

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

57

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA N°3  
C.M.N. LA RAZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL.**

**¿ES UTIL EL PESARIO EN LOS TRASTORNOS DE LA  
ESTATICA PELVICA?**

**TESIS**

28887

**PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**DRA. MARIA ESTEFANIA GONZALEZ OCAMPO**



**ASESOR**

**DR. MARIO MANUEL MATUTE GONZALEZ**

**MEXICO D.F.**

**C.M.N. LA RAZA  
INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL**

**FEBRERO 2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL.**

Dr. Mario Manuel Matute González  
Médico de base adscrito al Servicio de Ginecología.  
Hospital de Ginecoobstetricia No.3.  
Centro Médico La Raza del IMSS.

**INVESTIGADOR ASOCIADO PRINCIPAL.**

Dra. María Estefanía González Ocampo.  
Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecoobstetricia.  
Hospital de Ginecoobstetricia No. 3.  
Centro Médico La Raza del IMSS

**INVESTIGADOR ASOCIADO.**

DR. Oscar Arturo Martínez Rodríguez  
Director del Hospital de Ginecoobstetricia No 3.  
Centro Médico La Raza del IMSS

**Agradecimientos:**

**A Dios por haberme permitido, realizar esta especialidad.**

**A mi esposo Arturo: por su amor, paciencia y apoyo.**

**A mis hijos: Arturo, Natalia, Alberto y Ricardo, por su cariño y comprensión.**

**Agradecimiento Especial :**

**A mi maestro: Dr. Mario Manuel Matute González, por su enseñanza, que tendré presente toda la vida.**

**Provbs. 16:21 El sabio de corazón es llamado prudente, y la dulzura de labios aumenta el saber.**

**Provbs. 16:22 Manantial de vida es el entendimiento al que lo posee; más la erudición de los necios es necesidad.**

## ÍNDICE

Antecedentes.....	4
Consideraciones anatómicas.....	6
Etiología.....	8
Tipos de pesario.....	9
Justificación.....	13
Criterios de inclusión.....	15
Material y métodos.....	17
Metodología.....	18
Cuestionario.....	20
Casos clínicos.....	21
Resultados.....	41
Tablas.....	45
Conclusiones.....	48
Bibliografía.....	51

## Antecedentes

El uso de dispositivos vaginales como tratamiento para los órganos pelvianos prolapsados, se remonta a cientos de años, aún antes del nacimiento de Cristo. Enge rastreo la historia del prolapso genital y su tratamiento hasta los egipcios, alrededor de 2000 años A. C. En el papiro egipcio de Cahum se encuentra varias referencias de útero caído; Hipócrates uso la succión para el prolapso (1).

En la era prequirúrgica, el único tratamiento para el prolapso era los dispositivos mecánicos toscos, hechos de una variedad de materiales como esponja, algodón, lienzo, madera, hueso, marfil, corcho y diversos metales. Muchos se mantenían en su lugar con ligaduras (1, 2).

En la actualidad se usan para el tratamiento del prolapso sintomático de los órganos pelvianos y en la incontinencia urinaria de esfuerzo. A fines de 1800 y comienzos de 1900 se usaron ampliamente para la dismenorrea, desplazamiento posterior del útero, los trastornos menstruales (1, 2).

En el siglo XX el progreso en las técnicas de anestesia y quirúrgicas proporcionaron una opción para el tratamiento del prolapso. La corrección quirúrgica se hizo habitual en las décadas de 1950 y 1960, considerándose obsoleto el uso del pesario. Históricamente el uso de estos dispositivos para el prolapso de órganos pélvicos se focalizó en la paciente anciana (1, 2, 3).

Aproximadamente el 20% de mujeres postmenopáusicas pueden tener síntomas de prolapso genital y frecuentemente no reportan esto por considerarlo una consecuencia natural por la edad y una situación bochornosa (4).

En los últimos años, las indicaciones para el uso de pesarios se han incrementado en lugar de disminuir, y son una alternativa en el manejo conservador de los trastornos de la estática pélvica (1,2,3,4).

### CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

El sistema de soporte incluye no solamente las estructuras adheridas al útero, sino también las estructuras de soporte de la vagina y el piso de la pelvis y la forma en que resisten la presión intraabdominal.

El tejido fibroelástico, contenido en la porción más inferior del ligamento ancho se extiende desde cada lado del cuello y la vagina superior, a los lados de la pelvis, para formar el ligamento transversal (ligamento de Mackenrodt). Unidos a la fascia endopélvica, del diafragma pelviano, los dos ligamentos de Mackenrodt mantienen el cuello y la vagina superior a ese nivel. Los fondos de saco vaginales laterales debajo del cuello también están fijados al arco tendinoso del músculo elevador del ano por las fibras de Luschka.

Debajo de las hojas peritoneales, sobre cada lado del fondo de saco de Douglas, están las dos estructuras fasciales, conocidas como ligamentos uterosacros, están unidos a la superficie posterolateral del cuello y prosiguen hacia atrás a cada lado del recto, donde se insertan en el periostio del sacro; de este modo mantienen el cuello hacia atrás. Los ligamentos redondos proporcionan poco o ningún soporte contra el útero descendido pero, provee algún soporte, para mantener el útero en anteposición.

El piso muscular de la pelvis (el diafragma pelviano). está unido a la estructura ósea pelviana y forma el principal soporte, sobre el que descansa



el útero y la pared superior e inferior de la vagina. La vagina media e inferior está densamente adherida a los músculos puborrectal y pubococcígeo, comúnmente denominado elevador del ano. Las fibras anteriores de los músculos pubococcígeos, están unidas a cada lado a la vagina al cuerpo perineal y al canal anal. Las fibras posteriores de los músculos pubococcígeos están unidas al rafe medio entre el ano y el cóccix. La placa elevadora está formada por la unión de estos músculos y los músculos ileococcígeos en la línea media. Las fibras de los músculos puborrectales están más profundas y forman un cabestrillo detrás del recto, que lo mantienen en una posición anterior hacia la sínfisis pubis. El componente más posterior de la musculatura pelviana, está compuesto por los músculos ileococcígeos y coccígeos. Los músculos del diafragma urogenital y los superficiales y profundos, proporcionan un soporte adicional (1, 4).

### ETIOLOGÍA

En la etiología participan múltiples factores: partos vaginales múltiples, daño muscular y del tejido conectivo por estiramiento del músculo elevador del ano hacia abajo, desplazamiento del suelo pélvico, así como el trauma directo de fibras del nervio pudendo. Se ha encontrado relación con aumento de la presión intraabdominal por ejemplo constipación crónica o tos crónica, o en ocupaciones que requieren de levantar objetos pesados, conllevan a debilitamiento progresivo del piso pélvico (1, 4).

Historia de histerectomía, cirugía pélvica o trauma pelviano. El trauma pelviano es un factor predisponente así como historia familiar de prolapso, alteraciones en el tejido conectivo afectan directamente la resistencia de la colágena. Problemas médicos crónicos, como son diabetes, EPOC pueden conducir a tejidos débiles. Ha sido encontrada correlación entre prolapso y la presencia de debilitamiento de otras fascias (ejemplo hernia inguinal, hipermovilidad en articulaciones). La deficiencia de estrógenos en la menopausia promueven desvascularización pélvica y adelgazamiento de la mucosa y los tejidos de soporte (4).

### TIPOS DE PESARIOS

Existen varios tipos de pesario cada uno diseñado para una indicación específica (1).

El pesario indicado para una paciente depende de su anatomía y los síntomas, por ejemplo pacientes con prolapso sin incontinencia requiere solo de ocupar espacio (ejemplo: Graham field, inflatable), aquellas con incontinencia urinaria tienen beneficio con el pesario Smith-Hodge (1,2,3,4, 10).

El pesario de Smith-Hodge eleva el cuello de la vejiga y da soporte en su posición retropúbica. Estas funciones son similares a la suspensión del cuello de la vejiga en la cirugía anti-incontinencia y puede tener un valor predictivo de éxito en la restauración de la continencia con cirugía (1,2,3,4).

El pesario Ring, es el usado con más frecuencia, actualmente fabricado en material de silicona . Es útil sobre todo para mujeres con prolapso de órganos pélvicos y soporte perineal disminuido (1,4).

El pesario Cubo contiene 6 copas concavas de aspiración que se adhieren a la pared vaginal, se utiliza más a menudo en pacientes ancianas con eversión de la cúpula vaginal y soporte perineal deficiente, las secreciones pueden ser retenidas por este pesario y puede producir olor si se deja por periodos prolongados, además si permanece colocado el

pesario por días o semanas hace muy difícil eliminar la aspiración para extraerla. El manejo en comparación con otros tipos de pesario el manejo por parte de la paciente puede ser más dificultoso, y requiere de la ayuda de un miembro de la familia o una enfermera. Se inserta comprimiéndolo y ubicándolo alto en la vagina, para extraerlo se introduce un dedo alrededor del cubo para eliminar la aspiración. A continuación se aplasta y se contrae (1,2,4).

Graham- Field, su diseño es fácil de insertar y remover, la base del pesario es grande y suficiente, como soporte de tejidos proximales sin ejercer excesiva presión en ninguna área en particular, es redondo con una superficie cóncava, que calza el vértice de la cúpula vaginal, provee succión y ayuda a prevenir descargas vaginales espontáneas. El plástico es suave no irrita y es fácil de limpiar y lubricar, puede ser removido por paciente con mínima molestia. Es ideal para pacientes con prolapso genital severo. (1,2,3,4).

Gellhorn flexible, que posee un botón que se proyecta a partir de su centro, y que hace presión contra el cuerpo perineal, está hecho de siliconas.

Pesario Gerung, es un pesario de silicona flexible en forma de arco, proporciona soporte a la pared vaginal anterior en pacientes con cistocele, ya que sus barras laterales se montan a horcajadas sobre el recto y aplastan

un rectocele. La mejor forma de insertarlo en la vagina con las barras en posición anteroposterior (es decir de costado) a continuación se rota dentro de la vagina de manera que las barras convexas se encuentren hacia la vagina anterior (1,4).

INTROL bladder neck support prosthesis, usado en incontinencia urinaria, trastornos de la estática pélvica, eleva el cuello de la vejiga y ocupa un espacio.

## Complicaciones

Cuando se ajusta adecuadamente las complicaciones y efectos se reducen al mínimo. Las complicaciones más frecuentes puede ser dolor pélvico, hemorragia, úlceras vaginales, retención urinaria, descarga vaginal, dispareunia, fistulas urinarias o intestinales, sobre todo cuando el pesario se utiliza de manera prolongada e ininterrumpida.

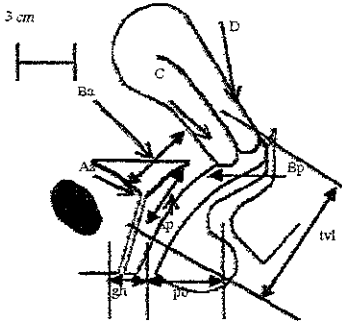
### Signos y síntomas del prolapso genital

- *Protrusión de masa y sensación de cuerpo extraño*
- *Presión pélvica.*
- *Dolor bajo en espalda.*
- *Incontinencia urinaria.*
- *Obstrucción a la defecación.*
- *Hipertrofia de la mucosa.*
- *Irritación.*
- *Sangrado.*
- *Escoriación crónica.*
- *Ulceración (3,4,5).*

## **Justificación.**

Es el interés de este estudio determinar la utilidad del pesario en pacientes con trastornos de la estática pélvica. Se espera la identificación de las pacientes con trastornos de la estática pélvica , que requiera de un tratamiento conservador seguro y eficaz, y que proporcione un alivio a los síntomas producidos por dicho trastorno, se utilizará en aquellas pacientes que lo acepten y que requieran su uso en forma temporal antes de la intervención quirúrgica o si se desea diferir esta hasta un momento más conveniente, cuando la enferma constituye un elevado riesgo que contraindique la cirugía ,o si la paciente no desee la operación.

En relación a la terminología utilizada para describir el prolapso de órganos pélvicos y la disfunción del piso pélvico. La Sociedad Internacional de la Continencia, la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirugía ginecológica en 1996 adoptan un sistema standard. Y proponen los puntos básicos que a continuación se describen (4, 8).



<b>Aa</b>	Los 3 cm. Proximales de la pared anterior de la vagina.
<b>Ba</b>	Porción distal de la pared anterior de la vagina.
<b>C</b>	Cervix o en su defecto la cúpula vaginal.
<b>D</b>	Fondo de saco posterior.
<b>Ap</b>	Los 3 cm. Proximales de la pared vaginal posterior.
<b>Bp</b>	Porción distal de la pared vaginal posterior.
<b>gh</b>	Hiato genital.
<b>pb</b>	Cuerpo perineal.
<b>tvl</b>	Longitud total de la vagina.

**Etapla 0:** El prolapso no es demostrado. Puntos Aa, Ap, Ba, y Bp son todos a - 3 cm. y también el punto C o D es entre - TVL, cm y -(TVL-2) cm.

**Etapla I:** El criterio para la etapa 0 no es encontrado pero la porción más distal es mayor de un cm. encima del nivel del himen (cuando es cuantificado el valor >-1 cm).

**Etapla II:** La porción más distal del prolapso es < 1cm proximal o distal al plano del himen (ej. si se cuantifica tiene un valor de > -1 cm pero < +1 cm).

**Etapla III:** La porción más distal del prolapso es > 1 cm a través del himen pero protruye mas de 2 cm, menos que el total de la longitud vaginal en cm. (ej. si se cuantifica su valor es de >+1 cm pero <+ [TVL-2]).

**Etapla IV:** Completa eversión de la longitud total de la vagina. La porción distal de la que protruye un mínimo (TVL-2) (4, 8).



## OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la utilidad del pesario en el tratamiento de las pacientes con trastornos de la estática pélvica grado III y IV.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la aceptación del uso del pesario.
- Conocer los síntomas provocados por el pesario.
- Determinar los efectos del pesario en el epitelio vaginal.
- Conocer el tiempo del uso del pesario.
- Determinar las causas que originan el abandono del uso del pesario.
- Conocer si las pacientes pueden aplicarse el pesario ellas mismas o sus familiares.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes del genero femenino.
- Clasificación de la Sociedad de la continencia, TEP grado III  
o IV (8).

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Laceraciones vaginales extensas.
- Infecciones vaginales.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Paciente que no acepte el uso del pesario.

## Material y Métodos

### MATERIAL

1. Consultorio de ginecología.
2. Enfermera.
3. Cuestionario (Anexo I).
4. Hoja de consentimiento informado.
5. Pesario.

## Metodología

- 1.- Se invitará a las pacientes que tienen criterio de elegibilidad, que acudan a la consulta externa del servicio de ginecología del HGO3, derivadas de los hospitales de los HGZ.
- 2.- Se aplicará el cuestionario anexo 1.
- 3.- Exploración genital, se coloca a la paciente en posición ginecológica, se le pide a la paciente pujar o toser, registrando los trastornos de la estática pélvica, de acuerdo a la terminología de la clasificación de la Sociedad Internacional de la Continencia.
- 4.- Se reduce el prolapso, se mide el diámetro conjugado obstétrico (Para determinar la medida del pesario). Posteriormente se aplicará el pesario en la vagina, de la siguiente manera, lubricándolo previamente con gel hidrosoluble, se pinza el pesario al centro con una pinza de Foester, se hace presión en el introito firmemente hasta lograr su introducción (Pesarios Graham-Field de goma roja, el pesario Ring se dobla por su articulación). Se explora la colocación del pesario, y debe estar colocado por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del promontorio. Se le pide a la paciente ponerse de pie, ella debe expresar sensación de comodidad y no sentir ninguna molestia, ni expulsar el pesario.
- 5.- El familiar de la paciente participará activamente en la colocación del pesario y se le explicará ampliamente la metodología.

- 6.- Se citará a la paciente cada 15 días, hasta que el familiar sea capaz de colocar y retirar el pesario, posteriormente será citado cada 3 meses por un año (Con indicaciones al familiar de retirar el pesario cada semana, lavarlo con agua y jabón, colocarlo en solución antiséptica y reinsertarlo al día siguiente, usando un lubricante hidrosoluble).
- 7.- En cada consulta se aplicará el cuestionario sobre síntomas provocados por el pesario. Asimismo se efectuará exploración pélvica, se retira el pesario, se explora la vagina, y de no encontrarse alteraciones se reinserta nuevamente.

Para la evaluación de los efectos provocados por el pesario, sobre síntomas generales, incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia, la cuantificación de la pérdida urinaria y sobre el epitelio vaginal, se realizó el siguiente cuestionario.

Sensación de cuerpo extraño en vagina				
Observación o palpación de una masa en vagina				
Dolor pélvico				
Descarga vaginal fétida				
Prurito o ardor vulvar				
Disuria				
Goteo miccional				
Toser o estornudar				
Reírse				
Levantar objetos pesados				
Ejercicio activo (subir escaleras o correr ejemplo)				
Ejercicio mínimo (caminar o labores de la casa ejemplo)				
¿Tiene sensación intensa de orinar (urgencia o dolor) antes de vaciar la vejiga? (1 = No; 2 = Sí)				
Si la respuesta anterior es positiva preguntar: Pierde orina antes de llegar al baño (1 = Ocasionalmente; 2 = La mitad de las veces; 3 = Siempre)				
Esta orina que pierde antes de llegar al baño es: (1 = Casi nada; 2 = Poca; 3 = Regular; 4 = Mucha)				
Su ropa interior está... (0 = Seca; 1 = Húmeda; 2 = Mojada)				
Usa protectores (1 = No; 2 = Sí)				
¿Que protectores usa? (1 = Papel higiénico; 2 = Toalla sanitaria; 3 = Pafial)				
¿Cuántas veces se cambia el protector en un día?				
¿Cómo están los protectores cuando se los cambia? (0 = Seco; 1 = Húmedo; 2 = Mojado)				
Peso:				
Talla:				
Número				
Tamaño (mm)				
Profundidad: (1 = Superficial; 2 = Profunda)				
Descarga vaginal (1 = No; 2 = Sí)				
Dolor pélvico (1 = No; 2 = Sí)				
Sangrado (1 = No; 2 = Sí)				
Mal Olor (1 = No; 2 = Sí)				
Autoaplicación (1 = No; 2 = Sí)				

**Mujer de 71 años de edad.**

**Ocupación: Labores del hogar.**

➤ **APP:** 1982 Hernioplastía umbilical e inguinal sin complicaciones.

1998 Se le Dx carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda, etapa clínica IIA se le realizo tumorectomía y tratamiento coadyuvante con radioterapia, (ciclo mamario completo) y hormonoterapia (tamoxifén 20 mg al día).

➤ **AGO:** Menarca 11 años, RM 28X4 dismenorrea leve, IVSA 22 años, GII, PII partos eutocicos, neonatos con peso de 2000 y 2500grs. MPF hormonales orales por 10 años, citología cervicovaginal clase II.

➤ **PA:**

Paciente que acude por cuadro clínico de 2 años de evolución, caracterizado por sensación de cuerpo extraño en vagina (2), observación de una masa en vagina (2), dolor pélvico principalmente en hipogastrio(2), y goteo miccional (2).

Incontinencia urinaria de esfuerzo: refiere pérdida involuntaria de orina al toser o estornudar (2), reír (2), levantar objetos pesados (2), ejercicio activo siempre(2), y con el ejercicio mínimo a veces (1). Urgencia urinaria: manifestada por sensación intensa de orinar, antes de vaciar vejiga,

pérdida de orina antes de llegar al baño la mitad de las veces (2), en regular cantidad (3).

La ropa interior generalmente se encuentra húmeda (1), usa toalla sanitaria, con cambio 6 veces al día, y cuando las cambia estas están mojadas (2).

➤ **EF:** Peso: 40 kg. Talla: 1.45 mts. IMC: 19 TA: 120/70 mmHg.

Exploración ginecológica: vulva atrófica con pérdida de orina a la maniobra de Valsalva, con descenso de pared vaginal anterior que rebasa el plano del himen, puntos Aa +3 cm, Ba +7cm, C +7cm, cérvix de 2x2 cm epitelizado, atrófico, con tendencia a cupulizarse, hiato genital 4.5 cm, cuerpo perineal 1cm. Longitud vaginal total 7cm, descenso de pared vaginal posterior que rebasa el plano del himen, puntos Ap +3cm, Bp +7cm. Las dimensiones del útero de 6X4X3 cm, con histerometría de 5cm, epitelio vaginal atrófico no se observaron erosiones o úlceras o secreciones anormales.

➤ **Laboratorio:** BH: Hb 14.4, Hto 44, glucosa 85 mg/dl. Urea 36.9, creatinina sérica 1.0, PFH sin alteraciones, serie ósea metastásica sin evidencia de metástasis.

➤ **I.D.** Cistocele grado III, prolapso uterino grado III, rectocele grado III.

Incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.



En la valoración preoperatoria por medicina interna, se encontró en la tele de tórax, datos de bronquitis crónica, El EKG reveló, datos de sobrecarga sistólica de cavidades derechas, y onda T aplanada, datos sugestivos de cardiopatía mixta ( aterosclerosa e isquémica), con un riesgo quirúrgico Goldman IV y anestésico E4B, lo que contraindica el procedimiento quirúrgico.

➤ **Plan:**

- Pesario de Graham-Field número 4.
- Tamoxifen 20mg al día por 5 años.
- Control por el servicio de oncología.

➤ **Evolución:** En el presente reporte la paciente fue tratada con pesario Graham-Field del No. 4, de goma roja por 11 meses. No se dio terapia de reemplazo hormonal. La reducción del prolapso se logro de manera satisfactoria, y en general fue bien tolerado por la paciente, quién expreso comodidad. No fue necesario cambiarlo por otra medida.

La sensación de cuerpo extraño en vagina (1), así como la palpación de una masa en vagina (1), el dolor pélvico (1), y el goteo miccional (1), ya no los presentó la paciente, sólo se quejó de descarga vaginal fétida, blanquecina y en regular cantidad (2).

Incontinencia de esfuerzo: La pérdida involuntaria de orina al toser o estornudar (1), al reír (1), al levantar objetos pesados (1), ejercicio activo (1), sólo los presentó a veces, y con el ejercicio mínimo, sólo ocasionalmente.

La urgencia urinaria, manifestada como sensación intensa de orinar, antes de vaciar vejiga se presentó, solo a veces, y la pérdida de orina antes de llegar al baño ocurrió ocasionalmente(1), y en poca cantidad (2). Se cambia 2 toallas sanitarias al día, y estas se encuentran generalmente húmedas (1).

Efectos sobre el epitelio vaginal: no se observaron erosiones o úlceras provocadas por el pesario, durante el tiempo de uso, hubo descarga vaginal de escasa a moderada cantidad blanquecina fétida (2), no hubo sangrado (1). A los 8 meses de colocado el pesario, la paciente curso con eritema, congestión, prurito y ardor en vulva y vagina, se dio tratamiento local con lo que cedió la sintomatología.

No se logro adiestramiento del familiar para aplicación, del pesario y la paciente para recambio acude a la consulta externa de ginecología.

□ **Tratamiento utilizado durante el uso del pesario:**

Metronidazol 500mg óvulos aplicación vaginal por 10 días.

**Mujer de 74 años de edad.**

**Ocupación: Labores del hogar.**

➤ **APP:**Hipertensa de 4 años de evolución.

Histerectomía a la edad de 46 años por miomatosis uterina.

Hernioplastía umbilical a la edad de 54 años sin complicaciones.

➤ **AGO:**M: 15 años, RM 30X2 dismenorrea moderada, IVSA 16 años, CVII, PVI, AI FUM a los 46 años, producto de mayor peso al nacer 3500grs. Sin MPF, Menopausia a los 46 años, citología cervicovaginal clase I.

➤ **PA:**Cuadro clínico de 4 años de evolución con sensación de cuerpo extraño en vagina (2), dolor pélvico (2), con irradiación a región interna de muslos desde hace 6 meses atrás. Descarga vaginal fétida (1), prurito y ardor vulvar (1), disuria (2), goteo miccional (2), acompañado de pérdida involuntaria de orina, al toser o estornudar, reír, levantar objetos pesados, ejercicio activo siempre (2), ejercicio mínimo a veces (1). Urgencia urinaria, referida como sensación intensa de orinar antes de vaciar vejiga (2), con pérdida de orina antes de llegar al baño siempre (3), en regular cantidad (3), Su ropa interior se encuentra húmeda (1), usa toalla sanitaria como protector con cambio de 3 veces al día, y cuando las retira se encuentran mojadas (2).

➤ **EF:** **Peso:** 80 kg. **Talla:** 1.49 mts. **IMC:** 36 **TA:** 130/90 mm Hg

Exploración ginecológica: Vulva atrófica, a la maniobra de Valsalva se corrobora incontinencia urinaria, el epitelio vaginal atrófico, con descenso de pared vaginal anterior que rebasa el plano del himen, puntos Aa +3cm, Ba +6cm, cúpula vaginal punto C +1cm, por debajo del plano el himen, hiato genital 4.5cm, cuerpo perineal 1cm, longitud vaginal total 6cm, descenso de pared vaginal posterior, por encima del plano del himen puntos Ap -2cm, Bp -1 cm. no se observaron secreciones anormales, erosiones o úlceras en el epitelio vaginal.

➤ **Laboratorio:** Urocultivo: 100,000 UFC de E. Coli

EGO: PH: 8. Leucocitos 1/C. Bacterias +++ .Resto de exámenes:  
Normales.

Urocultivo de control: negativo a desarrollo bacteriano.

➤ **I.D.** Prolapso de cúpula vaginal grado III, cistocele grado III, rectocele grado I.

Incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.

Infección de vías urinarias.

Medicina interna dio un riesgo quirúrgico Goldman III-IV, anestesiología E3B. El EKG mostraba trastornos de polarización

compatible con cardiopatía isquémica, La tele radiografía de tórax mostraba datos de bronquitis crónica.

➤ **Plan:**

- Pesario Ring de acrílico no. 5.
- Indicaciones por medicina interna.
- Amikacina 500 mg IM c/12 hrs 10 días.

➤ **Evolución:** La paciente recibió tratamiento medico conservador, para prolapso de cúpula con pesario Ring de acrílico del número 5, por 12 meses. La reducción del prolapso fue satisfactorio, la paciente expreso comodidad y desaparición de síntomas como sensación de cuerpo extraño (1), dolor pélvico (1), prurito vulvar (1), y disuria (1), persistiendo goteo miccional (2)

Incontinencia de esfuerzo: La paciente se quejó de pérdida involuntaria de orina después de toser o estornudar (2), reír (2), levantar objetos pesados (2), ejercicio activo (2), ejercicio mínimo(2), con la misma intensidad que antes de colocado el pesario.

Urgencia urinaria: Los síntomas, como sensación intensa de orinar antes de vaciar vejiga (2), y la pérdida de orina antes de llegar al baño, persistieron con la misma intensidad que antes de colocado el pesario. Su ropa interior generalmente se encuentra húmeda (1), usa como protector. toalla sanitaria. con cambio de estas 3 veces al día. y las retira

mojadas(2). La paciente curso con IVU a los 6 meses de colocado el pesario, con urocultivo con 100,000 UFC de Klebsiella Oxitoca recibiendo tratamiento especifico de acuerdo a antibiograma. Con urocultivo de control negativo a desarrollo bacteriano.

Efectos sobre el epitelio vaginal: durante el tiempo de uso del pesario no se observaron lesiones sobre el epitelio vaginal como son erosiones o ulceras, no hubo descarga vaginal (1), ni dolor pélvico (1), no hubo sangrado (1), ni mal olor (1).

A la familiar de la paciente se le instruyo, sobre el manejo del pesario y a partir de la segunda cita ella realizo el recambio.

□ **Tratamiento recibido:**

Ciprofloxacina 500mgc/12 hrs. por 10 días.

Estrógenos naturales conjugados .625mg al día por 21 días, por 6 meses.

(2), cambiando hasta 5 toallas, y cuando las retira se encuentran mojadas.  
No refiere sangrado transvaginal.

➤ **EF:** **Peso:** 43 kg    **Talla:** 1.51 mts.    **IMC:** 18    **TA:** 120/80mmHg.

Exploración genital: vulva atrófica, epitelio vaginal atrófico, no se observan erosiones ni secreciones vaginales, a la maniobra de Valsalva se observa pérdida de orina, descenso de pared vaginal anterior que rebasa el plano del himen, Puntos Aa +3cm, Ba +8cm, C 8 cm, cervix de 2x2 atrófico, descenso de pared vaginal posterior que rebasa el plano del himen, puntos Ap +3cm, Bp 8 cm, hiato genital 4 cm, cuerpo perineal 1 cm, longitud vaginal total 8 cm, dimensiones uterinas 6X5X5cm con histerometría de 6cm.

➤ **ID:** Cistocele grado III, descenso uterino grado IV, rectocele grado III.

Incontinencia urinaria de urgencia y de esfuerzo.

Parkinson crónico.

Artritis reumatoide.

La valoración preoperatoria por medicina interna, dio un riesgo quirúrgico Goldman III B y anestesiología E3B, la tele radiografía de tórax, con imagen de cardiomegalia grado II, y elongación aórtica.

➤ **Plan:**

- Pesario Graham-Field del número 4.
- Indicaciones por medicina interna.

➤ **Evolución:** La paciente recibió tratamiento conservador con pesario Graham-Field No. 4 durante 11 meses. Ella manifestó sensación de comodidad cuando se le colocó el pesario desapareciendo los síntomas iniciales, como sensación de cuerpo extraño en vagina (1), dolor pélvico (1) y el goteo miccional.

Pérdida involuntaria de orina al toser o estornudar (1), al reír (1), levantar objetos pesados (1), ejercicio activo (1), ejercicio mínimo (1), se presentó sólo en ocasiones.

Urgencia urinaria: manifestada por sensación intensa de orinar antes de vaciar vejiga, no se presentó después de la colocación del pesario (1), y la pérdida de orina antes de llegar al baño se presentó sólo ocasionalmente (1), y en escasa cantidad (1).

Cuantificación de la pérdida: su ropa interior normalmente está seca, usa toalla sanitaria como protector, la cambia de una a dos veces al día y se encuentra húmeda (1).

Efectos sobre el epitelio vaginal: durante el tiempo de uso del pesario no se observaron erosiones o úlceras, la paciente presentó descarga vaginal blanquecina fétida (2), de escasa a moderada cantidad, no presentó sangrado (1).



Presentó a los 6 meses de colocado el pesario descarga vaginal verdosa, fétida, prurito y ardor vulvar, se dio tratamiento con lo que remitió la sintomatología.

Un familiar de la paciente fue instruido sobre el manejo del pesario y ella realiza el recambio en su domicilio.

□ **Tratamiento:**

Metronidazol local 500 mg. cada 24 hrs. Por 10 días.

***Mujer de 72 años de edad.***

***Ocupación: Labores del hogar.***

- **APP:** Diabética de 5 años de evolución, tratada con tolbutamida 250 mg 3 veces al día.

Hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución, tratada con captopril, 25 mg 3 veces al día, colitis crónica sin tratamiento actual.

Autoadministración de dipirona de forma crónica por cefalea.

Otros antecedentes negados.

- **AGO:** Menarca 14 años, ritmo menstrual 30 X 3, dismenorrea moderada, IVSA 18 años, GXII, PX, AII, neonato de mayor peso 3500 grs. , menopausia a los 45 años, PAP clase II.

- **PA:** Paciente que acude por presentar, sensación de cuerpo extraño en vagina (2), palpación de masa en vagina (2), acompañado de dolor pélvico (2), goteo miccional (2), y pérdida involuntaria de orina al toser o estornudar (2), reírse (2), levantar objetos pesados (2), ejercicio activo (2), siempre, con ejercicio mínimo sólo a veces (1). de 18 meses de evolución

Y datos de urgencia urinaria con sensación intensa de orinar, antes de vaciar vejiga (2), perdiendo orina antes de llegar al baño la mitad de las

veces y en poca cantidad. Su ropa interior se encuentra húmeda, con cambio de toallas sanitarias 4 veces al día y cuando se la retira se encuentran húmedas. Desde hace 6 meses refiere sangrado transvaginal en escasa cantidad (rojo sin coágulos) de forma intermitente no fétido.

➤ **EF:** **Peso:** 54 kg. **Talla:** 1.49 mts. **IMC:** 24 **TA:** 130/80 mm Hg

Exploración ginecológica: vulva atrófica a la maniobra de Valsalva, se corrobora incontinencia urinaria, el epitelio vaginal atrófico con descenso de pared vaginal que rebasa el plano del himen, puntos Aa + 3 cm, Ba + 7 cm, C + 7 cm, cérvix con tendencia copulizarse de 2 X 2 cm, con escasa secreción blanquecina no fétida, hiato genital 4 cm, Cuerpo perineal 1.5 cm, longitud total de la vagina 7 cm, dimensiones del útero de 6 X 4 cm, descenso de pared vaginal superior que rebasa el plano del himen, puntos Ap + 3 cm, Bp + 7 cm, no se observó sangrado de cavidad uterina.

➤ **Laboratorio:** Hb: 13.0 ; Hto :40; Leucocitos: 8200; Plaquetas: 57,000; Ego Normal; TPT: Normal TP: 73%; Glucosa sérica 67; Creatinina sérica 8 mg; Depuración de creatinina en orina de 24 hrs. 71.4 ml./min

Estudios de gabinete:

Rx tórax: Con aumento de claridad, datos de fibrosis, desenrollamiento de la aorta y datos de esclerosis.

EKG: Arritmia con extrasístoles ventriculares tardías, BFAHH y BIRIHH. Biopsia de endometrio negativo a malignidad.

➤ **ID:** Cistocele grado III, prolapso uterino grado IV, Rectocele grado III.

Urgencia urinaria: manifestada como sensación intensa de orinar antes de vaciar la vejiga (2), con pérdida de orina antes de llegar al baño, se presentó en la mitad de las veces (2), y en poca cantidad (2).

Cuantificación de la pérdida: su ropa interior se encuentra húmeda (1), usa toalla sanitaria como protector (2), cambiándola de 2 a 4 veces al día, y cuando las cambia se encuentran mojadas.

Efectos sobre el epitelio vaginal: No se observaron lesiones en el epitelio durante el tiempo de uso del pesario, la paciente se quejó de descarga vaginal (2), blanquecina, muy fétida, en escasa cantidad. No presentó dolor pélvico (1), ni sangrado (1). A los 6 meses de colocado el pesario, la paciente cursó con leucorrea amarillenta fétida, ardor vulvar, por lo que se inicio tratamiento antibiótico, cediendo la sintomatología y no se colocó nuevamente el pesario hasta que no hubo datos de infección.

La paciente acude a recambio de pesario a la consulta externa de ginecología.

□ **Tratamiento:**

Ciprofloxacina 250 mg. 2 veces al día.

baño, y la orina que pierde es en poca cantidad (1), usa dos toallas sanitarias al día, y cuando las retira están húmedas(1).

➤ **EF:** **Peso:** 87 kgr. **Talla:** 1.63 mts. **IMC:** 32 **TA:** 130/80 mm Hg.

Exploración ginecológica: vulva atrófica, a la maniobra de Valsalva, se corrobora perdida de orina en escasa cantidad, epitelio vaginal atrófico, descenso de pared vaginal que rebasa el anillo himeneal, Puntos Aa +3 cm, Ba + 6 cm, C -2 cm, D -2 cm, hiato genital 4cm, cuerpo perineal 1.5cm, cervix de 2x2 cm. No se observan lesiones o secreciones anormales, útero de 6x4+3cm anexos no palpables, cervix no rebasa el anillo himeneal, descenso de pared vaginal posterior que no rebasa anillo himeneal Puntos Ap-3cm, Bp -2cm D -2 cm. Resto de exploración sin datos agregados.

**Laboratorio :** dentro de parámetros normales.

**Gabinete:** Rx de tórax: Con datos de bronquitis crónica.

**EKG:** Ritmo sinusal; FC: 75 por min; AQRS: aprox. - 45grados,

**BIRRDHH:** con hemibloqueo de fascículo anterior.

Tomografía axial computarizada de control: (30-07-99), Zona de encéfalo malasia frontoparietal izquierda hacia la convexidad, y otra pequeña en la región occipital izquierda.

➤ **I.D.** Transtornos de la estática pélvica, cistocele grado III, prolapso uterino grado II, rectocele grado II.

Hipertensión arterial sistémica crónica controlada.

Hemiplejía facio-corporal derecha.

Obesidad exógena.

Bronquitis crónica compensada.

*Medicina interna y anestesiología en sus valoraciones preoperatorias dieron un RO alto Goldman IV B y anestesiología E4B.*

➤ **Plan:** Pesario Graham-Field No. 4

➤ **Evolución:** La paciente fue tratada un pesario de Graham-Field por 3 meses, el prolapso se redujo de manera satisfactoria, expresaba sensación de comodidad, los síntomas como sensación de cuerpo extraño en vagina, y dolor pélvico remitieron (1), después de colocado el pesario ella refirió descarga vaginal fétida(1), en escasa cantidad, presentó goteo miccional (2)

La pérdida de orina con el esfuerzo al toser o estornudar (2), reír (2),, así como levantar objetos pesados(2), ejercicio activo (2), se incremento, y persistieron siempre(2).

Urgencia urinaria: manifestada por: sensación intensa de orinar antes de vaciar vejiga (2), la perdida de orina antes de llegar al baño se presentó la mitad de las veces (2), en poca cantidad (2), con cambio de protectores 3 veces al día ( toalla sanitaria, y al cambiarlos están húmedos (1). No se observaron erosiones ni úlceras provocados por el pesario durante el tiempo de uso el mismo. La paciente se quejó solo de mal olor

(2), y descarga vaginal blanquecina fétida (2), escasa no pruriginosa, no presentó sangrado transvaginal (1).

La paciente acude a recambio de pesario a la consulta externa de Ginecología.

## RESULTADOS

Los pesarios han sido una opción en el tratamiento no quirúrgico, y en ocasiones con resultados satisfactorios en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, que no son candidatas a corrección quirúrgica, debido a sus condiciones medicas que contraindican el procedimiento, cursan con riesgo quirúrgico elevado, o no desean someterse al procedimiento. Los prolapsos severos de órganos pélvicos se acompañan de trastornos urinarios, por ejemplo IUE, incontinencia de urgencia.

En ocasiones dificultad al vaciamiento y al colocar el pesario estos pueden corregirse o empeorar. Los pesarios son un material extraño al organismo, dando efectos secundarios como son mal olor o descarga vaginal fétida, estos síntomas están relacionados con el tipo de material con que esta fabricado el pesario.

En este estudio presentamos el reporte de 5 casos, de mujeres con prolapso severo de órganos pélvicos sintomático, etapa III-IV según la clasificación internacional e la continencia, tratadas de forma conservadora. El 80% de las pacientes con pesario Graham-Field y el 20% con pesario Ring. Cada una de las pacientes era portadora de diversos problemas



médicos y la valoración preoperatoria por medicina interna y anestesiología emitieron un riesgo quirúrgico elevado, que contraindica el procedimiento quirúrgico.

Se evaluaron la utilidad del pesario en estas pacientes, los efectos producidos por el pesario, sobre los síntomas provocados por el prolapso, y sus efectos sobre el epitelio vaginal. A todas las pacientes se les realizó historia clínica, cuestionario uroginecológico.

Las pacientes de este grupo de estudio tuvieron las siguientes características: el rango de edad fue de 58 a 74 años. Rango de peso 43 a 87 kg. Con un índice de masa corporal mínimo de 18 y un máximo de 36. Número de gestaciones 2 a 12. Un número de partos de 2 a 10. Tiempo mínimo de evolución del prolapso sintomático 5 meses, y un tiempo máximo 48 meses. La edad de presentación de la menopausia fue de 45 a 50 años. El tiempo de evolución del prolapso sintomático 5 a 48 meses, (tabla I).

El tiempo mínimo de uso del pesario fue de 3 meses, y un máximo de 12 meses; el tipo y tamaño de pesario más usado en un 60% de las pacientes fue el Graham-field número 4, en un 20% pesario Graham-Field número 5, y el pesario Ring del número 5 en el 20%.

En la totalidad de las pacientes la reducción del prolapso fue satisfactorio, y no fue necesario cambiar el pesario por otra medida. Las pacientes

expresaron sensación de comodidad. En el 100% desapareció la sensación de cuerpo extraño, y el dolor pélvico.

La totalidad de las pacientes 80% tratadas con pesario Graham-Field de goma roja, expresaron descarga vaginal blanquecina en cantidad moderada con mal olor y el otro 20% no se quejó de esta molestia (tabla II).

El 80% de las pacientes tenían síntomas de incontinencia de esfuerzo antes de ser tratadas con el pesario, y al colocar el pesario, no hubo cambios en la mitad de las pacientes, en la otra mitad hubo mejoría, y se presentó en el 20% restante como un síntoma de novo. (Tabla III).

La incontinencia urinaria de urgencia se presentó en el 80% de las pacientes antes de ser colocado el pesario, y una vez colocado el pesario la evolución fue de la siguiente manera, no hubo cambios en la mitad de las pacientes, en la otra mitad hubo mejoría, en el 20% se presentó como un síntoma de novo (Tabla IV).

En ninguna paciente se observaron erosiones o úlceras sobre el epitelio vaginal, durante el tiempo de tratamiento con el pesario. En el 80% de las pacientes a la exploración física se observó descarga vaginal blanquecina en moderada cantidad y con mal olor, no asociado a síntomas de infección. Dos pacientes presentaron a los 6 meses y a los 8 meses de colocado el pesario datos de cervicovaginitis, fueron tratadas con antibiótico local y

sistémico respectivamente, remitiendo la sintomatología de forma satisfactoria ( tabla V).

En el 40% de las pacientes se logro que el familiar recambiara el pesario en su domicilio y en el resto de las pacientes acudieron a la consulta externa de ginecología para que se realizare el recambio.

TABLA I

## Características demográficas

Casos	Edad	Peso (kg)	Talla (mts)	IMC	Gestas	Partos	Abortos	Edad de Menopausia	Tiempo de evolución del prolapso en meses.
1	71	40	1.45	19	2	2	0	48	24
2	74	80	1.49	36	7	6	1	46	48
3	72	43	1.51	18	2	2	0	50	12
4	72	54	1.49	24	12	10	2	45	18
5	58	87	1.63	32	8	8	0	49	5

Tabla II. Síntomas generales: en el grupo de pacientes , antes y después de colocado el pesario, expresado en %.

SÍNTOMAS GENERALES				
	%			
Sensación de cuerpo extraño en vagina	100%	0%	100%	0%
Observación o palpación de una masa en vagina	100%	0%	100%	0%
Dolor pélvico.	100%	0%	100%	0%
Descarga vaginal fétida.	0%	0%	0%	80%
Prurito o ardor vulvar.	20%	0%	20%	20%
Disuria	20%	0%	20%	0%
Goteo miccional.	100%	40%	60%	0%
Mal Olor	0%	0%	0%	80%

**TABLA V. Efectos del pesario sobre el epitelio vaginal .**

EFECTOS SOBRE EL EPITELIO VAGINAL				
	%			
Erosión	0%	0%	0%	0%
Úlcera	0%	0%	0%	0%
Descarga vaginal fétida	0%	0%	0%	80%
sangrado	0%	0%	0%	0%

### **Conclusiones.**

Los resultados de este estudio, sugieren que el pesario es útil en el tratamiento conservador del prolapso uterino, se demostró que en la totalidad de las pacientes se logro reducir el prolapso en forma satisfactoria. En el 100% desaparecieron los síntomas mecánicos producidos por el prolapso, como son sensación de cuerpo extraño en vagina, y dolor pélvico, las pacientes pudieron llevar a cabo sus labores cotidianas de forma normal y expresaron comodidad.

El pesario Graham-field, fue el más usado en 80% de las pacientes, debido a que su costo es menor, y el recambio del mismo es fácil como lo reportan otros autores (Sulak, Wu).

El 40% de las pacientes optaron por realizar el recambio del pesario en su domicilio una vez por semana, el resto acudieron a la consulta medica cada dos semanas para que se les realizara el recambio de pesario.

Las pacientes seleccionadas en este estudio, tenían patologías severas que contraindicaban la corrección quirúrgica del prolapso. El 80% de ellas eran de edad avanzada 71 a 74 años, esto se correlaciona con los hallazgos en otros estudios, en los que pacientes de edad avanzada tienen mayor éxito. en el manejo conservador de los trastornos de la estática pélvica ( Wu, Scott).

No se observaron mayores complicaciones, otros autores (Goldstein, Schraub), han publicado casos raros de complicaciones serias como son

fistula vesicovaginal o enclavamiento del pesario y cáncer, asociados al uso prolongado e ininterrumpido del pesario. Otros autores (Sulak), reportó un caso en el que no hubo remoción del pesario por 6 meses, y no se observaron complicaciones.

En nuestro estudio 80% de las pacientes el prolapso uterino se asociaba a incontinencia de esfuerzo y al reducir el prolapso, la mitad de las pacientes mejoró, la otra mitad continuo sin cambios. Los pesarios usados en este estudio son específicos para corregir el prolapso ya que ocupan espacio, hay otros tipos de pesarios (INTROL bladder neck support prosthesis, Smith Hodge), que son específicos para incontinencia urinaria y que además llenan un espacio y elevan el cuello de la vejiga, y han resultado ser útiles para ayudar a corregir este trastorno, como lo reportan algunos autores (Berman, Bathia). También hay reportes (Mark, Walters) de un tratamiento combinado con pesario e inyección periuretral de colágeno para el tratamiento conservador del prolapso uterino asociado a incontinencia urinaria, con buenos resultados.

En un próximo estudio valoraremos estas opciones terapeuticas

Nosotros encontramos en el 80% de las pacientes con prolapso uterino, asociación con urgencia urinaria, en la mitad de las pacientes hubo mejoría, y la otra mitad persistió sin cambios, consideramos que el uso de medicamentos anticolinérgicos combinado con tratamiento con pesario podría ser una opción para la corrección de este problema.

En un próximo estudio se valorarán estas opciones terapéuticas. Algunos autores, han reportado que un motivo frecuente de abandono del uso del pesario, es la incontinencia urinaria. En nuestro estudio no hubo abandono, el 60% de las pacientes experimentaron mejoría en cuanto a la pérdida de orina reduciendo el uso de protectores al 50%, después del uso del pesario. En el 40% restante la pérdida de orina se presentó como un síntoma de novo.

Durante el estudio el tiempo mínimo de uso del pesario fue de 3 meses y el máximo de 12 meses, no se observaron erosiones o úlceras, por lo que en ninguna de las pacientes se interrumpió el tratamiento. Las pacientes se quejaron de descarga vaginal en regular cantidad con mal olor. encontramos asociación de este síntoma, con el tipo de material con que está fabricado el pesario, es más frecuente mal olor con el pesario Graham-Field de goma roja, existen en el mercado otro tipo de pesarios fabricados con Siliconas, que no dan mal olor como lo reportan (Sulak y Davila). La descarga vaginal no fue motivo de abandono del uso del pesario, en estos casos solo se recomendó ducha vaginal.



**BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- Rock A, Thompson D. Te Linde Ginecología Quirúrgica 8ª Ed. 1988; 1103- 1111.
- 2.- Sulak P, Kuehl T, Shull B. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation . The J. of Reprod. Medicine. 1993 1993; 38: 919-923.
- 3.- Wu V, Farrell A.S: Baskett F. T, Flowerdew G.A. simplified protocol for pessary management.Obstet and Gynecol. 1997;90 (6): 990-994.
- 4.- Dávila W.G. Vaginal prolapso management whit non surgical, techniques. Posgraduate Medicine. 1996; 99:171-185.
- 5.- Morley W.G. Treatment of uterine and vaginal prolapse. Clin Obstet Gynecol . 1996;39(4): 959-969.
- 6.- Lotvin R.B. Consideraciones respecto a la terapia de reemplazo hormonal. Rev del climaterio.1997; 1(1):1-11.
- 7.- Grenhill J. The non surgical management of vaginal relaxation . Clinic Obstet Gynecol . 1972 15: 1082 -1097.
- 8.- Bump R.C. The standarization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunctin. Am J Obstet Gynecol .1996; 175: 7-10.
- 9.- Leiblum S Vaginal atrophy in the postmenopausal woman JAMA 1983;249(16): 2195-2198
- 10.-Bathia N, Bergman A, Pessary test in the womwn whit urinary incontinence. Obstet and gynecol 1985 feb,65(2): 220-225.