales del ciclo ovarico. En la mujer no embarazada la vagina se mantiene húmeda gracias a la secreción uterina, pero en el embarazo hay una abundante secreción vaginal que normalmente presenta un aspecto mantecoso y que esta formada por epitelio descamado y bacterias, con una acentuada reaccion acida. Durante el embarazo predominan los bacilos, aunque los cocos no son raros. La reacción acida se ha atribuido al ácido láctico, que proviene del metabolismo del glucógeno de las células de la mucosa por los lactobacilos. El pH de la secreción vaginal varía con la naturaleza de las hormonas ováricas secretadas. Antes de la pubertad, el pH de las secreciones vaginales oscila entre 6.8 y 7.2, mientras que en la mujer adulta es mucho más bajo y esta comprendido entre 4 y 5 . La vagina está provista de una abundante irrigación vascular. Su tercio superior esta irrigado por las ramas cervicovaginales de las arterias uterinas, su tercio medio por las arterias vesicales y el tercio inferior por las arterias hemorroidal media y pudenda interna. La vagina esta rodeada por un importante plexo venoso cuyos vasos siguen el curso de las arterias y desembocan en las venas hipogástricas. En una mayor parte, los linfáticos del tercio inferior de la vagina, junto con los de la vulva, desembocan en los ganglios linfáticos inguinales, los de su tercio medio lo hacen en los hipogástricos y los de su tercio superior en los iliacos.

PERINEO

La mayor parte del sople del perineo es proporcionada por los diafragmas pélvicos y urogenital. El diafragma pélvico esta formado por los músculos del elevador del ano más los músculos coccígeos posteriormente y las cubiertas fasciales de estos. Los músculos del elevador forman una amplia cubierta muscular que se originan en la cara interna de la espina isquiática, y entre am-

bos en la fascia obturatriz, las fibras musculares se insertan en diversas localizaciones: alrededor de la vagina y el recto para formar los eficientes esfínteres funcionales de ambos; en un rafe medio situado externamente al pélvico, esto es, en el área triangular situada entre las tuberosidades isquiáticas y la sínfisis púbica. Esta formado por el músculo transverso profundo del perineo, el constrictor de la uretra y las fascias internas y externas.

CUERPO PERINEAL

El rafe medio de los elevadores del ano, situado entre éste y la vagina, está reforzado por el tendón central del perineo, en el cual convergen por ambos lados el bulbocavernoso, el perineal transverso superficial y el esfínter externo del ano. Estas estructuras contribuyen a la formación del cuerpo perineal y forman el principal soporte del perineo, y con frecuencia se desgarran durante el parto a menos que se haga una episiotomía adecuada en el momento preciso (1, 3, 4).

INERVACION DE LOS GENITALES EXTERNOS Y DEL PERINEO

Los músculos y los tegumentos del perineo se hallan principalmente innervados por el nervio pudendo. Procedente de las ramas anteriores de los nervios sacros II, III y IV, el nervio pudendo abandona la pelvis a través del orificio ciático mayor, entre los músculos piriforme y coccigeo, cruzando por debajo de la espina isquiática a nivel de la cara medial de la arteria pudenda interna. A continuación, sigue el conducto de Alcock, situado en la fascia obturadora a nivel de la pared lateral de la fosa isquiorrectal, dirigiéndose hacia la tuberosidad isquiática. El nervio pudendo se divide en tres ramas:

- 1.- El **Nervio Hemorroidal Inferior** atraviesa la pared media del conducto de Alcock y la fosa isquiorrectal, innervando al esfínter anal externo y la piel del perineo.
- 2.- El **Nervio Perineal** sigue durante un corto trayecto el conducto de Alcock para dividirse en una rama profunda y otra superficial. La rama profunda innerva el esfínter anal externo y el músculo elevador del ano, atrasando a continuación la base del diafragma urogenital para innervar los músculos perineales superficiales y profundo, los isquiocavernosos y bulbocavernosos,

y el esfínter de la uretra membranosa. la rama superficial se divide en los nervios labiales posteriores, medio y lateral, que inervan los labios mayores.

- 3.- El **Nervio Dorsal del Clítoris** atraviesa el diafragma urogenital para inervar el glándula del clítoris.

La piel del perineo se halla inervada por los nervios siguientes: **las ramas labiales anteriores del Nervio Ilioinguinal (LI)** procedente del anillo inguinal externo y se distribuye por el monte de Venus y la porción superior de los labios mayores. La rama espermática externa del nervio genitofemoral (LI, II) acompañan al ligamento redondo a lo largo del conducto inguinal, enviando ramas a los labios: **Las ramas perineales del nervio femorocutáneo posterior (SI, II, III)**. Se dirigen hacia adelante y hacia la línea media, por delante de la tuberosidad isquiática, hasta alcanzar el borde lateral del perineo y los labios mayores. Entre las ramas del **nervio perineal (SII,III,IV)** se cuentan el nervio dorsal del clítoris y las ramas labiales posteriores media y lateral que inervan los labios mayores. La rama hemorroidal inferior del nervio pudendo (SII, II, IV) contribuye a la inervación de la piel perineal.

Las ramas cutáneas perforantes de los nervios sacros II y III perforan el ligamento sacrotuberoso, dirigiéndose luego hacia atrás siguiendo el borde inferior del glúteo mayor, para inervar las nalgas y el perineo contiguo. Los **nervios anococcigeos (SIV,V y nervio coccígeo)** convergen a lo largo del coxis, atravesando los ligamentos sacrotuberosos para inervar la zona anococcígea (3).

NEUROANATOMIA, NEUROFISIOLOGIA

NEUROFISIOLOGIA: COMPARACION ENTRE LOS DOLORES VISCERAL Y SOMATICO

La sensación somática proviene de estructuras cutáneas, aponeurosis y músculos (como serían genitales externos, ano uretra y peritoneo parietal). A diferencia, la sensación visceral denota el dolor y otros estímulos que nacen de órganos internos (intestino grueso, vejiga, recto, utero, ovarios y trompas de Falopio).

El dolor visceral a diferencia del somático no tiene una localización precisa y estímulos como el corte, la trituración o la quemadura que causan dolor en estructuras somáticas por lo común no lo producen en vísceras.

Estudios clínicos han demostrado que el dolor puede ser inducido en las vísceras por:

1. Distensión o contracción muscular anormal de víscera hueca.
2. Estiramiento de cápsulas de órganos.
3. Hipoxia o necrosis de vísceras.
4. Producción de alguna sustancia analgésica o algogena.
5. Irritación química de terminaciones nerviosas viscerales.
6. Compresión rápida de ligamentos o vasos.
7. Inflamación.

Es variable por lo anterior comentado la sensibilidad al dolor en las vísceras. A diferencia de ello, la piel de genitales externos, vulva, uretra y ano, tienen abundancia de nervios sensoriales somáticos, extraordinariamente sensibles al dolor. El dolor en estas zonas de inervación somáticas se advierten y localizan con mucha facilidad ya que las fibras nerviosas que inervan estructuras somáticas contienen mucha mielina y tienen una velocidad relativamente rápida de conducción, además poseen nociceptores y terminaciones nerviosas especializadas de umbral alto; las que cuando son estimuladas, producen especialmente la sensación de dolor, la densidad de inervación de las estructuras somáticas es sustancialmente mayor que las estructuras viscerales.

Los mensajes transmitidos hacia el sistema central desde terminaciones nerviosas son específicos de estímulos nociceptivos. El estímulo nocivo es codificado por la intensidad de la descarga nerviosa desde la periferia y es sometido a nuevas modificaciones por la médula.

El número de fibras A delta y fibras C aferentes que se distribuyen en las vísceras es pequeña, en comparación con el de aferentes finas en nervios somáticos que van a la piel. Se han calculado que el número de fibras aferentes viscerales raquídeas es solo de 1.5 a 2.5% del número total de neuronas aferentes espirales que se distribuyen en las estructuras somáticas en la periferia.

Desde el punto de vista histórico, el dolor visceral ha sido clasificado en "verdadero" El verdadero, como el dolor inicial de la torsión ovarica, es el dolor profundo y difuso descrito y a menudo se acompaña de otras respuestas re-

flejas autonomas como náuseas, diaforesis y aprensión. Este tipo de dolor, a diferencia del referido, no se acompaña de hipersensibilidad dolorosa de la piel (hiperalgesia cutánea). El dolor referido es el término utilizado para describir el fenómeno con el cual el sujeto percibe que un estímulo nocivo de un organo interno nace de una región distinta más superficial. El tipo mencionado de dolor suele ser localizado y superficial, y se identifica dentro de la distribución o dermatoma del segmento medular que envía fibras a las vísceras de esa zona. El area de la piel inervada por las fibras a las vísceras de esa zona. El area de la piel inervada por las fibras aferentes en un solo nervio raquídeo constituye un dermatoma. Cada punto en el cuerpo quizá es inervado por los axones de cinco distintas raíces dorsales, cuando menos. Por tal motivo, el tamaño del dermatoma resultante depende más bien de interacciones entre las fibras aferentes primarias y las neuronas secundarias en el asta dorsal de la médula. Los sitios reales de sensación dolorosa de órganos del aparato genital de la mujer dependen de los segmentos raquídeos en que terminan sus aferentes viscerales respectivas.

Las neuronas aferentes viscerales y somáticas se proyectan en las mismas neuronas de segundo orden en el asta dorsal de la médula espinal. Como dato adicional, también se reúnen en la región del asta dorsal de un solo segmento raquídeo aferente de regiones muy amplias, somáticas y viscerales. esta "convergencia somática- visceral" quizá sea la causante de la naturaleza remota del dolor en estas estructuras viscerales. La hiperalgesia que acompaña al dolor referido quizá se debe a reflejos visceromusculares y viscerocutáneos que en esta situación desencadenan dolor somático verdadero en músculos, aponeurosis y tejido cutáneo suprayacente dentro de este dermatoma. Los componentes musculares del dolor pueden depender de contracción, y el cutáneo ser consecuencia de la elaboración de sustancias químicas alogenas transmitidas en forma antidrómica (hacia la periferia) en el nervio aferente. Por tal motivo, el dolor referido tiene dos componentes, uno en el cual se percibe que el dolor surge de un sitio distante al parecer sano, y otro componente hiperalgésico de dolor referido (al tacto), por lo cual se vuelve doloroso un estímulo cutáneo normalmente inócuo, hacia una estructura superficial o dermatoma.

NEUROANATOMIA

La inervación sensorial de un órgano pélvico individual, es decir, parte del aparato, genital femenino, depende de su origen embrionario. Los órganos de la reproducción pueden clasificarse en tres grupos, con base en aspectos de su desarrollo. Las gonadas derivan del surco urogenital; útero, trompas de Falopio y porción superior de la vagina derivan de estructuras de los conductos de Müller, y los genitales externos y porción inferior de la vagina derivan de estructuras del seno urogenital.

La inervación de la mitad inferior de la pared del abdomen y la cara anterior de la vulva que incluye clítoris y la uretra, depende de nervios somáticos mixtos (sensoriales y motores), los que nacen en las ramas ventrales del primero y segundo segmento lumbares raquídeos (L1 y L2). Las ramas dorsales que derivan de la L1 y L2 inervan la porción inferior del dorso a menudo en la región en que se percibe el dolor ginecológico referido. Perineo, ano y porción inferior de la vagina son inervados por ramas somáticas del nervio pudiendo que derivan de los ganglios de segunda y cuarta raíces sacras. (S2 - S4). Los estímulos viscerales dolorosos que vienen de la porción superior de vagina, cuello y cuerpo de útero, porción interna de trompas de Falopio, ligamento ancho, porción superior de vejiga, ciego, apéndice y porción terminal de intestino grueso, viajan por los simpáticos toracolumbares, a través de plexos vaginal, uterino e hipogástrico hacia el nervio hipogástrico; a través del plexo hipogástrico superior, y la cadena simpática lumbar y torácica inferior. Los impulsos después pasan por ramas blancos y comunicantes en relación a T11, T12 y L1. Se ha descrito que los impulsos de la porción superior de vagina como cuello y segmento uterino inferior viajan por los simpáticos pélvicos en el nervio pélvico (erigentes) a segmentos medulares S2 - S4, pero la inervación de estas regiones ha sido punto de controversia. gran parte de los datos recientes se han obtenido del estudio del dolor en la primera fase del parto, que según los expertos se debe a dilatación, estiramiento y desgarramiento de cuello. El dolor de los comienzos del parto se refieren a los dermatomas S2- S4, pero Bonica, en su estudio de los bloqueos nerviosos hechos para aliviar el dolor en cada fase del parto, sugiere que las vías del dolor en la primera etapa del mismo incluye el plexo uterino, el plexo hipogástrico inferior hacia el nervio y después de ahí a la cadena simpática lumbar y torácica inferior.

El dolor referido a las áreas lumbar inferior y sacra superior es mediado por ramas-cutáneas de la división posterior de los nervios torácico inferior y

lumbar superior que emigran a regiones lumbar inferior y sacra. Al finalizar la segunda fase del parto en que gran parte del dolor se debe, según se piensa a distensión perineal estiramiento y desgarró, el dolor puede eliminarse al bloquear el nervio pudendo (el nervio sacro somático). Sin embargo, cuando menos parte de la vagina proviene embriológicamente del seno urogenital como también proviene vejiga y recto. Por tal razón probablemente existan aferentes sacros además de los aferentes toracolumbares descritos, y que vayan a la vagina, todo lo cual ha sido confirmado por estudios de corte del nervio pélvico en ratas, en que quedaron los animales con anestesia vaginal. De este modo al parecer existe alguna duplicación de fibras aferentes en las regiones toracolumbar y sacra.

Las vías aferentes desde el ovario cruzan un lado de la arteria uterina, penetran en la cadena principal simpática a nivel del cuarto ganglio simpático lumbar o ascienden con tal cadena hasta llegar a la médula espinal a nivel del noveno y décimo segmento torácico (T9 y T10).

Los dos tercios externos de las trompas de Falopio en la porción superior del útero tienen inervaciones semejantes. El plexo hipogástrico superior y los ganglios mesentéricos inferiores no contienen aferentes que vengan del ovario y de la porción exterior de la trompa de Falopio. Esta relación anatómica explica la observación clínica de que la neurectomía presacra (extirpación del plexo hipogástrico superior) alivia solamente el dolor central (uterino) pero no el de los anexos (ovarios). Por tal razón, la transmisión de estímulos dolorosos de los tres órganos en el aparato reproductor de la mujer depende de que estén intactos los nervios simpáticos. Sin embargo, la integridad de los nervios aferentes y eferentes sacros es de suma importancia para el funcionamiento apropiado que incluye la regulación refleja de órganos de la reproducción, colon y vejiga. La sección del nervio pélvico interfiere en la micción y la defecación normales, y el corte de los nervios simpáticos no interfiere, a pesar de lo señalado, en la función de colon, vejiga aparato reproductor, ni perturba gravemente la sensación en el colon o en la vejiga.

Las estructuras nerviosas descritas en párrafos anteriores comprenden el primero de muchos relevos de neuronas sensitivas que transmiten sensaciones dolorosas de órganos del aparato reproductor femenino y la pelvis, al encéfalo. El cuerpo neural al que convergen estos axones aferentes está en el ganglio de la raíz dorsal o sensitiva de los nervios raquídeos. La fibra central que deriva de la bifurcación de estos axones penetra en la médula espinal en la división periférica del axón, que incluyen ramas ascendentes y descendentes que se ex-

tienden uno o dos segmentos más allá del nivel en el cual los axones originales penetran en la médula. Gran parte de las ramas ascendentes y descendentes se integran en el haz de Lissauer situado en el borde lateral dorsal de la sustancia gris medular.

La sustancia gris medular en el asta dorsal está organizada en láminas con base en el aspecto y densidad de las neuronas en dicha sustancia. Las láminas se numeran en sentido seriado desde el plano dorsal hasta el ventral. A partir del haz de Lissauer, los axones aferentes viscerales penetran en la sustancia gris por las láminas 1,5 - 8 y 10 del asta dorsal, y a diferencia de ello los axones que inervan estructuras somáticas que se proyectan a través de las láminas 2 y 4.

Es interesante que al parecer no existen neuronas medulares que reaccionen solo a estímulos viscerales que les llegan. Hay neuronas somáticas en el asta dorsal que pueden ser excitadas por estimulación de las zonas cutáneas en ese dermatoma particular y que no reciben estímulos de fibras aferentes viscerales y también hay células viscerosomáticas y las visceras. Estas neuronas viscerosomáticas de segundo orden de la médula presentan interacciones de facilitación o inhibición. Por ejemplo, la estimulación simultánea de las terminaciones nerviosas cutáneas y viscerales puede desencadenar una respuesta de mayor magnitud, que uno u otro estímulos por cuenta propia. Por el contrario, la respuesta de una neurona a estímulos viscerales pueden ser inhibida por otro estímulo cutáneo anterior. Estas neuronas viscerosomáticas tienden a poseer campos receptores de mayor tamaño que las somáticas de segundo orden, pues a veces incluyen tres o más dermatomas. Todavía más, las vías aferentes viscerales y somáticas de estructuras relacionadas funcionalmente se "traslapan" en el asta dorsal. Por ejemplo, los nervios viscerales que van a la vejiga y al recto tienen proyecciones "traslapadas" con el asta dorsal en los nervios pudendosomáticos que inervan los esfínteres uretral y anal. Probablemente estas conexiones programadas específicamente entre aferentes primarios viscerales y somáticos y neuronas secundarias del asta dorsal permiten la decodificación central de los impulsos aferentes. El mecanismo de decodificación mencionado, que permiten la identificación de sensaciones específicas y diversas y también el inicio de respuestas reflejas apropiadas no se ha dilucidado, pero quizá incluye "compuertas" neuronales que pueden ser modificadas por el nivel de desencadenamiento de impulsos de neuronas aferentes viscerales, por impulsos aferentes de estructuras cutáneas y somáticas profundas y por sistemas analgésicos de opioides y no opioides endógenos, así como otras influencias excitadoras o inhibitorias centrales desde el tallo encefalo-hipotalámico u otras regio-

nes encefálicas. Los fascículos espinotalámicos y espinoreticular, que están en el cuadrante anterolateral de la médula, son las vías ascendentes más importantes para la transmisión de información somática y viscerosomática al encéfalo.

La lesión del fascículo espinotalámico hace que se pierda la sensación de dolor debajo del nivel de la lesión en el lado contralateral del cuerpo. El fascículo espinotalámico termina en el núcleo talámico, del cual pasa la información a la corteza somatosensorial. El fascículo espinoreticular termina en la formación reticular del tallo encefálico y esta formación quizá desencadena activación y contribuye a la activación nerviosa que constituye la base de los aspectos motivacionales y emocionales del dolor y los reflejos motores somáticos y autónomos.

Las proyecciones desde la formación reticular que desciende a la médula pueden ser importantes para el control, inhibitorio de estímulos dolorosos, y también componentes de gran trascendencia en el sistema de analgesia endógena. Muchas de las señales dolorosas al parecer ascienden por el cuadrante anterolateral de la médula, como se ha descrito, pero hay innumerables situaciones en que la sección de esta región medular (cordotomía) ha hecho que reaparezca el dolor meses o años después de la técnica quirúrgica que inicialmente produjo buenos resultados. La reparación del dolor puede depender de vías recién alteradas que han desarrollado la capacidad de transportar estímulos dolorosos. Las vías en la porción dorsal de la médula pueden intervenir en este tipo de nocicepción. (6)

DISPAREUNIA: CONCEPTOS

Se define como dificultad o dolor duradero limitado al introito vaginal o uretra (labios, vagina o area pelvica), acompañado o seguido al coito.

DISPAREUNIA PRIMARIA : Dolor o malestar en el inicio de la relación sexual.

DISPAREUNIA SECUNDARIA : Dolor o malestar desarrollado posterior a el inicio de la relación sexual libre de dolor.

Dentro de las diversas causas de dispareunias tenemos :

DISPAREUNIA OBSTRUCTIVA:

La paciente referirá la imposibilidad de la penetración, a la exploracion se descubre agenesia vaginal, himen imperforado, tabique vaginal longitudinal, o himen septado o estenosis congénita del himen.

- Vaginismo se produce como reflejo de miedo primario psicológico, o ser secundario a dolor del himen, el tratamiento no debe ser quirúrgico, lo adecuado es una terapia conductual, complementándolo con la operacion de O' Donnell según el caso y obteniendo una curación completa.

DISPAREUNIA FOCAL (Localizada)

La historia clínica y el examen físico suelen descubrir un punto desencadenante de hipersensibilidad, localizado a nivel de una cicatriz reciente de episiotomia, un quiste de bartholin, un absceso o una infección subaguda, o bien dentro de un anillo en el himen. En cuanto a la dispareunia por episiotomia es de poca duración, menos frecuente con la episiotomia media. Pero de persistir una cicatriz densa y dolorosa que no mejora con el paso del tiempo o la infiltración, ha dado buen resultado la extirpación total del tejido hasta el normal, con cierto grado de cierre de tipo transversal como en la cirugía de O' Donnell. La marsupialización es el tratamiento ideal cuando hay obstrucción o infección de la glándula de bartholin. Cuando se descubre una zona focal de hipersensibilidad en el anillo del himen suele presentarse una de tres situaciones: la hipersensibilidad está a nivel o debajo de una carúncula o hay una rotura inadecuada del himen o ambos procesos. La hipersensibilidad puede provenir del traumatismo durante el coito o infección sobreañadida, estas carúnculas pueden extirparse ambulatoriamente, muchas veces incluso sin anestesia.

ESTRECHEZ

La sensación de fricción, distensión urente o cortadura define la estrechez como problema, en la mayor parte de las pacientes el problema incluye una inadecuada preparación del coito, mala técnica sexual o atrofia vulvovaginal.

PERINEORRAFIA Y VULVECTOMIA

Para pacientes con este posoperatorio o para prevenirlo en pacientes en quienes esté indicado, estas cirugías se han preconizado durante el acto quirúrgico, el cierre de Heineke Mikulicz, plastia en Z, injerto de piel deslizante y técnicas plásticas de Y = V.

ENDOMETRIOSIS

El compromiso del fondo de Saco, de los ligamentos uterosacos o de ambos puede ocasionar dispareunia y tal vez dolor bajo en la espalda. Williams y Pratt registraron dispareunia en un 6% de los pacientes con endometriosis pero dolor en el 1% de las que no la tenían. Junto con dismenorrea y los diversos síntomas de dolor, la dispareunia es un rasgo significativo de Endometriosis.

CA DE VULVA

Muchas pacientes con hiperqueratosis, en particular a las que tienen liquen escleroso presentan un estrechamiento concomitante del introito vaginal con la consiguiente dispareunia. Esto no mejoró con aplicaciones intravaginales o vulvares de estrógenos locales, que aunque antes de emprender cualquier intervención quirúrgica se debe recurrir a todos los medios conservadores. Puede ser útil la cirugía plástica del introito. Escindiendo un área triangular de piel debajo de la horquilla se puede socavar y evertir el epitelio vaginal adyacente, incidir el músculo perineal transverso y su aponeurosis y cubrir el área denudada con el colgajo de mucosa vaginal.

RETRODESPLAZAMIENTO SINTOMATICO

Durante muchos años se atribuyó al retrodesplazamiento del útero ser causa de diversos síntomas como dispareunia, dorsalgias, molestias de pujo abdominal, perturbaciones menstruales, esterilidad abortivo y nerviosidad. A menudo el retrodesplazamiento se acompaña de otras alteraciones como enfermedad inflamatoria pélvica crónica, endometriosis o neoplasia. El dolor en tales circunstancias quizá depende más de la alteración primaria que del retrodesplazamiento que es simplemente un resultado del trastorno fundamental. Por tal motivo, hay que buscar enfermedad orgánica en la mujer con dispareunia que tiene retrodesplazamiento uterino.

CONGESTION VASCULAR E HIPEREMIA

La congestión vascular pélvica puede causar dolor en el aparato genital femenino. Taylor destacó que el síndrome había sido descrito en varias formas en los 100 años anteriores; en primer lugar, con el concepto de que una reacción inflamatoria ocasiona metritis crónica, cervicitis crónica u oovitis quística, pero más tarde el concepto evolucionó hacia la ingurgitación vascular. Taylor clasificó su cuadro como un trastorno vascular y del sistema nervioso autónomo. La típica paciente era multipara, y en los años de reproducción, y a menudo sufría de dispareunia, dismenorrea, anomalías menstruales que incluyeron menorragia y metrorragia y secreción vaginal. La mujer con la dispareunia según sus médicos, era descrita como Frígida y se quejaba a menudo de dorsalgia premenstrual, disuria y urgencia para la micción.

Taylor señaló que cuatro factores independientes o en combinación podrían causar los cambios de la circulación pélvica: El primer factor era mecánico, se incluyen los efectos de la gravedad en la postura, debilidad de los medios de apoyo aponeuróticos de pelvis, y 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. El segundo factor que afecta la circulación pélvica son los problemas inflamatorios, los cuales causan hiperemia local, y/o una parametritis bacteriana aguda o subaguda producía una flebitis en las venas y linfáticos ocasionando mayor daño. El tercer factor fue el estrogénico, que podía ocasionar hiperemia y retención de líquidos. Por último destacó los efectos del sistema nervioso autónomo en la circulación de los órganos reproductores de la mujer, indicó que la porción parasimpática ocasiona dilatación de los vasos de los genitales femeninos, en tanto que el sistema simpático

causa constricción. Pensó que por estímulos psíquicos de naturaleza sexual o no sexual.

Taylor sugirió diversos tratamientos sintomáticos para estas mujeres, pero afirmó que solo en raras ocasiones estaban indicadas las técnicas quirúrgicas.

DESGARRO DE LIGAMENTOS ANCHOS (Síndrome de Allen Masters).

Dentro del cuadro inicial de estas mujeres figura DISPAREUNIA, además de dismenorrea, una sensación de cansancio excesivo o dolor pélvico crónico, todo causado por desgarros traumáticos de los medios de sosten del útero, sufridos en el momento de alguna técnica obstétrica (parto precipitado o traumático, técnicas de aborto ilegal: taponamiento excesivo de la vagina). Ellos describieron haber detectado en la exploración física una separación de cuello y en el fondo rotación con relación al cuello uterino como "articulación Universal". Pensaron que este cuadro era resultado de separaciones o desgarros de los nervios de sosten del cuello y del segmento uterino interior. Los dos autores (Willard Allen y William Masters) señalaron que estas pacientes presentaban retroversión uterina de tercer grado, hiper movilidad del cuello con relación al fondo en todas direcciones y signos de ingurgitación gradual de los vasos pélvicos y al final a la formación de varicosidades en ellos, en el ligamento mencionado. De este modo surgía el síndrome clásico de congestión pélvica descrito por Taylor.

La histerectomía, separación del cuerpo del ligamento ancho y la suspensión uterina son técnicas que logran mejorar en todas las pacientes. Hay autores quienes consideran que la histerectomía quizá era el tratamiento más eficaz en estos problemas.

OTROS

En ocasiones pacientes que se quejan de dispareunia sufren infecciones de vieja fecha con tricomonas, el diagnóstico se hace con estudios de secreciones vaginales y el tratamiento es curativo con el metronidazol.

CAUSAS DE HIPERSENSIBILIDAD, Dermatitis y vaginitis medicamentosa causado por drogas, jarabes, desodorantes, perfumes en los tapones y servilletas sanitarias y colorantes de papel higienico pueden ser la causa de la dispareunia.

Diversos tipos de dolor pueden provenir de angulaciones del pene, como la incurvación ventral o el encordamiento. Los factores del pene pueden identificarse facilmente, mediante el interrogatorio acerca de lo recto o voluminoso del pene de su compañero.

Cuando los síntomas descritos no corresponden con el examen fisico el estudio descubre un rechazo básico al sexo y por sus genitales. El vaginismo puede desempeñar cierta parte en el complejo. Esto representa una minoria, por lo tanto siempre hay que buscar una causa orgánica, muchas pacientes se han calificado de neuróticas, pero en realidad sufren de una rotura inadecuada del himen (IRH) o de problemas urinarios que curan quirúrgicamente.

PROBLEMAS URINARIOS

O'Donnell observó que muchas mujeres con cistitis recurrentes y uretritis relacionadas con el coito tenían el himen con anillos de tejido fibrosos profundos intactos, que llamo himen roto de manera inadecuada (IRH). Señaló que estas mujeres sufrían de vaginitis recidivante causadas según él por desgarros de pliegues himeneales o carúnculas sobre una base intacta, en ocasiones del coito, y que "hipospadia uretral relativa" - incorporación o fijación del meato uretral al himen ventral - y una cenefa - una cortina de himen inmediatamente por debajo de la uretra - hacían que el meato se incurvara penetrando en la vejiga durante la intromisión. La presencia es una capucha que se originaba en el vestíbulo y cubrían la uretra al extraer el pene sirve para aprisionar las secreciones vaginales, y con la intromisión van a parar al orificio uretral que se está invirtiendo.

Para explicar el comienzo de la persistencia de este problema O'Donnell también sugería que la uretra es traumatizada al quedar aprisionada y comprimida entre el pene, que persiste en la parte anterior por IRH y el arco púbico frecuentemente agudo, con poco almohadillado y muchas veces en angulo. Así se reúnan las condiciones para la inflamación y a veces infección de uretra y vejiga.

En la operación de O'Donnell la uretra hipospádica se pone en eversion, queda libre y no se ensucia, se rompe la capucha y el himen se divide repetidamente para permitir que quede sitio dorsalmente para alojar el pene, este aumento en la capacidad dorsal del introito se obtiene utilizando cierres transversos (Heineke - Mikulicz) de dos incisiones verticales. O'Donnell a insistido en que tenía muy buenos resultados aliviando a estas mujeres de sus síntomas urinarios invalidantes, dolor himeneal y exudado. Varios urologos han confirmado el valor de la operación, pero no han llevado a cabo las himenotomias posteriores.

TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE LA DISPAREUNIA

Las mujeres que sufren de dispareunia plantean al médico un dilema especialmente complejo, porque es frustrante para la persona que lo sufre y para el que no puede corroborar un diagnóstico. Sin otras opciones terapéuticas que brindar a este grupo de personas, a veces se recomienda la cirugía definitiva como un método de "vaciamiento pélvico" y suele ser aceptado por las mujeres, convencidas de que constituyen el último remedio para lograr la curación. La sugerencia de que el dolor puede tener origen psicógeno en parte o en su totalidad, a menudo ocasionan desorientación y búsqueda de auxilio entre varios médicos. Pero a veces la cirugía no logra el resultado terapéutico deseado que se traduzca en el alivio permanente del dolor. Los calculos de fracaso terapéutico con el tratamiento "definitivo" de la dispareunia van de 20 a 50%. A menudo los síntomas cambian a otra área del cuerpo a veces meses o años después de la técnica, y muchas veces el Ginecólogo desconoce esta recidiva. La operación de O'Donnell no tiene limitaciones propias del tratamiento quirúrgico sin embargo creemos conveniente comentar alternativas no quirúrgicas. Es esencial excluir de manera específica las diversas causas extraginecológicas, incluidas las psicógenas, antes de considerar una intervención quirúrgica. En la primera visita médica se orienta a las mujeres sobre la prevalencia y las causas posibles de las Dispareunia, se hace también la anamnesis detallada de aspectos médicos (antecedentes personales), de dolor y psicosexuales. Se presta atención particular a posibles síntomas urológicos como serían cistitis poscoito y quizá ciclicidad vaga o atípica que sugieran algún dolor ginecológico funcional atípico (dismenorrea o dolor ovulatorio).

En todas las pacientes se hace una exploración física, minuciosa y repetida que incluye intentos específicos para desencadenar dolor a la palpación de vejiga, uretra o planos mioaponeuroticos .

Las pruebas de laboratorio iniciales incluyen la biometría hemática completa, cultivo y análisis de orina, cultivo de material cervical, estudio citológico y búsqueda de antígeno de clamidia. A todas las personas se practica examen físico completo descartando agenesia vaginal, himen imperforado, tabique vaginal, himen septado o estenosis congénita del himen o himen roto de manera inadecuada, buscando cicatriz, quiste de Bartholin, atrofia vulvovaginal, dermatitis, vaginitis, etc.

Se practica una evaluación psicológica que comprende el llamado Inventario de Personalidad Multifásico Minnesota (MMPI), un índice de dolor Mc Gill y cuando menos, dos entrevistas con un psicólogo clínico. Se pide a todas las mujeres que lleven un "diario de dolor" en que se señale el momento, el sitio y la intensidad con que aparece, así como las circunstancias importantes en su aparición. A todas las personas se brinda psicoterapia cognoscitiva y conductual cuyo fin es modificar el umbral al dolor, que incluye reducción de estrés, relajación y autohipnosis. Una vez terminada la valoración basal, se formulan los diagnósticos y planes presuncionales para más estudios y para tratamiento. Si se sospecha una causa somática, se pide la consulta apropiada con un especialista en dicha rama (urología, anestesiología) y también se practican técnicas especiales según convengan (citoscopia, pielograma endovenoso). Si la revisión somática no aporta datos positivos y la evaluación psicológica basal aporta información congruente con probable dolor psicógeno o psicopatología notable, se recomienda llevar adelante la valoración psicológica y hacer psicoterapia formal. Durante la evaluación se señalen a las pacientes los resultados de sus estudios y las impresiones diagnósticas corrientes.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DISPAREUNIA.

En la literatura sobre el tema se ha presentado atención considerable a las técnicas operatorias siguientes. No se incluye en ellas las que se desecharon por peligrosas, ineficaces o inapropiadas. Los procedimientos como inyecciones paracervicales de fenol en alcohol, rizotomía y lobotomía frontal, reflejan el deseo inaplazable de aliviar el dolor, pero ya no tienen sitio alguno en el armamentario terapéutico.

HISTERECTOMIA

Es interesante destacar que no solo las mujeres a quienes se practica histerectomía por síntomas no relacionados, terminan mostrar dispareunia, sino también muchas a quienes se practica dicha operación por dolor presentan recidiva, describiendo que era exactamente igual el dolor que tenían antes de la operación y lo describen con términos como "cólicos menstruales" o "dolor a la penetración profunda".

Debemos señalar en este punto, que el médico no debe emprender una gran operación ginecológica para aliviar el dolor sino existe patología pélvica orgánica.

NEURECTOMIA PRESACRA

Lee y colaboradores (8) en un artículo, indica la práctica de neurectomía presacra si la mujer aliviaba del dolor de los ligamentos uterosacros después del bloqueo paracervical, y si no había algún diagnóstico psiquiátrico confirmatorio. Indicó de datos de 50 casos del 73% de las mujeres, 77% alivio la dispareunia, después de 2.5 años de vigilancia. Malinak (9) señaló que la neurectomía presacra produce resultados "extraordinariamente impresionantes" en el tratamiento de dispareunia profunda. Los buenos resultados de la neurectomía presacra señalados en la literatura no son congruentes con la impresión clínica general de los ginecoobstetras y de profesores de la materia, quienes han relegado exclusivamente tal operación a mujeres con dolor más rebelde o a las personas con dismenorrea y dispareunia a quienes se intenta tratar de infertilidad y endometriosis. Esta impresión clínica extensa pudiera ser explicada por resultados insatisfactorios, falta de experiencia en el asunto (no ha habido publicaciones ni enseñanza activa durante 30 años) y por el advenimiento de los supresores hipofisarios de tipo médico. El autor, en casos que ha terminado por fracasar, observó que si bien muchas mujeres tuvieron alivio temporal notable, el dolor reapareció 18 a 30 meses después de la operación, dato compatible con el tiempo necesario para la inervación y congruente con la idea que él tiene que el dolor se origina en una disfunción del asta dorsal. En algunos estudios la vigilancia quizá no fue suficiente para precisar su eficacia a largo plazo, además la localización del dolor en términos de los tejidos adoloridos rara vez se limita solo a los ligamentos uterosacros y al útero. La técnica de la neurectomía presacra ha sido descrita en detalle por Mattingly en la obra de Telinde "Ginecología Quirúrgica". El método bien practicado conlleva pocos efectos

adversos, ninguna alteracion de las sensaciones durante el coito, y solo ha habido señalamientos raros de disfuncion intestinal o vesical. Tambien ha habido algunas publicaciones de que dicho método puede disminuir o bloquear temporalmente en algunas pacientes el dolor del trabajo de parto en un lapso de varios años despues de dicha tecnica.

RESECCION DEL NERVIO UTERINO.

Otro método relacionado con la neurectomia presacra comprende la reseccion o la ablación laparoscópica del ligamento uterosacro. Se extirpan los axones simpáticos que incluyen las fibras del dolor A delta y C que van y salen del útero, junto con algunos axones parasimpáticos, y quiza las fibras propias del dolor en ellos. No se sabe si seccionar en la neurectomia presacra el componente parasimpático, a diferencia de cortar simplemente las fibras simpáticas y de dolor asociadas, permite un equilibrio para el utero. Otros autores señalan que la adición de la ablacion uterosacra a la neurectomia presacra no logra mejoría alguna en la tasa de respuesta. no se ha esclarecido la utilidad de cubrir el cabo proximal del ligamento uterosacro con peritoneo, para bloquear la reinervacion, a diferencia del empleo del cauterio o del corte a traves del laparoscopia.

OPERACION DE O'DONNELL (URETROPERINEOPLASTIA)

Descubriremos primeramente esta operacion como la realiza el propio Dr. O'Donnell : Reunida la historia clínica y examen físico, se hara valoración especial preoperatoria con uretroscopía y citoscopia, en aquellas pacientes que lo ameritan, además de los análisis de orina y cultivo, asi como exudado cervicovaginal, recuento de sangre, los cuales seran sistematicamente.

La bacteriuria debe tratarse y curarse antes de operar. No hay necesidad de preparar para transfusión sanguínea.

Para la intervencion que dura 20 a 30 minutos, se utiliza anestesia general o bloqueo de conduccion. Vagina y vulva y zona perinal se preparan con un antiséptico y se colocan campos debidamente. Es util un ayudante. Una valva o espéculo pesado suele mejorar la exposicion para la parte ventral de la operacion.

La cenefa suburetral del himen se agarra con una allis y el anillo del himen ventrolateral se agarra de manera similar, a 1.5cms aproximadamente al lado de la uretra. La brida, puesta en tension, se corta profundamente con tijeras para incluir la base fibrosa del himen, y las extensiones del capuchon vestibular (fig. 1). La incisión se dirige centralmente a la mucosa de la vagina, pero no lateralmente hacia el labio menor. Hay ligera hemorragia hasta que la incisión atraviesa la banda subhimenal profunda. Se colocan puntos en 8 de catgut crómico 2-0 en el vertice de la incision, para hemostasia (fig. 2).

Otros dos suelen bastar en las superficies cortadas de himen menos vascularizadas. Cuando se han cortado ambos lados y se han cerrado trasversalmente, se observa la uretra y también se observa que esta dirigida afuera y ligeramente arriba (fig. 3).

El himen ventrolateral restante se extirpa luego bilateralmente, pero solo en las posiciones 4 y 8 del reloj (fig. 4). Esta etapa puede efectuarse después de meatotomia. Tambien se colocan varios puntos aqui. La extirpacion del himen llegará al area de los conductos de bartholin, que debe evitarse. Para las pacientes con capuchon y síntomas urinarios, se cortan en anillo de Lyon y el capuchon con pequeños tijeretazos, comenzando a unos pocos milímetros de la uretra ventral y atravesando la piel del capuchon vestibular hacia arriba (fig 5). En una extension de aproximadamente 1.5cms . Esta incision vertical también

se cierra transversalmente ; aqui usar catgut cronico 3-0. A consecuencia de ello, y de las incisiones iniciales, el capuchon suele desaparecerse (fig 6). Parece útil la plastia en Y- V recomendada por Jimerson para suprimir un capuchon vestibular.

La vulva se suprime ahora y se efectua parte dorsal de la operacion. Esta es la que suelen llevar a cabo los urólogos, es la que provoca la mayor parte del dolor posoperatorio. No sabemos si es esencial para todas las pacientes, pero cuando hay un himen roto de manera inadecuada y estrechez es aconsejable. Se agarra el himen en la linea medio dorsal y se colocan pinzas de allis sobre la piel del vestibulo aproximadamente a 1.5cms de cada lado. Se cortan pequeñas episiotomias bilaterales profundas unicamente hasta la banda de tejido conectivo subhimeneal, y aproximadamente 1.5 cms dentro de la mucosa vaginal, abarcando la piel de la fosa navicular (fig 7). Se extirpa entonces el puente himeneal, incluyendo toda su base fibrosa mediante incisiones elipticas para ahorrar piel vaginal y perineal, no se tocan tejidos musculares (fig 8). Luego se aproximan los tejidos subcutáneos con nvarios puntos de catgut hemostático cromico 2-0 seguidos de puntos de algodono verticalales de Vicryl 2 -0 con aguja cortante (fig 9). Hay que tener cuidado de aproximar los vértices de las incisiones para ganar el mayor espacio trasversal. Muchas veces las pinzas de tejido laterales, que ahora se han desplazados alejandose de sus posiciones originales, habran creado orejas de perro de tejido de himen y vestibulo. Se cortan con tijeras y se colocan algunos puntos más de catgut para producir una aproximación regular de la vagina con la piel del perineo (fig 10). Se administra analgesicos despúes de la operacion según dolor pero la aplicacion de hielo local disminuye considerablemente el edema y alivia. No amerita sondeo vesical, pero si hay retencion Urinaria colocarla. No se necesitan anti-bióticos ni restricciones dietéticas, se comienzan baños de asiento al segundo dia posoperada y se da de alta al tercer dia. Cuatro semanas despúes se enseñan ejercicios de Kegel y se insiste en su importancia, al cabo de dos semanas más, la curación es completa aconsejando que vuelva a su vida sexual normal con cuidado al principio y luego con plenitud.

OBJETIVO :

Demostrar la utilidad de una técnica quirúrgica sencilla y accesible a todo cirujano ginecológico, consistente en modificar los diámetros de las estructuras anatómicas del introito.

Observar la evaluación de las pacientes posteriores al tratamiento quirúrgico y analizar la repercusión del tratamiento en el aspecto psicosexual de la paciente.

Establecer las bases para futuros tratamientos quirúrgicos en la dispareunia.

MATERIALES Y METODOS :

En forma retrospectiva se analizaron en el periodo comprendido desde enero de 1990 a diciembre de 1993 , nueve pacientes con Diagnóstico de Dispareunia a las cuales se les realizó uretroperineoplastia (Operacion de O'Donnell).

Los Criterios de Inclusion fueron :

Todas aquellas pacientes que hayan sido sometidas a uretroperineoplastia, como alternativa quirúrgica para resolver el problema limitado al introito, vagina o uretra, acompañado o seguido al coito.

Pacientes con Diagnostico de Dispareunia las cuales recibieron tratamiento médico.

Pacientes con Dispareunia que no recibieron ningún tratamiento.

Criterios de Exclusión:

Se excluyen pacientes con diagnóstico de dispareunia en quienes se realizó algun procedimiento quirúrgico concomitante a la operacion de O'Donnell.

En una hoja especial de captacion de datos se tomaron en cuenta los siguientes puntos :

- Nombre de la paciente y afiliacion
- Edad
- Antecedentes no Patológicos.
- Antecedentes Familiares.
- Antecedentes Patológicos
- Antecedentes Gineco-Obstétricos
- Cirugia Vaginales previas
- Examen Físico.
- Diagnóstico Preoperatorio
- Evolución Posoperatoria

Se analizaron los datos obtenidos de la hoja de captacion con las siguientes pautas:

- Promedio de edad.
- Estado civil.
- Paridad, sintomatología más frecuente asociada a la dispareunia.
- Respuesta orgásmica.

RESULTADOS

Del periodo comprendido desde enero de 1990 a diciembre de 1993 se analizaron todas las pacientes con diagnóstico de dispareunia en la clinica del Hospital Luis Castelazo Ayala sometidas a tratamiento quirurgico (Operacion de O'Donnell). Del total de expedientes analizados se obtuvieron 19 pacientes de las cuales se excluyeron diez, por no cumplir criterios, quedando con nueve constituyendo nuestro grupo de estudio.

Se analizaron los parametros mencionados en la descripcion de la metodología obteniendose los siguientes resultados:

El promedio de edad de las pacientes sometidas a la operacion de O'Donnell fue una media de 27.1 años. Con limite de edad de 19 a 43 años. la mayoría del grupo estaban casadas, correspondiendo al 88.8% y el 11.1% para Unión libre, ninguna soltera.

El 77.7% no habian tenido hijos, pero el porcentaje restante nos demuestra que el himen roto de manera inadecuada puede aparecer incluso después del parto.

No se advirtieron diferencias notables en las distribuciones raciales.

El nivel promedio de enseñanza fue idéntico en las mujeres del grupo de estudio.

La edad promedio en la menarquia y la duracion de los ciclos menstruales fueron semejantes en las pacientes del grupo de estudio. Solo dos pacientes presentaban opsomenorrea con periodos de amenorrea.

En todas las pacientes la dispareunia fue primaria y al duración media de los sintomas fue de 4.4 años, con limite de 8 meses a 8 años. Las mujeres del grupo no habian sido sometidas a técnicas quirúrgicas ginecológicas mayores, solo una paciente de 43 a. G3 P3 con antecedentes de episiotomia media de cada uno de sus partos y quien posterior a tratamiento con laser por condilomatosis presenta dispareunia primaria.

Entre los antecedentes medicos o personales de las pacientes de nuestro grupo de estudio, estan los medicamentosos; consumiendo tres veces más medicamentos de receta, en forma regular. Gran parte de estos medicamentos in-

cluyeron diversos analgésicos, antisépticos de vías urinarias, antibióticos y crema vaginal.

Cuando se les pidió que escogieran de una lista de síntomas, todos los cuales habían sido motivo de consulta médica o tratamiento, ellas respondieron cistitis, post coito, leucorrea, y dispareunia severa.

El 100% de las pacientes sometidas a la operación habían tenido himen roto de manera inadecuada en nueve de las pacientes y en cuatro de las nueve además presentaban hipospadía uretral relativa y una con capuchón vestibular.

Los resultados de la operación casi fue curativa para la causa o motivo de consulta, síntomas urinarios, vaginitis y dispareunia. Posteriormente las nueve pacientes respondieron un cuestionario, todas recomendando la operación a una mujer en circunstancias similares.

La respuesta orgásmica preoperatoria al coito raramente se registro, con la operación de O'Donnell: La respuesta orgásmica posoperatoria mejoró notablemente. De dos pacientes que frecuentemente tenían respuesta orgásmica lo atribuyo a disminución de la frecuencia al coito por problemas conyugales. Este resultado meritorio de la operación fue atribuido uniforme en palabras diferentes y prever molestias.

No se presentó ninguna complicación, el sangrado mínimo fue de 30cc en la mayor de las pacientes. La operación es fácil y segura, pero requiere cuidado técnico y vigilancia completa de los lugares que pueden sangrar en las estructuras comprometidas, del introito.

CONCLUSIONES

No existen datos fidedignos respecto a la incapacidad y los días laborales perdidos que son consecuencia de dicho dolor. Los costos personales que deben pagar las mujeres afectadas son igualmente impresionantes. Ellas describen incapacidad, sufrimiento, pérdidas de empleo discordia, divorcio e innumerable quejas de problemas médicos, fracasos y decepciones.

La dispareunia fue definida como dolor o malestar en labios, vagina o area pélvica, durante o después de las relaciones sexuales. Se definió la dispareunia primaria como el dolor o malestar en el inicio de las relaciones sexuales y como dispareunia secundaria a el dolor o malestar desarrollado posterior a el inicio de las relaciones sexuales libre de dolor.

Se explicaron los conceptos, se demostró la técnica y se valoraron sus resultados. Para mujeres con dispareunia, sea cual sea su expresión sintomática, en forma de dolor de himen, vaginitis recurrente, cistitis de la luna de miel o combinacion diversa, la operacion es curativa en más de 90 por 100 de los casos. Debe efectuarse mucho más frecuente y valorarse cuidadosamente por otros ginecologos en cuanto a eficacia y posible mejoría de los resultados para eventuales modificaciones .

Se debe valorar cuidadosamente que pacientes requiere la parte dorsal y cuales requieren la parte ventral de la operacion .

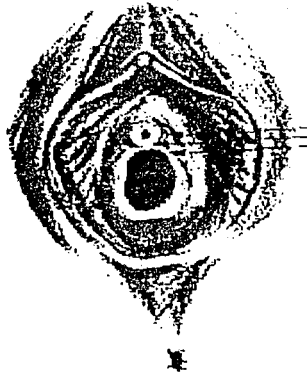
Consideramos pues, que de acuerdo a todo lo anterior, la operacion es una técnica sencilla no mutilante pero que requiere cuidado técnico y vigilancia completa de las estructuras del introito que pudieran estar comprometidas en la dispareunia.

Es esencial excluir de manera específica las diversas causas ginecológicas y extraginecológicas, incluidas las psicógenas, antes de considerar una intervención quirúrgica.

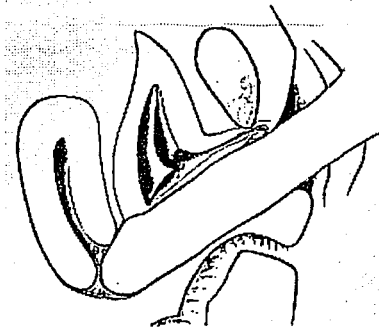
BIBLIOGRAFIA .

1. RICHARD W: Te linde. Ginecologia Operatoria. Sexta Edicion. pgs 617, 235,499.
2. Käser O, Iklè FA, Hirsch HA: Atlas de Operaciones Ginecolóias. 4ª ed. Editorial Toray, S.A. Barcelona pag 101.
3. NETTER FH: Sistema Reprodutor tomo 2 Salvat pgs 128, 130,139,140, 146,150,151,154,185, 195. 89 y siguientes.
4. PRITCHARD JA, et al.: WILLIANS OBSTETRICIA . 1987 .Salvat Editores S.A de C.V.
5. MUNSICK A R: Operaciones en el Introito para dispareunia. Clin Obstet Ginecol /88 vol.
6. RAPKIN A J: Neuroanatomia, neurofisiologia y neurofarmacologia del dolor pelvico. Clin Obstet Ginecol; I :119- 127, 1990.
7. SLOCUMB JC: Tratamiento Quirúrgico del dolor abdominopélvico crónico. Clin Obstet Ginecol ;I: 193-200, 1990.
8. STONE L RB, et al: Presacral neurectomy for chronic dysparenia Obstet Gynecol, 1986; 68: 517
9. DICKINSON RL: Human Sex Anatomy, 2nd ed. Baltimore, Williams y Wilkins.1949 .
10. GLATT AE, ZINNER SH, McCORMACK WM: The prevalence of dyspareunia. Obstet gynecol; 75: 433, 1990 .
11. SCOOT JW, GILPIN CR, VENCE CA: Vulvectomy, introital stenosis and Z plasty Am J obstet Gynecol; 85: 132, 1963.

12. O'DONNELL RP: Relative Hypospadias potentiated by inadequate rupture of the hymen: A Cause of chronic inflammation of the lower part of the female urinary tract,
J Int Coll Surg; 32: 374, 1959.
13. O'DONNELL RP: Letter to the editor
Urology; 12: 236, 1978
14. REED JF: Urethral - hymenal fusion: A cause of chronic adult female cystitis.
J Urol; 103: 441, 1970
15. WEBSTER DC : Sex and interstitial cystitis: explaining the pain and planing self care.
Urol Nurs, 1993 Mar; 13(1) : 4-11 .
16. O'DONNELL RP: Letter to the editor.
Obstet Gynecol; 22: 689.
17. O'DONNELL RP: Letter to the editor.
Obstet Gynecol; 28: 141, 1966.



Meato uretral unido al himen por bridas y cenefa suburetral



El meato uretral ha adoptado una localización vaginal en la intromisión

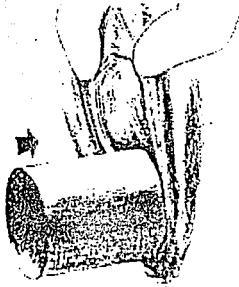
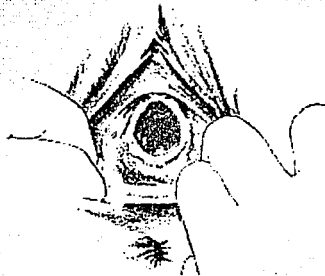
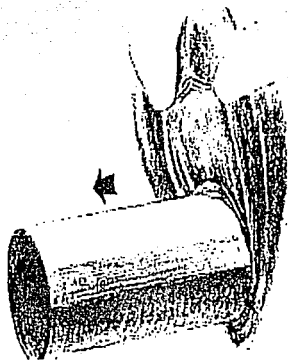


Fig. 3. El meato uretral ha desaparecido durante la intromisión.

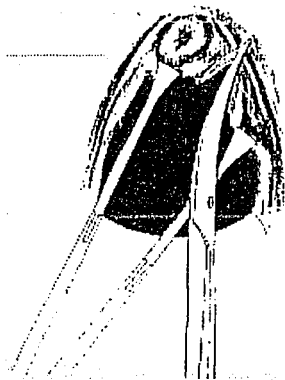
El meato uretral ha desaparecido durante la intromisión



La capucha vestibular secuestra el meato uretral



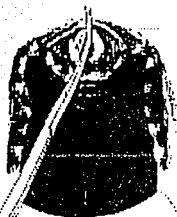
La capucha reúne secreciones
delante del meato uretral



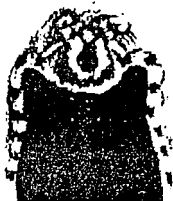
Incisión ventrolateral a tra-
ves del himen y la capucha



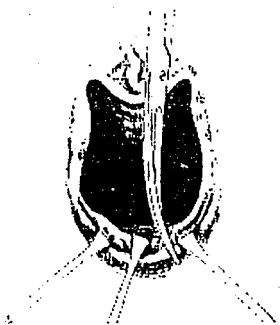
Se extirpa el tejido himenál
ventrolateral restante



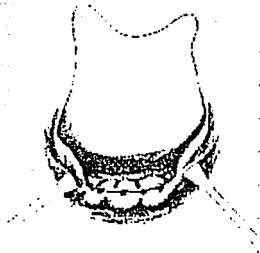
Incisión a través
del anillo de Lyon



Porción Ventral de la
operación completada



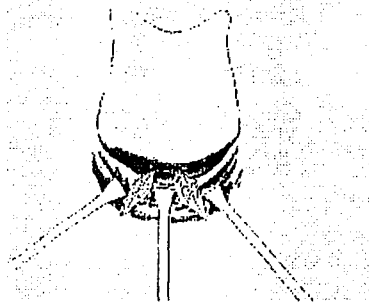
Primera de dos pequeñas
episiotomías



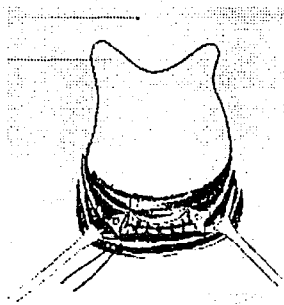
Aproximación de la vagina
hacia la piel del perineo



Curación final



**Episiotomías bilaterales
completadas**



**Aproximación de tejidos
profundos**

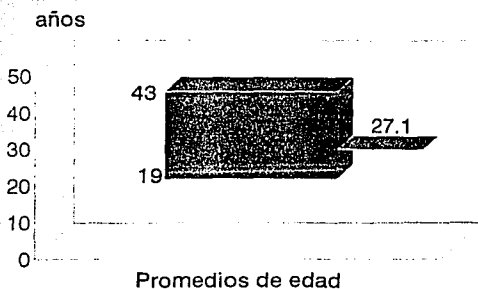


Puntos en forma de 8 en
el vértice para hemostasia



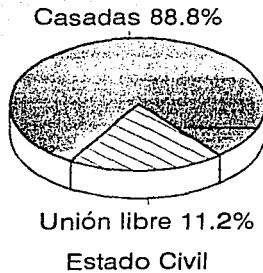
Cierre Bilateral de
Heineke-Miculickz

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA



Gráfica 1

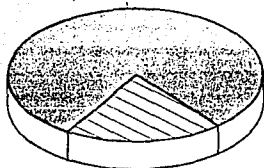
URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA



Gráfica 2

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA

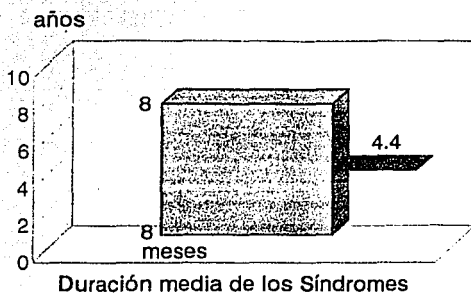
Nulíparas 77.7%



Gráfica 3

Pacientes Nulíparas

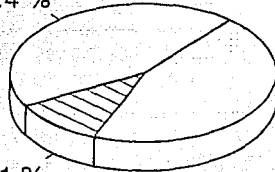
URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA



Gráfica 4

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA

Hipospadia Uretral Relativa
44.4 %



11.1 %
Capuchón Vestibular

H.R.I. 100 %

Gráfica 5

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA
QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA

Tabla N°1. Resultados de la Operación de O'Donnell: Síntomas Urinarios

	N° de Pacientes
Curadas	3
Mejoradas	0
Igual	0
Empeoradas	0
Total	3

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA
QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA

Tabla N° 2. Resultados de la Operación de O'Donnell: Vaginitis

	N° de Pacientes
Curadas	4
Mejoradas	0
Igual	0
Empeoradas	0
Total	4

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA
QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA

Tabla N° 3. Resultados de la Operación de O'Donnell:Dolor Himeneal

	N° de Pacientes
Curadas	7
Mejoradas	2
Igual	0
Peor	0
Total	9

URETROPERINEOPLASTIA UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA DISPAREUNIA

Tabla N° 4. Frecuencia de orgasmos con el coito y después de la Operación de O'Donnell.

Frecuencia Operatoria de orgasmo	N° de Pacientes	Pacientes segun la frecuencia postoperatoria de orgasmo
Nunca	8	0
Frecuente	1	2
Siempre	0	7