

11217

112
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE LA MUJER

AMB

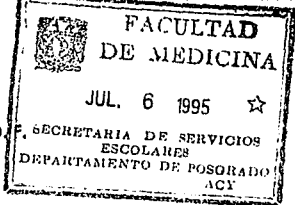
"MORBIMORTALIDAD EN LA
HISTEROCOLPECTOMIA
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER"



S. S. A.

TESIS ^{HOSPITAL DE LA MUJER} RECEPTACIONAL ^{JEFATURA DE ENSEÑANZA}
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECO-OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. MA. LUISA PEREZ DE LA CERDA

ASESOR: DR. ENRIQUE MEDINA HERRERA



MEXICO, D.F.

SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
ACY

MARZO 1995



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

A mi madre, por su humildad
y por apoyarme siempre.

A mi hermano, a quien siem
pre esperaré.

A mis maestros, por su pa-
ciencia y por transmitirme
sus conocimientos incondi-
cionalmente.

A mis pacientes, por entre
garme su confianza.

I N D I C E

| | Pág. |
|--------------------------------|------|
| Introducción | 1 |
| Antecedentes Históricos | 4 |
| Planteamiento del problema | 11 |
| Hipótesis | 12 |
| Objetivos | 13 |
| Anatomía | 15 |
| Medidas preoperatorias | 28 |
| Técnica Quirúrgica | 30 |
| Cuidados posoperatorios | 48 |
| Material y Métodos | 49 |
| Análisis de Resultados | 50 |
| Discusión | 65 |
| Conclusiones | 67 |
| Cédula de Recolección de datos | 68 |
| Bibliografía | 70 |

I N T R O D U C C I O N

Las causas del prolapso genital son complejas. En primer término están las lesiones ocasionadas por la multiparidad en los músculos y aponeurosis del perineo. Las mujeres nulíparas rara vez tienen prolapso, mientras que es más frecuente en las multíparas. También intervienen la constitución física, los esfuerzos (trabajo corporal-excesivo, obesidad, bronquitis crónica), que conducen a un aumento progresivo de la presión intraabdominal, y finalmente, la atrofia posmenopáusica.

Los síntomas son muy variables, consisten en presión, sensación de cuerpo extraño y distensión del bajo-ventre. Es típico que aumenten con la edad y ante un esfuerzo físico y desaparecen con el reposo. Pueden acompañar a un prolapso, manifestaciones como incontinencia urinaria, retención urinaria y con menos frecuencia, retención fecal.

El prolapso genital, por lo general se acompaña de cistocele y rectocele del 100%.

El descenso uterino de III grado, es aquel en el cual el útero protruye a través del introito con el correspondiente desplazamiento de la vagina hasta afuera. El prolapso genital puede explorarse con la paciente de pie o en posición de litotomía y tras realizar un esfuerzo corporal.

El tratamiento quirúrgico del prolapso genital requiere una historia clínica minuciosa sobre las moles-

tias y trastornos funcionales de la vejiga, uretra y recto y el estudio de los órganos pélvicos, tales como los ovarios y las salpinges. El objetivo de la operación es restablecer la anatomía topográfica y normalizar las funciones alteradas.

Hoy en día se extirpa el útero en los casos de prolapso genital, en vista de que se trata en un gran porcentaje de pacientes seniles. El prolapso genital y los descendos uterinos grado II y III, se operan preferentemente por vía vaginal y la colpoperineoplastia es por lo general, un paso obligado en una operación de prolapso.

La principal indicación de histerocolpextomía es el prolapso genital, cuando no es necesario conservar la función vaginal. En estas condiciones, la histerocolpextomía o la colpextomía, si falta el útero, constituye el procedimiento más seguro contra las recidivas. Este método ha demostrado ser útil, sobre todo en los casos de recidiva.

Sin embargo, es una operación poco practicada aparentemente, ya que no se tienen reportes recientes al respecto en la literatura nacional o internacional. En 1961, Percy publicó el último artículo sobre Colpextomía total. Desde entonces no se han vuelto a publicar estudios sobre el tema, lo cual fue el motivo de la presente revisión.

Al realizar esta operación, los riesgos son apenas mayores que en cualquiera otra intervención. La frecuencia de complicaciones depende principalmente de cuatro factores: experiencia y cuidado del cirujano, combina-

ción con otras intervenciones (plastía anterior y posterior), empleo de ciertas medidas profilácticas, tipo de Anestesia y cuidados pre y posoperatorios.

En grandes series de más de 1000 operaciones por vía vaginal en caso de prolapso de los órganos genitales la mortalidad se halla entre 1:500 hasta menos de 1:1000 operaciones(11).

La morbilidad en la bibliografía es muy variable debido a una variación en la exactitud del registro y difiere según el hospital donde se haya realizado el estudio. En un análisis prospectivo y teniendo en cuenta todas las complicaciones como fiebre e infecciones urinarias y sin medidas preventivas especiales, la morbilidad en la histerectomía simple es del 30% aproximadamente; este porcentaje aumenta al 60% cuando además se realiza plastía o colectomía(11).

La desinfección de la vagina y del cérvix es limitada, por ello son frecuentes las infecciones del muñón vaginal y de las vías urinarias. La morbilidad infecciosa y febril puede reducirse con desinfección cuidadosa, cirugía poco traumática, empleo de material de sutura sintético y reabsorbible, acortamiento del tiempo de drenaje vesical. Un factor importante es un adecuado trofismo epitelial vaginal, para lo cual da buenos resultados la aplicación local de estrógenos y queratoplásticos.

Las complicaciones más frecuentes son lesiones vesicales, rectales, hemorragia e infección.

DESARROLLO HISTORICO DE LA CIRUGIA PELVIANA

Ningún grupo debe olvidar nunca - honrar el trabajo de sus antecesores, trabajo sobre el cual se basan sus contribuciones. Grande es la pérdida para quien olvida estudiar la vida de aquéllos que siguen.

Importantes hitos en la historia del tratamiento del prolapso genital fueron mencionados en los escritos de Hipócrates y Galeno, sin embargo esta condición recibió escasa atención durante siglos. Lamentablemente esta actitud aún prevalece en algunos países en vías de desarrollo(24).

Los términos de procidencia y/o prolapso genital fueron empleados por primera vez por el Dr. Watcher en el año de 1745. Posteriormente Sabatier denominó a los descensos del útero, relajación. Cooper los clasificó en primero, segundo y tercer grado. Thomas al igual -- que Cooper en la publicación de su libro de Ginecología, acepta la clasificación anterior, pero también -- agrega que cuando el útero no escapa de la vagina, debe denominarse incompleto y cuando se encuentra por --

fuera de la vagina, se llamará procidencia.

El tratamiento quirúrgico del prolapso genital se intentó por primera vez luego del advenimiento de la anestesia y la asepsia, que fueron los dos mayores descubrimientos del siglo XIX, mejorando el campo de la cirugía ginecológica.

Hasta este momento habían estado de moda pesarios de todo tipo. Algunos de los primeros intentos fueron realizados por ventrofixación, pero ésta no fue satisfactoria, ya que a menudo los resultados eran sólo temporarios. Las intervenciones vaginales eran relativamente simples y se basaron en la sutura de los labios vulvares entre sí, o en la resección de segmentos de epitelio vaginal con aproximación de los bordes para reducir el calibre de la vagina(24).

En medicina todas las especialidades han evolucionado de manera gradual. A medida que se desarrollaron nuevos conocimientos en cada campo, siguen surgiendo subespecialidades. Si se mira de forma retrospectiva los acontecimientos aislados sobre todo en los siglos XIX y XX, sirvieron de fundamento para que la cirugía ginecológica se convirtiera en una entidad separada.

En los primeros días de la medicina de los Estados Unidos era habitual que una persona mantuviera una cátedra de Anatomía y Cirugía, por lo tanto la Ginecología y la Obstetricia estaban incluidas en la Cirugía.

En la práctica, la Ginecología actual está separada casi por completo de la Cirugía General y en todas las escuelas de medicina estadounidense está combinada

con la Obstetricia.

Muchos cirujanos ginecológicos de otros países han logrado importantes adelantos en la cirugía pelviana, - particularmente los de Gran Bretaña y Europa.

Se puede decir que la cirugía pelviana comenzó en Kentucky cuando Ephraim McDowell extirpó con éxito un - gran tumor ovárico, marcando el inicio de la cirugía ab dominal en la navidad de 1809.

La Ginecología fue reconocida en Estados Unidos -- por primera vez como una disciplina independiente en -- 1813, cuando Theodore Woodward fue designado conferen-- cista en Ginecología en la Escuela de Medicina de Cas-- tleton, Vermont.

La histerectomía vaginal fue realizada en Alemania en 1813 por Langenbeck. Posteriormente se efectuó en -- Boston en 1829 por Jonh Collins Warren. Ambas operacio-- nes fracasaron.

La primera histerectomía abdominal exitosa por un- útero leiomiomatoso tuvo lugar en Massachusetts en 1853

Thomas Addis Emmett, un virginiano que se había mu- dado a Nueva York, fue un alumno ilustre de Sims en el- Hospital de la Mujer; ideó operaciones para la repara-- ción de la vagina y el cérvix. La reparación vaginal de Emmett ha perdurado con algunas modificaciones.

La primera histerectomía vaginal por prolapso fue- efectuada por Samuel Choppin, de Nueva Orleans, en 1861 aunque el uso frecuente de la histerectomía vaginal pa-

ra el tratamiento del prolapso genital tuvo lugar más tarde.

En 1877 LeFort describió su colpocleisis parcial para el tratamiento del prolapso uterino. Las técnicas de fijación ventral del fondo del útero a la pared abdominal fueron descritas por Harris, Murphy y Kocher, y estos procedimientos eran realizados regularmente a fines del siglo XIX por Pozzi, Terrier, Leopold y Kelly.

Fenger describió la operación moderna de la histerectomía vaginal en 1881. En Alemania, Martin describió la primera histerectomía con colpectomía completa en 1898.

En 1898 A. Donald, de Manchester y su ayudante Fothergill, idearon lo que comenzó a conocerse como la operación de Manchester, si bien es infrecuente que se la utilice, merece un lugar sobresaliente en los intentos por curar la elongación cervical y el prolapso genital.

Entre 1850 y 1900 Kelly tuvo un gran interés en el estudio del sistema urinario femenino; inventó el cistoscopio de aire e ideó catéteres ureterales. Fue el primero en efectuar una plicatura del esfínter vesical para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Escribió extensamente sobre la organización del quirófano ginecológico. Estableció el programa de entrenamiento prolongado para residentes, copiado en Estados Unidos y otros países. A fines del siglo XIX comenzaron las discusiones entre los defensores de la histerectomía mediante acceso vaginal y los que proponían el acceso abdominal. Kelly fue uno de los primeros defensores de la histerectomía vaginal.

En los Estados Unidos la histerectomía vaginal combinada con colporrafia se convirtió en la operación más popular para el tratamiento del prolapso genital debido a los trabajos de Goffe, C.H. Mayo, Heaney, Kennedy, -- Allen, Aldrige, Edwards, Gray, Pratt, Ward, Te Linde, -- Simmonds, Nichols y muchos otros. Sin embargo, se observaba muchas veces el desarrollo posoperatorio de un enterocele y prolapso de la cúpula vaginal. Muchos cirujanos intentaron prevenir esta complicación mejorando el soporte de la cúpula vaginal durante la histerectomía vaginal, entre ellos, E.H. Richardson con la operación combinada de Spalding-Richardson, Mc Call con la fundoplastia posterior, Thornton con el uso de la aponeurosis pararectal, Richter & Nichols con la colpopexia sacroespinal; Watkins y Le Fort también contribuyeron al conocimiento actual de la histerectomía vaginal con reparación plástica vaginal.

La mayor contribución de Heaney fue el desarrollo de una técnica minuciosa para la extirpación vaginal -- del útero, aplicable en patología benigna.

Edebohlis realizó la primera "panhisterocolpectomía" por prolapso en 1901, en una paciente en quien habían fallado cinco operaciones previas por prolapso genital.

En el año de 1911, Gallant presentó una disertación a la operación de Edebohlis, mencionando que Waldo y Boldt habían realizado la operación con excelentes resultados en la evolución de sus pacientes.

En 1950 Williams describe la técnica de la histerecolpectomía, como se conoce hasta la fecha, removiendo la vagina a través de cuatro colgajos, para posterior--

mente realizar la histerectomía propiamente dicha, combinada con la plastía de Kelly-Kennedy, afrontando los músculos elevadores del ano en su fascículo pubococcígeo.

Hacia el año de 1961, Percy describe una variante de la técnica de Williams, la cual consiste en retirar la vagina, iniciando con una incisión en forma de Y.

Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico moderno del prolapso genital, ha evolucionado a través de fases interesantes con resultados cada vez más satisfactorios que, se espera, continúen mejorando en el futuro.

Hoy en día existen controversias para establecer -- cuál es el procedimiento óptimo. En muchas clínicas, la histerectomía vaginal con colporrafia es considerada la operación ideal para todos los grados de descenso uterino y prolapso genital. En Europa continental y Gran Bretaña se prefiere la operación de Manchester, según la -- descripción de Shaw, a la histerectomía vaginal.

La colpocleisis parcial de Le Fort sigue siendo una operación aceptable para un pequeño número de pacientes -- que no tolerarían un procedimiento quirúrgico más extenso y que no practican el coito.

Después de una evaluación adecuada de cada paciente y de los puntos débiles del soporte vaginal, el cirujano ginecólogo podrá optar por una de las numerosas técnicas quirúrgicas, ya que una sola de ellas no permitirá -- corregir todos los problemas de descenso uterino y/o prolapso genital. La adaptación de la operación a las nece-

sidades individuales de la paciente, permitirá obtener resultados óptimos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La baja frecuencia de histerocolpectomía en pacientes seniles sin vida sexual y con prolapso genital, tendrá como causa una mayor morbimortalidad que al efectuar -- histerectomía vaginal únicamente como el procedimiento más comunmente utilizado en estos casos?

H I P O T E S I S

A. HIPOTESIS GENERAL

La morbimortalidad en la histerocolpsectomía es mayor a la reportada en la literatura para la histerectomía vaginal.

B. HIPOTESIS ESPECIFICAS

1. La edad es un factor determinante de mayor riesgo de morbimortalidad en las pacientes sometidas a histerocolpsectomía.
2. El tratamiento preoperatorio de infecciones vaginales y/o urinarias reduce el riesgo de morbilidad posoperatoria.
3. El tratamiento preoperatorio de las lesiones erosivas cervicales, disminuye el riesgo de sangrado excesivo transoperatorio.

O B J E T I V O S

A. OBJETIVO GENERAL

demostrar que la morbilidad y mortalidad en las pacientes con prolapso genital que son sometidas a histerocolpectomía, es similar a la reportada en la literatura para las pacientes a quienes se les efectúa histerectomía vaginal.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Demostrar que la edad es un factor determinante de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en las pacientes sometidas a histerocolpectomía.
2. Demostrar que el tratamiento preoperatorio de infecciones vaginales y/o urinarias reduce el riesgo de morbilidad posoperatoria.
3. Demostrar que el tratamiento preoperatorio de las lesiones erosivas cervicales disminuye el riesgo de sangrado excesivo transoperatorio.

SELECCION DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE SELECCION

I. CRITERIOS DE INCLUSION

- a) paciente con diagnóstico de prolapso genital
- b) sin límite de edad
- c) Sin vida sexual activa
- d) Que cuenten con exámenes de laboratorio y -- Gabinete básicos.
- e) Con frotis cérvicovaginal de Papanicolaou negativo a cáncer.
- f) Con biopsia de endometrio normal.
- g) Con valoración cardiovascular.

II. CRITERIOS DE NO INCLUSION

- a) Pacientes con prolapso genital, con vida sexual activa.

A N A T O M I A

ORGANOS GENITALES DE LA MUJER

El aparato genital de la mujer, profundamente situado dentro de la excavación pélvica, se distingue así del masculino, que casi por completo se desarrolla debajo de los tegumentos. Se compone esencialmente de dos partes, de un cuerpo glandular, que es el ovario y de un largo conducto, producto de la diferenciación del conducto de Müller, que se extiende de la proximidad del ovario a la superficie exterior del cuerpo y toma sucesivamente los nombres de trompa de Falopio, útero y vagina(23).

U T E R O

Es un órgano hueco, de paredes gruesas y contractíles, destinado a servir de receptáculo al óvulo después de la fecundación. Recibe al óvulo fecundado, lo retiene en su cavidad durante toda la gestación y cuando ha llegado a la madurez contribuye con sus contracciones a expulsarlo al exterior, convirtiéndose así en el órgano de la gestación y del parto.

El útero ocupa la parte media de la excavación pélvica o en otros términos, el espacio comprendido entre el reservorio urinario y el segmento terminal del tubo digestivo. Está situado por dentro de las trompas de Falopio, de las que es continuación; por encima de la vagina, con la que se continúa; por debajo del paquete intestinal, que resbala no solamente por su fondo, sino también por la mayor parte de su superficie exterior.

La forma del útero es la de un cono aplanado de -- delante atrás, cuya base mira hacia arriba y cuyo vértice, fuertemente truncado, se encaja más o menos en el orificio superior de la vagina. Una estrechez circular, situada algo por debajo de su parte media, ha permitido dividir al órgano en dos partes: una superior, voluminosa, el cuerpo y otra inferior más corta, menos ancha y casi cilíndrica, el cuello. La porción estrecha tiene el nombre de istmo.

El útero en la especie humana, como en todos los primates, es un órgano único, medio y simétrico. En la nulípara pesa aproximadamente de 40 a 50 grs. y en las multíparas su peso es de 60 a 70 grs.

El cuerpo del útero ofrece para su estudio dos caras, una anterior y otra posterior así como tres bordes uno superior y dos laterales.

El cuello uterino tiene la forma de un cilindro ligeramente hinchado en su parte media, Courty lo compara a un barrilito estrechado por arriba y afilado sobre todo por abajo; la vagina se inserta en el contorno del cuello y lo divide en varios segmentos:

* Segmento extra o supravaginal: mide 15 a 20 mm de altura, no ofrece eminencia alguna comparable a la cresta posterior; los bordes laterales se confunden con las caras.

* Segmento vaginal: representa la unión del cuello con la vagina. Es una zona circular muy oblicua, como hemos visto ya, pues la vagina sube por la cara posterior del cuello más arriba que por su cara anterior.

* Segmento intravaginal: constituye lo que se denomina-

hocico de tenca (os toncae). Es el que se percibe en el fondo del espéculo al momento de la exploración armada. A esta porción algunos anatomistas le denominan cuello uterino, el cual presenta un orificio de entrada de - - aproximadamente 4 a 7 mm de diámetro y que conduce a la cavidad uterina.

El cuerpo y el cuello del útero no están situados de manera que uno constituye la prolongación del otro; - el eje del cuerpo y el eje del cuello forman un ángulo - abierto hacia adelante en la dirección de la sínfisis pú- bica y cuya abertura normal es de 140° a 170° (23).

MEDIOS DE FIJACION

Se clasifican en tres grupos:

I. Ligamentos del útero y las conexiones del útero con el peritoneo. Estos ligamentos están dispuestos simétricamente y son en número de seis, dos laterales denominados ligamentos anchos; dos anteriores, los ligamentos redondos y dos posteriores, conocidos como ligamentos uterosacros.

II. Sistema de fijación del cuello y de la cúpula vaginal a las paredes pélvicas:

a) sistema transverso, parametrio de Virchow y ligamento transverso de Mackenroth.

b) sistema longitudinal, aponeurosis sacrorrectovaginales de P. Delbet, continuadas por las láminas pubovesicouterinas.

III. Sistema de sostén formado por el elevador del ano y

los músculos del periné.

La irrigación del útero está dada por: la arteria -uterina, la uteroovárica y la arteria del ligamento redondo.

El drenaje venoso del útero está constituido por el plexo uteroovárico o pampiniforme desembocando el del lado derecho en la vena cava inferior y el del lado izquierdo en la vena renal izquierda.

El drenaje linfático es hacia los ganglios yuxtaaórticos, periaórticos, cadena ilíaca externa, hipogástrica y ganglios del promontorio.

El útero está inervado por el ganglio hipogástrico-(23).

O V A R I O

Los ovarios se hallan situados en la cavidad retro-uterina, sobre las paredes laterales de la excavación --pélvica, delante del recto y detrás del ligamento ancho y de la trompa.

Tiene la forma de una almendra, es decir, ovoidea y algo aplanada; son en número de dos, uno derecho y otro izquierdo; en cuanto al peso, en la mujer adulta es de aproximadamente 6 a 8 gr. y de una coloración rojiza.

Medios de Fijación:

- a) Ligamento uteroovárico.
- b) Ligamento tuboovárico.
- c) Mesoovario.
- d) Ligamento infundibulopélvico.

La irrigación del ovario es a través de la arteria-ovárica, rama de la aorta y de la arteria uteroovárica, rama de la arteria uterina.

El drenaje venoso es por medio de la vena uteroovárica, la cual llega a la vena renal en el lado izquierdo y a la vena cava inferior del lado derecho.

Linfáticos: el plexo subovárico llega a los ganglios preaórticos y yuxtaaórticos.

Los nervios del ovario llegan a él por su pedículo superior, su origen se confunde con el de los nervios - del riñón, es decir, los ganglios semilunares, mesentéricos superiores y aorticorrenales(23).

T R O M P A U T E R I N A U O V I D U C T O

Las trompas uterinas o trompas de Falopio son dos-conductos, uno derecho y otro izquierdo, que se extienden del extremo del ovario al ángulo superior del útero. La longitud de la trompa es aproximadamente de 10 a 12-cm y se halla mantenida en su posición por:

- a) su continuidad con el útero.
- b) su retención entre las hojas del ligamento ancho.
- c) por el ligamento tuboovárico.

Falopio comparaba el oviducto a una trompeta (tuba) y de ahí el nombre de trompa que le dió y que lleva todavía en la actualidad; distínguense en la trompa de-Falopio cuatro partes a saber:

- a) intersticial.
- b) ístmica.
- c) ampular.
- d) fimbria.

La trompa, considerada desde el punto de vista de su estructura se compone de tres túnicas superpuestas:

- a) túnica serosa o externa.
- b) túnica muscular o media.
- c) túnica mucosa o interna.

La irrigación es administrada a través de las arterias tubárica interna, media y externa.

El drenaje venoso es hacia las venas uteroováricas.

Los nervios de la trompa tienen dos orígenes, los nervios del ovario y los nervios del útero(23).

V A G I N A

Es un conducto musculomembranoso, muy largo, ancho y muy extensible a un tiempo, que va desde el útero a la vulva, como continuación de la cavidad uterina, por ella pasan el flujo menstrual, los productos de secreción del útero y el feto y sus anexos en el momento del parto. Sin embargo el conducto vaginal desempeña esta función de un modo puramente accesorio. Su principal objeto es recibir el pene durante el coito, constituyendo en la mujer el órgano de la cópula.

La longitud de la vagina desde su orificio vulvar hasta la punta del cuello, es por término medio de 6.5 a 7 cm.

La vagina como todos los conductos tubulares, ofrece a nuestra consideración una túnica externa o conjuntiva, una túnica media o muscular que se encuentra dispuesta en

dos planos, uno superficial de fibras longitudinales y - un plano profundo de fibras circulares y por último, una túnica mucosa.

La irrigación está dada por las arterias:

- a) uterina
- b) vaginal larga
- c) hemorroidal media

El drenaje venoso es hacia las venas uterinas.

Los ganglios linfáticos desembocan en los ganglios-
ilíacos externos, hipogástricos y presacros.

Los nervios nacen de la parte anterior del ganglio-
hipogástrico y la parte inferior de la vagina recibe fi-
letes del nervio pudendo interno(23).

V U L V A

Designa al conjunto de los órganos genitales exte-
nos de la mujer.

Limitada hacia adelante por la pared anterior del -
abdomen, hacia atrás por el perineo y lateralmente por -
la cara interna de los muslos y comprende las siguientes
formaciones:

- I. Formaciones labiales entre las que se encuentran los-
labios mayores, labios menores y el monte de Venus.
- II. La hendidura vulvar que comprende el vestibulo, el -
meato urinario, el orificio inferior de la vagina y-
el himen.

III. El aparato eréctil, constituido por el clítoris y los bulbos vestibulares.

Los vasos y nervios se confunden con los de la vagina; los ganglios linfáticos presacros y los superficiales de la ingle, drenan estas estructuras(23).

ANATOMIA DEL PISO PELVICO

Capa Visceroaponeurótica

La capa superior del piso pélvico está constituida por la aponeurosis (fascia) endopélvica que une a los órganos (especialmente vagina y útero) a las paredes pélvicas, suspendiéndolos. Puesto que esta capa es una combinación de las vísceras pélvicas y la aponeurosis endopélvica, se le llamará capa visceroponeurótica(5).

A cada lado de la pelvis la aponeurosis endopélvica una a útero y vagina con la pared pélvica. Esta aponeurosis forma un mesenterio continuo a manera de una hoja. Transcurre de manera continua desde la arteria uterina en el margen cefálico hasta un punto en que la vagina se une con los músculos elevadores del ano, por debajo. La parte que se une al útero se llama parametrio, y la que se une a la vagina, paracolpio.

Los parametrios están constituidos por lo que en clínica se denominan ligamentos cardinales y uterosacros, que son dos partes diferentes de una sola masa -

de tejido. Los ligamentos uterosacos son el complejo - de estructuras visibles y palpables en el borde medial- del ligamento cardinal-uterosacro. A nivel del orificio cervical externo, la vaina de tejido que une el aparato genital a la pared pélvica cambia arbitrariamente de pa- rametro a paracolpio(5).

Los tejidos de sostén pélvico contienen muchos va- sos sanguíneos, nervios y tejido conectivo fibroso, por lo que pueden considerarse mesenterios bilaterales del- aparato genital.

El paracolpio se encarga de sostener la cúpula va- ginal después de la histerectomía. Se une a los dos ter- cios superiores de la vagina y está formado por dos por- ciones. La porción superior (nivel I) está constituido- por una vaina de tejido relativamente larga que sostie- ne a la vagina, uniéndola a la pared pélvica. En la por- ción media de la vagina, el paracolpio se une a los la- dos de esta última estructura y más directamente a la - pared pélvica (nivel II). Esta inserción distiende a la vagina en sentido transversal entre vejiga y recto y es de importancia funcional(5).

La capa estructural que sostiene la vejiga (aponeu- rosis pubocervical) está constituida por la pared vagi- nal anterior y su unión a través de la aponeurosis endo- pélvica a la pared pélvica.

Asimismo, la pared vaginal superior y la aponeuro- sis endopélvica (aponeurosis rectovaginal) forman la ca- pa de restricción que evita que el recto haga protru- sión hacia adelante. En la vagina distal (nivel III), -

la pared vaginal está unida directamente a estructuras circundantes sin paracolpio interpuesto.

La lesión de las fibras suspensoras superiores del paracolpio (nivel I) produce un tipo diferente del prolapso causado por deficiencia de sostén a nivel medio de la vagina (nivel II). Los defectos de sostén a nivel vaginal II (aponeurosis pubocervical y rectovaginal) -- causan cistocele y rectocele, y la pérdida de las fibras suspensoras superiores de paracolpio y parametrio (nivel I) causa prolapso vaginal y uterino.

Estos defectos suelen ocurrir en combinaciones diversas y tal variación es causa de multiplicidad de cuadros clínicos de prolapso de órganos pélvicos.

MUSCULOS ELEVADORES DEL ANO

El sostén de los órganos pélvicos es proporcionado por un grupo de músculos denominados elevadores del ano. El elevador del ano consta de dos porciones, el músculo pubovisceral (pubococcígeo) y el iliococcígeo. El primero es un músculo grueso en forma de U, cuyos extremos -- provienen de los huesos púbicos a cada lado de la línea media y pasan por detrás del recto, en una disposición a manera de hamaca. Esta porción incluye la pubococcígea y la puborrectal del elevador del ano. A los lados -- el iliococcígeo surge como una banda fibrosa de la pa--

red pélvica (arco tendinoso del elevador del ano) y forma una hoja relativamente horizontal que se extiende en la abertura pélvica y forma una superficie en la que -- pueden apoyarse los órganos (5).

El músculo pubovisceral tiene algunos componentes. El músculo pubococcígeo es la porción más cefálica del elevador del ano y pasa de los huesos púbicos a insertarse en la superficie interna del cóccix. Este músculo constituye solo una pequeña porción del complejo elevador. Los médicos a menudo se refieren a todo el músculo pubovisceral, como "pubococcígeo".

La porción pubococcígea del músculo elevador del ano en realidad conecta dos estructuras relativamente inmóviles (pubis y cóccix), y, por tanto, podría esperarse que no contribuyera sustancialmente al sostén de los órganos pélvicos. La porción puborrectal del músculo pubovisceral pasa a los lados de la vagina y las paredes laterales de ésta se le unen. El músculo continúa después dorsalmente, donde algunas fibras penetran al recto entre el esfínter interno y externo, en tanto -- otras pasan detrás de la unión anorrectal (5).

La abertura en el músculo elevador del ano a través de la cual pasan uretra y vagina (por las que ocurre prolapso), se llama hiato urogenital del elevador del ano. Los bordes de éste son: en sentido ventral (anterior), los huesos púbicos; en el lateral, los músculos elevadores del ano y en el dorsal (posterior), el cuerpo perineal y el esfínter anal externo.

La actividad basal normal de los músculos elevado-

res del ano mantiene cerrado el hiato urogenital. Siempre se están contrayendo. La continua contracción de estos músculos es similar a la del esfínter externo anal y cierra la luz de la vagina, de la misma manera que el esfínter anal cierra el ano.

Esta constricción constante de la vagina por los músculos elevadores del ano elimina cualquier abertura en el piso pélvico a través de la cual pudiera ocurrir prolapso y forma un anaquel en el que pueden sostenerse los órganos pélvicos. Si la musculatura del piso pélvico está actuando normalmente, no se requieren ligamentos o aponeurosis para mantener el útero en su lugar.

La interacción entre los músculos del piso pélvico y los ligamentos de sostén es crítica para sostener los órganos pélvicos. En tanto los músculos elevadores del ano funcionen de manera normal, el piso pélvico se mantiene cerrado y los ligamentos y aponeurosis permanecen sin tensión.

Las aponeurosis simplemente estabilizan a los órganos en su posición por arriba de los músculos elevadores del ano. Cuando los músculos del piso pélvico se relajan o lesionan, éste se abre y la vagina se encuentra entre la presión abdominal alta y la presión atmosférica baja, circunstancia en la que debe sostenerse por los ligamentos. Aunque los ligamentos pueden soportar estas cargas por períodos cortos, si los músculos del piso pélvico no cierran este último, el tejido conectivo se daña y en un momento dado deja de sostener la vagina en su lugar, debido a esta sobrecarga significativa(5).

DIAFRAGMA UROGENITAL Y MUSCULOS ELEVADORES DEL ANO

El diafragma urogenital, los músculos transversos-superficiales del perineo y los bulbocavernosos, a menudo se describen como importantes para el sostén de los órganos pélvicos.

El pequeño volumen de estos músculos, cuya masa total es de casi un centésimo de la del elevador del ano, hace poco probable esta función anatómica. Tampoco es probable que el diafragma urogenital dé sostén al útero y la vagina porque el orificio vaginal en esta membrana evita que se cierre el piso pélvico como ocurre en el varón(5).

M E D I D A S P R E O P E R A T O R I A S

Las medidas preoperatorias consisten en una evaluación completa, iniciando con historia clínica. Se valorará el proceso ginecológico de manera exacta y con especial cuidado en la movilidad y el tamaño del útero, así como en patología de los anexos.

Debe realizarse citología cervicovaginal y que su resultado sea normal. Si existe la menor sospecha de Patología intrauterina, debe efectuarse un legrado biopsia fraccionado, aunque en nuestras pacientes se realizó -- biopsia de endometrio, en las que fue posible obtener -- una adecuada muestra.

Se tratarán las alteraciones inflamatorias e infecciosas de los genitales y/o de las vías urinarias, así como las erosiones cervicales, por lo que es indispensable contar con exámenes de laboratorio que incluyan Biometría hemática completa, Química Sanguínea, Pruebas de tendencia hemorragípara, Pruebas de funcionamiento hepático, Exámen General de Orina, Urocultivo, Frotis y cultivo cervicovaginal.

Se solicitará valoración cardiovascular, para lo -- cual es necesario realizar Electrocardiograma y Telerradiografía de Tórax.

En caso de atrofia de la mucosa vaginal, se recomienda el tratamiento local con estrógenos y queratoplásticos.

La paciente debe dar su consentimiento por escrito.

para ser intervenida quirúrgicamente, de acuerdo al diagnóstico realizado.

Un día antes de la cirugía, se debe desinfectar la vagina con jabón acuoso. Además debe vaciarse el intestino con una enema, misma que debe repetirse unas horas antes de la operación así como tricotomía de la región vulvar.

TECNICA DE LA HISTEROCOLPECTOMIA

En 1950, Williams describió la técnica de la histerocolpectomía, que consiste en la colpectomía, seguida de histerectomía(11). En las pacientes incluidas en este estudio, se modificó la manera de diseccionar el epitelio vaginal, como se menciona en el punto 6.

La cirugía se realiza en posición de dorsolito~~m~~ía, la vejiga urinaria se vacía con una sonda. La piel externa se desinfecta hasta por encima del monte de Venus y el tercio superior del muslo(11). Asimismo se desinfecta la vagina con jabón acuoso y posteriormente con merthiolate.

1. Se fijan los labios menores a cada lado con un punto simple con seda no. 1.
2. La exploración bajo anestesia puede realizarse antes o después de colocar a la paciente en la posición adecuada.
3. Se fija el cérvix con dos pinzas de Pozzi, una en el labio anterior y otra en el posterior y se examina la movilidad del útero.
4. Se escinde el cérvix en forma circular, a unos 5 mm distalmente al repliegue vesicouterino, como se muestra en la foto No. 1.
5. Se divide a la pared vaginal por medio de incisiones longitudinales en colgajos rectangulares, según se --



FOTO No. 1
Prolapso Genital. Incisión en forma
circular del cérvix, a 5mm del repliegue
vesicouterino.

ilustra en la foto No. 2.

6. Seguidamente se hace una incisión circular a 1-2 cm por delante del introito, se pinzan los cuatro colgajos y se separan mediante una disección en parte cortante y en parte roma, avanzando desde el introito -- hasta el cérvix.

En nuestras pacientes, se realizaron las incisiones longitudinales, pero no la incisión circular proximal al introito. La disección de los colgajos vaginales se efectuó en sentido contrario a la técnica -- original, o sea que se disecó desde la incisión del cérvix hacia el introito, en donde se dejaron 1-2 cm de epitelio vaginal. La resección de los colgajos se llevó a cabo después de aplicar los puntos de Kelly-- Kennedy, mientras tanto, estuvieron referidos como se muestra en la foto No. 3.

Hasta este punto concluye la disección del epitelio vaginal y se procede a realizar la histerectomía vaginal propiamente dicha.

7. La separación de los bordes de la incisión entre la vejiga y la pared anterior del cérvix, viene limitada por los denominados pilares vesicales (ligamentos pubovesicouterinos). Éstos se pinzan, se cortan y se suren por separado con un punto de doble ligadura por los extremos (punto en 8) con catgut crómico No. 1 como se observa en la foto No. 4.
8. La vejiga se rechaza hacia arriba, rechazando así al uréter, como a los ligamentos pubovesicouterinos.



FOTO No. 2
Incisión circular del cuello e incisiones longitudinales, mostrando los rectángulos lateral izquierdo, posterior y parte del anterior, del epitelio vaginal.



FOTO No. 3
Disección de los dos colgajos vaginales
posteriores, desde el cérvix hacia el
introito.



FOTO No. 4
Pilares Vesicales (ligamentos pubo vesicouterinos), pinzados y seccionados.

9. Se liberan los ligamentos cardinales, pudiendo realizarse de dos maneras:
- a) Se introduce una pinza de Kelly entre el ligamento cardinal y el útero, en la región ístmica, se abre y se colocan dos pinzas de Heaney, seccionando el tejido entre las mismas y posteriormente suturando con un punto en 8 con catgut crómico No. 1, dejando los cabos largos y referidos. La foto No. 5 -- muestra el ligamento cardinal derecho después de -- introducir la pinza de Kelly.
 - b) En forma directa, se apresa el espesor del ligamento entre dos pinzas de Heaney, seccionando entre ellas y procediendo como en el inciso anterior. Foto No. 6.
10. Una vez seccionada la unión aponeurótica entre la vejiga y el cuello uterino, puede visualizarse la reflexión peritoneal del fondo de saco anterior. El cirujano no debe separar el peritoneo con el dedo, sino -- efectuar una pequeña incisión peritoneal, como se -- muestra en la foto No. 7. La incisión se extiende lateralmente hacia ambos lados.
11. Una vez liberados los ligamentos cardinales, uterosacros y pubovesicouterinos (de forma secuencial) del segmento uterino inferior de modo bilateral, será más fácil identificar y seccionar la reflexión peritoneal anterior. A veces es posible introducir los dedos índice y medio a través del fondo de saco posterior y -- acercar la parte superior del ligamento ancho para --



FOTO No. 5
Introducción de una pinza de Kelly entre
el útero en su región ístmica y el
ligamento cardinal derecho.



FOTO No. 6
Pinzamiento del ligamento cardinal
derecho entre dos pinzas de Heaney.

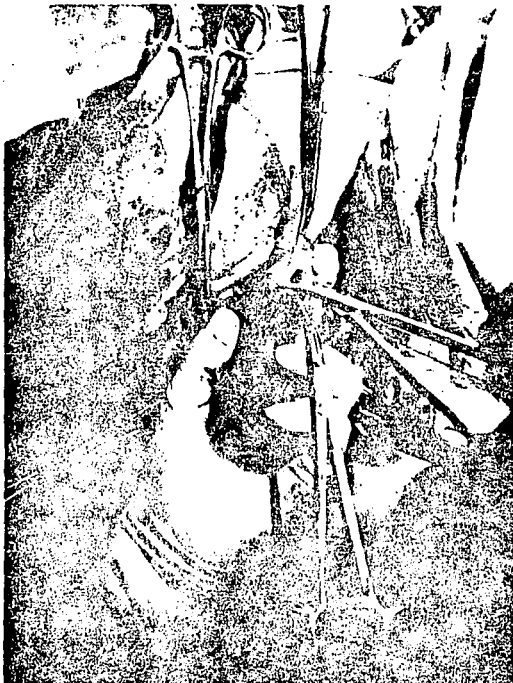


FOTO No. 7

Celiotomía del pliegue vesicouterino con la tijera. Nótese la formación de una tienda de campaña entre dos pinzas de Kelly.

ejercer presión hacia abajo contra la reflexión peritoneal anterior, lo que permite una incisión peritoneal bajo visión directa, como en la foto No. 7 (24).

Asimismo se realiza la celiotomía posterior.

12. Se luxa el útero, como se observa en la foto No. 8.

El pedículo de los vasos uterinos, que contiene la arteria y la vena uterinas y el peritoneo del ligamento ancho situado por delante y por detrás de esos vasos, se recomienda suturar con doble ligadura, con catgut-crómico No. 1. En caso de aplicar una única ligadura, existe el riesgo de deslizamiento. No debe utilizarse una sutura de transfixión en pedículos vasculares debido al riesgo de lesionar un vaso sanguíneo.

13. Se pinzan los vasos uterinos entre dos pinzas de Heaney al igual que la porción remanente del ligamento ancho homolateral, que contiene peritoneo anterior y posterior del ligamento ancho, ligamento redondo, trompas de Falopio y ligamentos uteroováricos. La colocación de las pinzas se muestra en la foto No. 9.

Dado que este último pedículo incluye vasos de gran calibre, se sutura con doble ligadura, con un punto en 8 con catgut crómico No. 1 y la ligadura de transfixión debe permanecer larga para su uso ulterior.

Se realiza el mismo procedimiento contralateral en los vasos uterinos y la porción restante del ligamento ancho contralaterales.

Después de la extirpación del útero, éste debe -



FOTO No. 8
Luxación del útero después de la
celiotomía posterior.



FOTO No. 9
Pinzamiento de los vasos uterinos y
ligamento ancho derechos, ambos entre
dos pinzas de Heaney. Sección de
vasos uterinos.

inspeccionarse con sumo cuidado en el quirófano. Cualquier hallazgo sospechoso puede requerir una interconsulta con el Patólogo. Debe verificarse la ausencia de patología de trompas y ovarios. Se corrobora la hemostasia de todos los pedículos.

14. Se cierra la cavidad peritoneal, con una sutura en -- bolsa de tabaco, con catgut crómico no. 0.
15. Se aplican los puntos de Kelly-Kennedy con catgut crómico No. 1.
16. Se procede a seccionar los cuatro colgajos vaginales a 1-2 cm por delante del introito, como se muestra en la foto No. 10.
17. Se reúnen por pares los muñones correspondientes a -- los ligamentos redondos en su porción superior y los ligamentos cardinales, anudando uno de los dos cabos que se habían referido previamente de cada lado.
18. Se realiza la transposición de los dos pares de cabos restantes, a través del epitelio vaginal remanente, -- como en la foto No. 11.
19. Se realiza la plastia de los elevadores del ano, -- afrontando sus fascículos pubococcígeos, lo cual puede realizarse de dos maneras, con un punto en cruz, o bien, con puntos simples separados, con catgut crómico No. 1. En la foto No. 12 se ilustra la manera de -- referir los músculos con pinzas de Allis, para posteriormente aplicar la sutura.



FOTO No. 10
Sección del colgajo vaginal superior izquierdo.



FOTO No. 11
Transposición de uno de los cabos de la
sutura de cada uno de los ligamentos
ancho y cardinal, a través del epitelio
vaginal remanente.

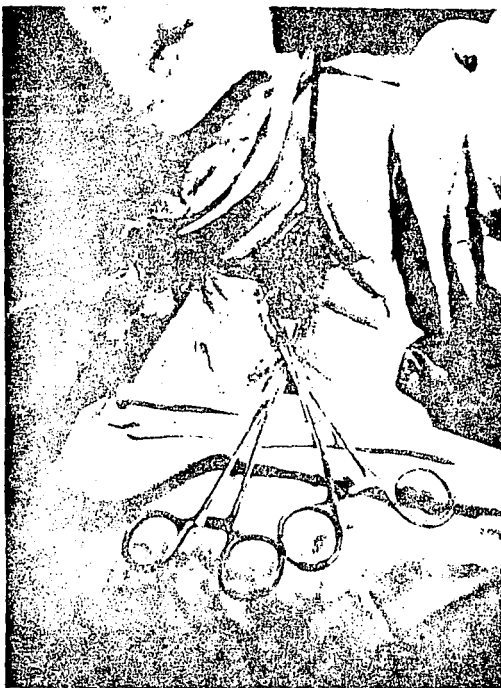


FOTO No. 12
Plastia de los elevadores del ano, en su fascículo pubococcigeo. Músculos referidos con pinzas de Allis.

20. Se sutura la vagina con surgete continuo anclado, con catgut crómico no. 0. En algunas ocasiones es conveniente colocar un drenaje por debajo del epitelio que se sutura a fin de evitar hematomas.
21. Se anudan los cabos de las suturas que se transfirieron en pares respectivos.
22. Se verifica hemostasia, se coloca sonda Foley a permanencia, conectada a un cistoflo. Se realiza tacto rectal para corroborar la integridad de la mucosa rectal y se coloca una gasa vaselinada en el introito vaginal.

CUIDADOS POSOPERATORIOS

Se coloca sonda Foley y se conecta a una bolsa recolectora de orina y se deja la sonda abierta las primeras 24 horas; posteriormente se indican ejercicios vesicales (drenaje intermitente cada 3 horas) durante las siguientes 24 horas.

Se indica ayuno por 24 horas después de la cirugía, por lo que se administran soluciones cristaloides según los requerimientos. Posteriormente se indican líquidos -- vía oral y al tolerarlos se cambia a dieta normal.

No debemos olvidar el vendaje de miembros inferiores e insistir en la movilización temprana. Cuando se requiera se administrarán antiagregantes plaquetarios y tratamiento específico según el caso.

La discusión sobre cómo evitar una infección aún no ha conseguido unanimidad de criterios. Se ha propuesto la administración sistémica de antibióticos. Su eficacia es motivo de discusión. Resulta menos eficaz la profilaxis local intravesical con antisépticos.

En el tercer día posoperatorio se retira la sonda Foley. Si la paciente presenta micción espontánea y sus condiciones generales lo permiten, considerando evacuaciones intestinales normales, tolerancia adecuada de la dieta indicada, ausencia de estados febriles u otras complicaciones, consideramos que la paciente puede ser egresada del Hospital y se cita a la consulta externa para su seguimiento, una vez que se le han dado indicaciones que deba continuar.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

A. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo.

B. UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron 54 expedientes clínicos de las pacientes que ingresaron a la Consulta Externa -- del Hospital de la Mujer, S.S., referidas del -- servicio de Urgencias, con diagnóstico de Pro-- lapso genital, en el período comprendido del 1º de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1994, -- con un rango de edad entre 55 y 85 años, cuya -- media fue de 70 años.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se incluyeron en este estudio, un total de 46 pacientes con diagnóstico de prolapso genital, con un rango de edad de 55 a 85 años, predominando el grupo etario de 70 a 74 años, cuyo porcentaje correspondió al 26.8% del total de pacientes.

El 45% de las pacientes tenía una paridad entre VI y X. El 56.5% de las pacientes acudió a consulta por presentar sensación de cuerpo extraño y el 43.5% restante refería además de este síntoma, pérdida involuntaria de orina tras realizar un esfuerzo corporal.

Solo una paciente tenía el antecedente de cirugía vaginal previa (colpoperineoplastia anterior y posterior).

36 pacientes (78.3%) recibieron tratamiento local con estrógenos y queratoplásticos previos a la cirugía.

En el 76.1% de los casos se realizó la histerocolpsectomía con técnica de Williams y en los casos restantes se efectuó histerectomía vaginal seguida de colpectomía. En 44 casos (95.7%), la técnica anestésica empleada fue Bloqueo peridural, y en los dos casos restantes, Bloqueo subdural.

En 45 casos (97.8%), el tiempo quirúrgico no excedió a tres horas. En un caso, (2.2%), la histerocolpsectomía se efectuó en tres horas con treinta minutos.

El sangrado estimado durante la cirugía, en 43 casos (93.9%), se calculó entre 250 y 500 cc. Solo en un caso se estimó en 1000cc.

16 pacientes presentaron complicaciones, y correspondieron al 34.7% del total de los casos, diagnosticándose infección de vías urinarias en 6 casos (13%), abscesos del área quirúrgica en dos casos (4.3%) y en 8 casos solo se detectó fiebre aislada (17.39%).

En 8 pacientes no se utilizaron antibióticos. En 30 casos se encontró la indicación de antibióticos "profilácticos" descrita en el expediente. En los dos casos antes referidos con absceso del área intervenida, se indicó doble esquema con Ampicilina-Gentamicina. Y en los 6 casos con infección de vías urinarias se administró ampicilina.

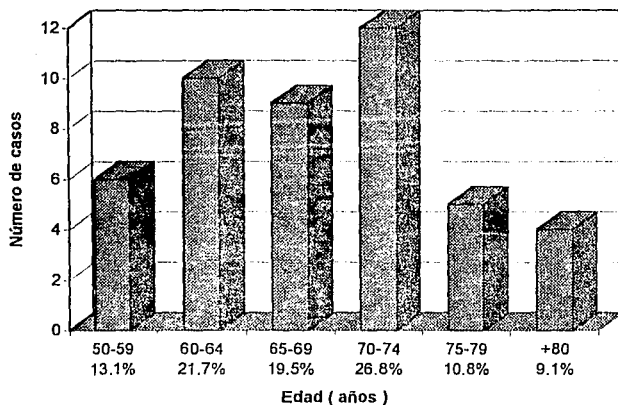
La estancia hospitalaria fue en la mayoría de los casos de 3 a 6 días, prolongándose más de 10 días solo en los casos complicados con abscesos.

La mortalidad encontrada en esta casuística fue cero.

En los 46 expedientes de las pacientes incluidas en este estudio, no se reportó si presentaban enfermedades sistémicas o crónico-degenerativas concómitantes; solamente una paciente presentó tromboflebitis del miembro inferior izquierdo, por lo que reprogramó la cirugía posterior al tratamiento específico, cuando sus condiciones generales lo permitieron, según la valoración cardiovascular.

El reporte histopatológico de las piezas quirúrgicas fue negativo a procesos neoplásicos, únicamente se diagnosticaron cervicitis crónica, metaplasia escamosa, infección por virus del papiloma humano, displasia leve y endometrio atrófico.

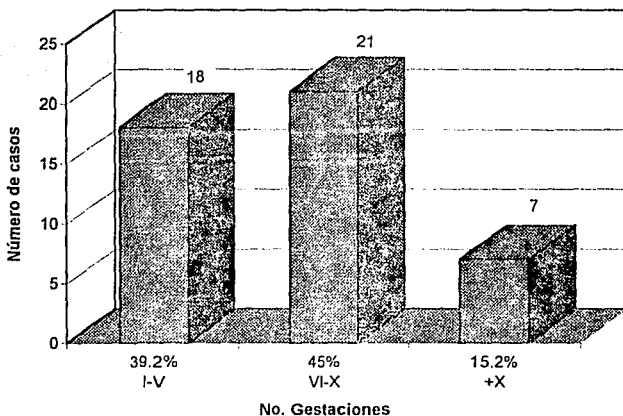
Se realizó un seguimiento en la consulta externa de todas las pacientes, durante dos a tres meses, observando una evolución clínica satisfactoria, motivo por el cual fueron egresadas.



Gráfica No. 1 Número de casos (n=46) en relación al grupo etario correspondiente.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

En la gráfica No. 1 se aprecia la relación entre la edad de la paciente y el número de casos, mostrando que la gran mayoría se encontraba entre la sexta y séptima década de la vida, correspondiendo al 21.7% y 26.8% respectivamente, al momento de la cirugía.

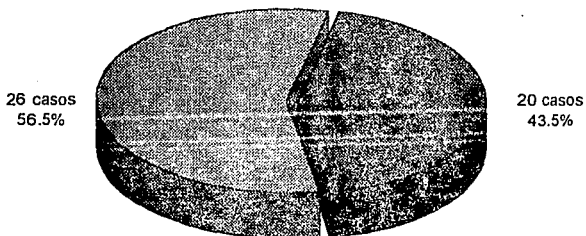


Gráfica No. 2 Número de casos en relación con la paridad de las pacientes

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

La gráfica No. 2 ilustra la relación entre el número de pacientes y la paridad referida, encontrando que el mayor porcentaje (45%), corresponde al grupo que tenía una paridad entre VI y X, y que sumaron 21 pacientes.

Cabe señalar que hubo un caso de una paciente que no tuvo gestaciones, cuya edad fue 75 años. El 39.2% correspondía a 18 pacientes con paridad entre I y V.



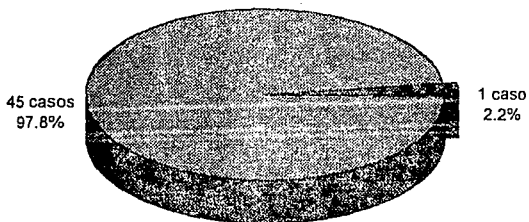
■ Sensación de cuerpo extraño

■ Sensación de cuerpo extraño
+ Incontinencia urinaria de
esfuerzo

Gráfica No. 3 Motivo de la consulta en relación al signo o síntoma principal.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

Del total de las pacientes (46), 26 acudieron refiriendo únicamente la sensación de cuerpo extraño, como motivo de consulta. Las 20 pacientes restantes (43.5%), además de la sensación de cuerpo extraño, mencionaban pérdida involuntaria de orina tras un esfuerzo corporal, al momento de solicitar atención médica. O sea, el total del grupo tenía en común la sensación de cuerpo extraño.



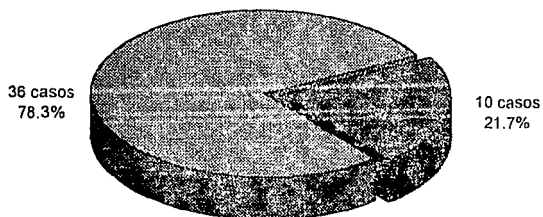
■ Antecedentes de cirugía vaginal previa.


■ Sin cirugía previa

Gráfica No. 4 Porcentaje de pacientes con antecedentes de cirugía vaginal previa.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

La gráfica No. 4 nos muestra que sólo una paciente, o sea, el 2.2% tenía antecedente de cirugía vaginal previa (colpoperineoplastia anterior y posterior), y en el 97.8% (45 pacientes), no se reportaron antecedentes quirúrgicos.



 Con tratamiento previo a la cirugía.

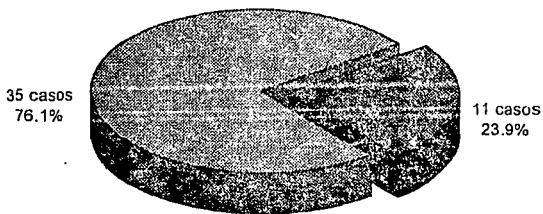
 Sin tratamiento

Gráfica No. 5 Porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento previo a la cirugía, con estrogénos y queratoplásticos a nivel vaginal.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

La gráfica No. 5 muestra que 36 pacientes (78.3%) recibieron tratamiento local con estrogénos y queratoplásticos, siendo el motivo la presencia de lesiones referidas al cérvix o a la mucosa vaginal, secundarias al traumatismo continuo con la ropa interior.

Cabe mencionar que las pacientes con este tipo de lesiones, fueron intervenidas quirúrgicamente hasta que se logro una adecuada epitelización. en 10 pacientes, (21.7%) no hubo necesidad de tratamiento local.

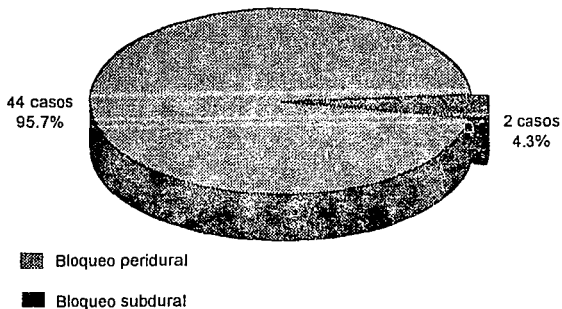


- ▨ Técnica de Williams
- Histerectomía vaginal seguida de colpectomía

Gráfica No. 6 Técnica quirúrgica empleada en los 46 casos.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

Al respecto de la técnica empleada para la solución quirúrgica definitiva en este grupo de pacientes, se utilizó la técnica de Williams en 35 casos (76.1%). En los 11 casos restantes se llevó a efecto en primera instancia la histerectomía vaginal seguida de la colpectomía.



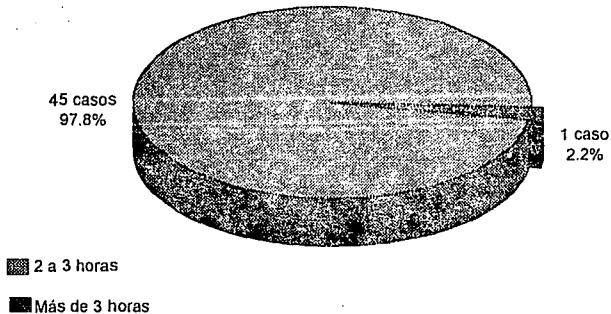
Gráfica No. 7 Técnica anestésica empleada en cada una de las pacientes.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

La técnica anestésica empleada en cada una de nuestras pacientes fue decisión del médico anesthesiólogo en turno, valorando cada caso en forma particular.

La gráfica No. 7 muestra que el mayor porcentaje de los casos (95.7%), o sea, 44 de los 46 casos, fueron manejados con bloqueos peridural durante el procedimiento quirúrgico y solo se aplicaron dos bloqueos subdurales en los dos pacientes (4.3%).

En ninguno de los procedimientos anestésicos se reportaron accidentes o incidentes.

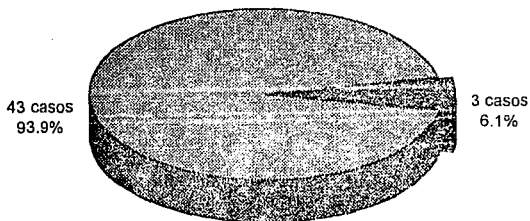


Gráfica No. 8 Tiempo quirúrgico estimado.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S: 1994

El tiempo quirúrgico fue calculado desde el inicio de la intervención y se dió por terminado al momento de aplicar el último punto de sutura.

En 44 casos del total de pacientes, la cirugía se realizó entre dos y tres horas, como se muestra en la gráfica no. 8 y sólo en una paciente (2.2%), el tiempo quirúrgico se excedió a las tres horas (se calcularon tres horas con treinta minutos).



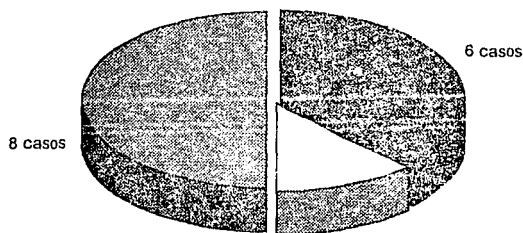
■ 250 a 500 cc

■ Más de 500 cc

Gráfica No. 9 Porcentaje de casos (n=46) en relación a la cantidad de sangrado estimada durante la cirugía.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

El cálculo del sangrado durante la cirugía estuvo a cargo del médico anesthesiologo y en 43 pacientes no excedió a lo 500 cc. En tres casos (6.1%), se calculó por arriba de 500 cc, siendo de 600 en dos de estas pacientes. En un sólo caso (2.2%), el sangrado fue de 1000 cc por lo que fue necesario hemotransfundir a la paciente.



■ Fiebre

■ Infección de vías urinarias

□ Absceso

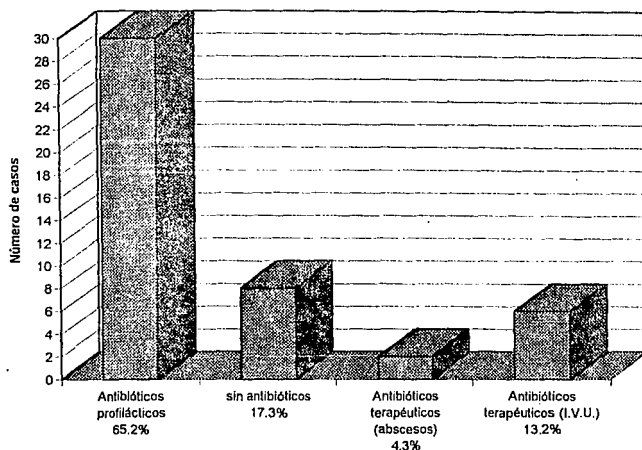
Gráfica No. 10 Morbilidad reportada en el grupo de estudio.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

En lo que respecta a morbilidad reportada, ésta fue manifiesta en 16 pacientes (34.7% de los casos). Las complicaciones observadas fueron las siguientes:

- ♦ Fiebre: (38.0° C), en 8 pacientes. Esto corresponde al 17.39% del total del grupo estudiado.
- ♦ Infección de vías urinarias: corroborada en 6 pacientes, mediante Examen general de orina y Urucultivo, correspondiendo al 13% de complicaciones.
- ♦ Abscesos: hubo dos casos en los que se detectó absceso en la región intervenida.

Todas las pacientes evolucionaron en forma satisfactoria, siendo egresadas sin ninguna alteración.



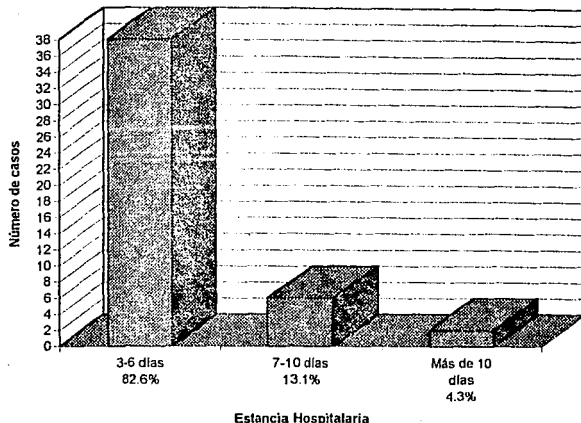
Gráfica No. 11 Uso de Antibióticos en relación al número de pacientes, según su indicación.

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer, S.S. 1994

La gráfica No. 11 pone en manifiesto el manejo con antibióticos y así podemos observar que en solo 8 casos (17.3%) no se utilizaron. En 30 pacientes, se empleó ampicilina y cuyo motivo fue la colocación de sonda Foley a permanencia.

Se administro ampicilina a dosis terapéuticas en los 6 casos en que se diagnosticó infección de vías urinarias.

La combinación de ampicilina con gentamicina se indicó en las dos pacientes complicadas con absceso del área intervenida quirúrgicamente.



Gráfica No. 12 Número de casos (n=46), en relación a los días de estancia hospitalaria.

La gráfica 12 correlaciona el número de casos con los días de estancia hospitalaria. En ella podemos apreciar que 38 pacientes (82.6%), tuvieron una estancia de 3 a 6 días en términos generales; 6 casos (13.1%) permanecieron entre 7 y 10 días, que corresponden a las pacientes que cursaron con infección de vías urinarias y por último en dos casos (4.3%), la estancia intrahospitalaria fue de más de 10 días, tratándose de las pacientes que desarrollaron abscesos, permaneciendo en el hospital 11 y 12 días respectivamente, para ser egresadas tras la solución de su problema, en buenas condiciones.

DISCUSIONES

Posterior a esta revisión, podemos observar que la morbilidad en la histerocolpectomía estuvo presente en el 34.7% del total de los casos. Esta es baja si se la compara con un 60% o más, que se reporta en la literatura (12) para una histerectomía más plástica y si además se considera que la mayoría de las pacientes fueron clasificadas con riesgo quirúrgico II-III según la valoración cardiovascular.

Desde el punto de vista del tiempo quirúrgico, podríamos decir que una histerocolpectomía consume casi el mismo tiempo que una histerectomía vaginal, ya que en ésta también se disecciona el epitelio vaginal para efectuar la colpoperineoplastia anterior y posterior, pero es más amplia la disección del epitelio vaginal en la histerocolpectomía.

Consideramos que la aplicación local de estrógenos y queratoplásticos se hace necesaria, ya que la mayoría de las citologías cervicovaginales reportaron un valor estrogénico de cero y esto se relaciona con la edad de la paciente: el grupo etario con mayor incidencia de prolapso genital fue el correspondiente a 70 a 74 años. Así se favorece un trofismo óptimo del epitelio vaginal facilitando la disección adecuada de los planos quirúrgicos; por lo tanto disminuye el sangrado, si además se emplea una técnica quirúrgica cuidadosa.

Respecto al uso de antibióticos en forma generalizada, consideramos que su beneficio no es valorable por que necesitaríamos un grupo control al que no se hubieran indicado antibióticos y comparar en cual de los dos grupos existe mayor morbilidad infecciosa.

En el Hospital de la Mujer, S.S., en el período -- comprendido del 1° de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1994, hubo 3739 ingresos ginecológicos, de los cuales, 230 culminaron en histerectomía vaginal y 46 en -- histerocolpectomía. Esto corresponde a una proporción -- de una histerectomía vaginal por 16.25 ingresos ginecológicos; una histerocolpectomía por cada 81.28 ingresos ginecológicos y una histerocolpectomía por cada 5 -- histerectomías vaginales.

La histerocolpectomía debería realizarse con mayor frecuencia en pacientes con prolapso genital sin vida -- sexual, como el tratamiento quirúrgico más seguro contra las recidivas, una vez que se hayan descartado procesos neoplásicos del tracto genital mediante los estudios específicos, ya que como se observó en los resultados de este estudio, la morbilidad fue baja y la mortalidad fue cero.

CONCLUSIONES

1. La edad no es un factor determinante de mayor riesgo de morbimortalidad en las pacientes sometidas a histerocolpectomía.
2. El tratamiento preoperatorio de infecciones vaginales y/o urinarias reduce el riesgo de morbilidad posoperatoria.
3. El tratamiento preoperatorio de las lesiones erosivas cervicales disminuye el riesgo de sangrado excesivo transoperatorio.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Estudio observacioal transversal y descriptivo sobre la incidencia de morbilidad y mortalidad en la Histerocolpextomía en el Hospital de la Mujer, S.S.

I. DATOS PERSONALES

Nombre _____ Edad _____
Estado Civil _____
Lugar de nacimiento _____
Lugar de residencia _____
Expediente Clínico No. _____

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades diagnosticadas previamente y tratamiento _____
Cirugías previas, complicaciones de las mismas _____

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Menarca: Ritmo: IVSA: G: P: A: C:
Tipo de parto, peso de los productos, condición al nacer, lugar de atención del parto, complicaciones del puerperio.

VI. EXPLORACION FISICA COMPLETA

Genitales: estado físico del epitelio vaginal y cervical. Grado de descenso uterino (o prolapso genital)
Continencia urinaria y fecal. _____ Estado de los anexos.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

VII. EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- Biometría Hemática Completa
- Grupo sanguíneo y Factor RH
- Química Sanguínea
- Examen General de Orina
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de tendencia hemorrágica
- Urocultivo
- Cervicovaginal
- Frotis cervicovaginal de Papanicolaou
- Biopsia de Endometrio
- Telerradiografía de tórax
- Electrocardiograma

VIII VALORACION CARDIOVASCULAR

IX. ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA.

COPIA
SALA DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

1. Adams, H.D., Total colpocleisis for pelvic eventration. Surg. Gyn. Obst. 1961; august:321-24.
2. Angulo A., Kligman I., Retroperitoneal sacrocolpopexy for correction of prolapse vaginal vault. Surg. - Gyn. Obst. 1989;169:319-23.
3. Barros P., Prolapso Genital. Atlas de Operaciones Ginecológicas. 2a. Edición, 1989:334-45.
4. Bergman A., Koonings P., Predicting postoperative -- urinary incontinence development in women undergoing operation for genitourinary prolapse. Am J Obst. Gyn 1989; may:1171-75.
5. Delancey Jonh O.L., Anatomía y Biomecánica del prolapso genital. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas-1993;4:845-50.
6. Fothergill, W.E., Anterior colporrhaphy and amputation of the cervix combined as a single operation -- for use in the treatment of genital prolapse. Am J - Surgery. 1911;29:161.
7. Gallant, A.E., Panhysterocolpectomy; complete excision of the vagina for prolapse of the bladder. Am J Surg., 1911;25:187. (Referido en 26)
8. Gallant, A.E., Panhysterocolpectomy for prolapsus vaginalam. Am J. Obst. Gyn. 1911;63:672. (Referido en -- 26).

9. Gray G., Technic of repair of enterocele (posterior-vaginal hernia) and rectocele. JAMA 1922;26:709-13.
10. Heaney, N.S., Vaginal Hysterectomy -its indication - and technique. Am J. Surg., 1940;56:284.
11. Käser, O., Histerocolpectomía. Atlas de Operaciones-Ginecológicas. 4a. Edición. 1981:1250-71.
12. Kebohlis, G.M., Panhysterectomy. Am J. Gynecol. Soc.- 1901;26:150.
13. Ledger, W., Guideliness for antibiotic profylaxis in Gynecology. Am J. Gynecol Obstet. 1975;121:1038.
14. Mayo, C.H., Uterine prolapse with associated pelvic-relaxation. Surg. Gynecol Obstet. 1915;20:253.
15. Osborne, N.G., Effect of preoperative scrub on the - bacterial flora of the endocervix and vagina. Obstet Gynecol. 1977;150:148.
16. Parsons, L.H., Histerectomía Vaginal. Atlas de Opera- ciones pelvianas. 1a. Edición. 1970:228-49.
17. Percy, N.M., Total Colpectomy. Surg. Gyn. Obst. 1961 Aug:175-84.
18. Ramírez Cueto, G., O'Farrill Santoscoy F. y col. Tra- tamiento del prolapso uterino durante la senectud. - Ginecol. Obstet. Mex. 1988;56:246-50.
19. Ricci, V.J., Thom, H.CH., Uterovaginal extirpation - for Procidencia. Am J. Surg. 1952;83:192-200.

20. Richardson, E.H., An efficient composite operation - of uterine prolapse an associated pathology. Am J. - Obstet Gynecol. 1937;34:814.
21. Shaw, W., Vaginal operation for cystocele, prolapse- of the uterus and incontinence. Surg. Gyn. Obst. - - 1949;188:11
22. Svesko, V., Total Colpectomy in the treatment of a - case of irreducible uterine procidentia. Am J Obstet Gynecol. 1948;75:213-15.
23. Testut, L., Latarjet, A., Organos genitales de la Mu- jer. Tratado de Anatomía Humana. 9a. Edición. 1964.- Pag:1169-1320.
24. Thompson, J.D., Rock, J.A., Desarrollo histórico de- la cirugía pelviana. Ginecología Quirúrgica. Te Lin- de. 7a. Edición. 1993:17-27.
25. Tovell, H.M., Histerectomía vaginal. Operaciones Gi- necológicas. 1a. Edición. 1981:285-305.
26. Williams, J.T., Vaginal Hysterectomy and Colpectomy- for prolapse of the uterus and bladder. Am J. Obstet Gynecol. 1959;Feb:365-70.