

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GINECO OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

**EXPERIENCIA DEL HOSPITAL "LUIS
CASTELAZO AYALA" EN LA
CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE
CÚPULA VAGINAL. REVISIÓN DE 5 AÑOS.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
JOSÉ ARMANDO DUARTE GÓMEZ**



ASESORES:
DRA. DEBORA GODINEZ ZAVALA
MEDICO DE BASE DE UROGINECOLOGIA



MÉXICO, D.F.

2004

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

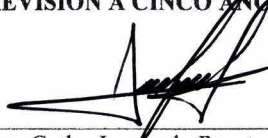
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

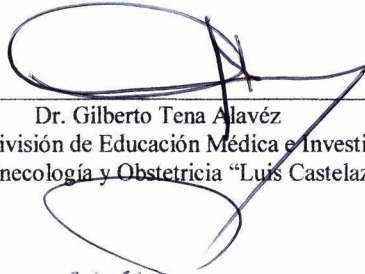
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS**

**EXPERIENCIA DEL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA EN
LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL.
REVISIÓN A CINCO AÑOS.**



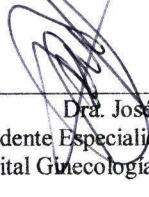
Dr. Juan Carlos Izquierdo Puente
Director Médico
Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



Dr. Gilberto Tena Alavéz
Jefe de la División de Educación Médica e Investigación
Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



Dra. Debra Godínez Zavala.
Médico de Base del Servicio de Uroginecología.
Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



Dr. José Armando Duarte Gómez.
Residente Especialidad Ginecología y Obstetricia 4º año
Hospital Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



SUBDIVISIÓN DE EDUCACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por estar siempre a mi lado.

A mis padres el Dr. Armando Duarte Ponce y la Dra. Beatriz Gómez Antillón por su apoyo en mi realización como persona y profesionalista.

A mis hermanos Beatriz Celeste, Flor Mireya, Guillermo Hiram, Aldo Ivan y Alondra María por estar siempre conmigo.

A mi abuelita Beatriz Antillón Antillón por impulsarme siempre a ser una mejor persona cada día.

A la Dra. Debora Godínez Zavala por su apoyo para la realización de la presente tesis.

A mis compañeros de generación gracias por su amistad.

A todo el personal del hospital “Luis Castelazo Ayala”, por permitirme ser el especialista que hoy y por siempre seré.

INDICE.

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS.	17
DISCUSIÓN.	19
CONCLUSIONES	21
GRAFICOS	22
ANEXOS	24
BIBLIOGRAFIA.	25

Experiencia del Hospital "Luis Castelazo Ayala" en la corrección del prolapso de cúpula vaginal. Revisión de 5 años.

*J. Armando Duarte Gómez, Debora Godínez Zavala.,
Departamento de Uroginecología. Hospital "Luis Castelazo Ayala".
México, DF.*

RESUMEN.

Objetivo: Evaluar los resultados y complicaciones de las distintas técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal en el "Hospital Luis Castelazo Ayala".

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de Historias clínicas de las pacientes que se le realizó corrección quirúrgica del prolapso de cúpula en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" de Enero de 1998 a junio de 2003.

Resultados: Fueron tratadas un total de 95 pacientes, 31 se le realizó Sacropexia Abdominal, 21 pacientes se realizó Operación de Symmonds-Pratt, 37 pacientes se le realizó Fijación Sacroespínosa, 5 pacientes suspensión a pared abdominal (técnica de Fletcher) y 1 paciente se realizó colpoclesis. Las complicaciones de la Sacropexia abdominal fueron: incontinencia urinaria 3 casos (14.2%), lesión intestinal 1 caso (3.2%) y fistula recto vaginal 1 caso (3.2%). Las complicaciones de la operación de Symmonds-Pratt fueron: infección de vías urinarias 1 caso (4.7%), hemorragia 4 casos (19%) y lesión vesical 3 casos (14.2%). Las complicaciones de la Fijación Sacroespínosa fueron: Incontinencia urinaria 2 casos (5.4%) y 1 caso de Absceso de cúpula (2.7%). Las complicaciones de la Fijación a Rectos fueron: hemorragia 3 casos (60%), incontinencia urinaria 1 caso (20%) y problema en el vaciamiento vesical 1 caso(20%).

Conclusiones: En pacientes con deseo de actividad sexual futura tanto la sacropexia abdominal, Fijación Sacroespínosa y Operación de Symmonds-Pratt son técnicas adecuadas. La colpoclesis es una técnica segura y rápida que debiera utilizarse en pacientes ancianas sin deso de actividad sexual futura.

INTRODUCCIÓN.

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco frecuente de la histerectomía que puede aparecer meses o años después de haberla realizado. El prolapso de cúpula vaginal no es una causa de mortalidad pero afecta la calidad de vida. Suele estar acompañado de enterocele y en ocasiones de rectocele y/o cistocele con una frecuencia estimada de 0.5 a 2 %.

La historia del prolapso genital esta registrada en los papiros egipcios desde el año 1550 AC. Un importante número de intervenciones fueron efectuadas para el tratamiento de este padecimiento a lo largo de todos estos años. La mejor descrita ha sido la histerectomía vaginal siendo un procedimiento establecido desde 1861.

Los intentos quirúrgicos más tempranos para aliviar el prolapso eran relativamente sencillos e incluían la sutura de los labios o la eliminación de fragmentos de mucosa vaginal y la sutura de los bordes para reducir el calibre la vagina. Heming operó sobre la pared anterior de la vagina, pero la cirugía para el prolapso vaginal no fue realizada de manera habitual hasta el advenimiento de la anestesia y antisepsia a mediados del siglo XIX.(1)

La colpoptexia sacroespínosa para el manejo del prolapso de cúpula posthisterectomía, descrita desde 1892 primeramente por Zweifel donde se fijaba la cúpula al ligamento sacroespínoso. Su éxito fue descrito por Richter en 1968. Randall y Nichols introdujeron la operación en estados unidos en 1971, desde entonces ha cobrado gran popularidad.(1,4)

El prolapso de cúpula vaginal sucede en el 0.2 – 1% de las histerectomías vaginales o abdominales. El tratamiento consiste en reseca la hernia en el interior de la vagina, asegurar el ápex vaginal conservando la funcionalidad de la misma. (3)

Se han descrito un gran número de procedimientos abdominales y vaginales, sin embargo, las pacientes toleran mejor el abordaje vaginal, siendo preferible la fijación sacroespínosa de la cúpula vaginal (Amreich, 1951; Richter, 1967). Las otras alternativas son: suspensión abdominal de la vagina a los parametrios (Symonds y Pratts, 1960) o la culdoplastia de McCall (McCall, 1957); reservando la fijación abdominal de la cúpula vaginal al sacro con interposición sintética para pacientes cuyas vaginas son demasiado cortas o estrechas para ser fijadas a los ligamentos sacroespínosos o uterosacros.(1,5).

Los propósitos de la cirugía pélvica reconstructiva son aliviar los síntomas, reestablecer las relaciones anatómicas, conservar y mejorar la función de los órganos. Para conseguirlo, el cirujano debe diagnosticar y corregir todos los defectos de sostén. Una mujer con prolapso de cúpula vaginal y enterocele sintomáticos, después de una histerectomía, no considera la operación un éxito. Aunque las deficiencias tisulares, el hipostrogenismo, el envejecimiento y el aumento crónico de la presión intraabdominal puede causar un prolapso después de una operación pélvica no complicada desde otros puntos de vista, los autores creen que la técnica quirúrgica y la elección del procedimiento son importantes para disminuir la incidencia del prolapso de cúpula posthisterectomía.(1)

Symmonds y colaboradores informaron de 421 casos de prolapsos de cúpula vaginal y enterocele después de histerectomía, con incidencia similar, independientemente de que el procedimiento se realizara por vía vaginal o abdominal. En 39% de los casos apareció prolapso sintomático en los 2 años siguientes a la operación y se atribuyó a un defecto de la técnica quirúrgica. DeLancey demostró que es difícil evertir el ápice vaginal en tanto las fibras suspensoras del paracolpo superior y el complejo de ligamentos uterosacros este íntegro. Para prevenir el prolapso de cúpula posthisterectomía, es importante restablecer la continuidad de la aponeurosis endopélvica por reaproximación de los bordes superiores de sus porciones anterior y posterior. La reinserción del paracolpos y los complejos de los ligamentos uterosacros a este conjinete aponeurótico continuo tiene importancia equivalente. (1)

Se conoce que la fijación ventral de los órganos pélvicos (uretropexias y colposuspensiones) causa prolapso de cúpula y de la pared posterior vaginal. Wiskind y colaboradores informaron de la necesidad de una reintervención en un 27% por enterocele y prolapso del compartimiento posterior, después de una colposuspensión por incontinencia urinaria de esfuerzo. Bonney señaló en 1934 que la retroversión fija de la vagina es una causa importante de prolapso vaginal anterior. La fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos sacrociáticos menores produce fijación posterior de la vagina. Shull y colaboradores encontraron que las fijaciones de los ligamentos sacrociáticos menores predisponen al prolapso de la pared vaginal anterior. Holley y colaboradores informaron de una incidencia del 92% de cistocele, la mayor parte asintomáticos después de una fijación a dichos ligamentos.(1)

DeLancey introdujo el concepto de división del tejido conectivo de sostén de la pelvis en tres niveles I, II y III representativos del sostén apical, medio y distal de la vagina respectivamente. Aunque al asignar estos niveles se divide de manera superficial lo que en realidad es un tejido continuo conectivo en la pelvis, son útiles como recurso anatómico para comprender la pérdida del sostén en diferentes niveles y relacionarla con diferentes signos y síntomas físicos diversos que acompañan a un cistocele, uterocele o rectocele. Los defectos del nivel I o apicales, se crean principalmente por la pérdida del sostén normal de paracolpos y parametrio. Por ello se vinculan los defectos del nivel I con prolapso uterino, enterocele y prolapso de la cúpula vaginal posthisterectomía. (1,8)

Los defectos del nivel II o medio-vaginales, incorporan la pérdida de la integridad normal de la vagina en su sostén lateral o defectos en la estructura fibromuscular tubular. Los defectos del nivel III o perineales, incluyen a los de la integridad del cuerpo perineal o fusión de la porción distal de la uretra con el pubis, que causan hipermovilidad de aquella, o deficiencia del cuerpo perineal respectivamente.(1)

Numerosas técnicas quirúrgicas están diseñadas para corregir el prolapso de órganos pélvicos por vía abdominal o vaginal. Varios factores influyen en la elección de la operación como los defectos precisos que causan el prolapso, la causa, factores incitantes y promotores en proceso continuo, y los deseos o expectativas de la paciente.

Benson y colaboradores revisaron un estudio aleatorio prospectivo de comparación de los abordajes quirúrgicos vaginal y abdominal para el prolapso de órganos pélvicos. Se encontró una tasa mucho mayor de reintervención en el prolapso recurrente tratado con cirugía vaginal (33%), en comparación con la abdominal (16%). Aunque se emitió la hipótesis de que esta diferencia era producto de la neuropatía causada por la disección vaginal, algo también puede explicarse por el uso de la suspensión en el ligamento sacrociático menor y las uretropexias con aguja en el grupo vaginal y de la colpopexia sacra con uretropexia retropúbica en el grupo abdominal. En este grupo no se consideraron las contraindicaciones de la cirugía reconstructiva, como un diafragma pélvico débil y un estilo de vida que indica reparación quirúrgica que brinde sostén compensatorio. (8).

Los defectos de sostén cupular pueden ser por afección del complejo de ligamentos cardinales - uterosacros, o fracaso en la reaproximación de las caras superiores de la aponeurosis pubocervical y rectovaginal durante la histerectomía. El no aproximar estos planos aponeuróticos causa enterocele de la cúpula con formación de un saco herniario detrás del epitelio vaginal que carece de un sostén mioaponeurótico subyacente. Para asegurar un sostén cupular duradero independientemente del sitio de anclaje para la suspensión de la cúpula vaginal, el cirujano debe establecer continuidad de la pared vaginal anterior y posterior en la cúpula.

Fijación del ligamento sacrociático menor:

En la paciente con un diafragma pélvico funcional y buena aponeurosis endopélvica, es suficiente un abordaje vaginal utilizando tejidos naturales. Se recomienda y se usa ampliamente la fijación uni o bilateral de la cúpula vaginal al complejo del músculo isquiococcígeo y el ligamento sacrociático menor. La tasa de buenos resultados con curación varía de un 83-97%.

Colpopexia abdominosacra:

La mujer con atenuación de la aponeurosis y un piso pélvico afectado o esfuerzo físico intenso, se atiende mejor con una técnica de suspensión de la cúpula que brinde sostén compensador. La reparación de este tipo preferida por varios autores es la colpopexia sacra abdominal con interposición de un puente sintético suspensor entre la vagina prolapsada y la parte anterior del sacro, procedimiento que conserva el eje normal de la vagina y es mejor que los de fijación ventral. Aunque los primeros estudios se unía la malla suspensora al sacro a nivel se S-3 y S-4, este sitio se ha relacionado con mayor riesgo de hemorragia y parece ser más segura la fijación desde el promontorio hasta el tercio superior del sacro. Casi todos los fracasos suceden por avulsión de la malla desde la vagina, que puede disminuirse al mínimo fijando piezas separadas de malla a la pared anterior y posterior vaginal, con inclusión de la capa fibromuscular. Los informes de formación de enterocele detrás de la malla posterior recalcan una culdoplastía concomitante de Halban con sutura permanente que incorpore la malla posterior al segmento anterior de la culdoplastía. La colpopexia abdominosacra tiene una tasa de curación mayor del 90%, con riesgo de hemorragia transoperatoria, rara, pero que pone en peligro la vida, y una incidencia de un 3.3% de erosión de la malla vaginal.

Suspensión Symmonds y Pratt:

La técnica se elige dependiendo de la situación anatómica. Si la vagina tras la histerectomía es corta, las incisiones laterales deben confluir lo más distalmente posible; si la vagina es larga, las incisiones pueden situarse más cranealmente. La incisión de colpotomía anterior determina la amplitud vaginal. Cuando existe un gran cistocele se reseca una generosa lengüeta de pared vaginal; si solo existe prolapso vaginal se reseca una banda estrecha. Se practica una incisión elíptica en la pared vaginal anterior y posterior. Se abre cuidadosamente el peritoneo, procurando no dañar la vejiga. Se colocan de 2 a 3 dedos en el saco herniario. La tracción de la pared vaginal facilita la disección y movilización de la vejiga; esto normalmente requiere una disección fina y muy cuidadosa, especialmente en el área de los ligamentos vesicouterinos para evitar dañar los uréteres. Es preferible exponer los uréteres cuando existan dudas de su localización. Si es necesario la vejiga y los uréteres se desplazan con un retractor para localizar los restos de los ligamentos.

La deflexión lateral y posterior de la vagina en la fijación típica unilateral del ligamento sacrociático menor claramente no es anatómica y expone la pared vaginal anterosuperior a una mayor tensión durante incrementos en la presión abdominal. Se puede predecir que casi todos los fracasos quirúrgicos, afectan al segmento anterior y se ha demostrado que predispone a un prolapso recurrente de la pared anterior. Otras complicaciones descritas son acortamiento vaginal, disfunción sexual, dolor y hemorragia, que se relacionan con la estrecha proximidad de los nervios pudendos con los vasos a ambos lados, los vasos glúteos y las raíces del nervio sacro en la parte superior.

Suspensión del ileococcígeo:

Otra opción es suspender la cúpula a ambos lados en la aponeurosis del músculo ileococcígeo, apenas delante de la espina ciática. Meeks y colaboradores informaron una tasa de recurrencia del 4%, en 110 mujeres después de la suspensión ileo coccígeo, que es mejor que la tasa de fracasos del 19% señalada en un estudio de 42 mujeres por Shull y colaboradores. La suspensión ileo coccígea es un procedimiento menos mórbido que la fijación al ligamento sacrociático menor, pues a diferencia de este, la aponeurosis del ileo coccígeo no tiene estructuras críticas adyacentes, como el nervio pudendo interno y los vasos glúteos.

Suspensión uterosacra:

Es un esquema de suspensión bilateral de la cúpula al origen de los ligamentos uterosacros. McCall describió en 1957 junto con una culdoplastía amplia, donde se plegaban los ligamentos uterosacros y se cerraban los fondos de saco. Aunque esta técnica se describió por primera vez hace más de 40 años, hay relativamente pocos datos en cuanto a su eficacia. McCall informó que no hubo enterocele recurrentes después de un seguimiento a 3 años y Given señaló una tasa de fracasos del 5%, con un promedio de seguimiento a 7 años.

El tejido situado en el extremo de la incisión, los remanentes de los ligamentos uterosacros y cardinales o a veces los muñones de los ligamentos redondos se fijan tan lateralmente como sea posible.

El resto del procedimiento es el mismo para la corrección del enterocele. Se reseca el peritoneo libre tan alto como sea posible con una sutura de reabsorción tardía en bolsa de tabaco. A veces es necesario colocar previamente unas suturas semicirculares para cerrar el cuello del enterocele. Los muñones correspondientes si pueden identificarse, se aproximan a la línea media con suturas discontinuas. Se realiza un abordaje anterior y posterior, reseca las correspondientes cuñas de la vagina.

Para realizar una colpoperinoplastia es útil practicar una incisión pequeña y una curva en la comisura posterior para luego reconstruir el peritoneo por capas. Si los elevadores se aproximan en exceso y se realiza una reparación demasiado alta del periné, se provoca una dispareunia. Esta se origina con frecuencia por un introito estrecho y por una aproximación excesiva de los elevadores más que por una vagina corta. El éxito de la operación depende de la identificación, ligadura y aproximación en la línea media de los muñones de los ligamentos uterosacros, cardinales y si es posible redondos.

Colpopexia sacroespínosa transvaginal:

La colpopexia sacroespínosa requiere una vagina de longitud adecuada. La fijación al ligamento sacroespínoso aleja la vagina del orificio herniario del hiato genital. Esta operación no estrecha la vagina. Se procede a realizar una incisión media en la pared vaginal anterior, en el extremo prolapsado de la vagina y en la pared vaginal posterior. La vagina se separa del recto lateralmente, se abre el fondo de saco posterior y se cierra el peritoneo tan alto como sea posible. Los ligamentos uterosacros si están presentes, se aproximan con suturas discontinuas.

En todo abordaje anterior, se pliegan la fascia vesical, ligamentos vesicouterinos y el diafragma. La pared vaginal anterior queda casi cerrada por completo. En el espacio rectovaginal, el recto se separa del pilar rectal derecho con el dedo índice y se desplaza medialmente. El mismo dedo se introduce por encima de la espina ciática. La disección digital cuidadosa nos permite identificar la espina ciática, que es el punto de referencia de esta intervención.

Se introducen dos o tres retractores largos de Breisky por el orificio para exponer el área medial a la espina. El ligamento sacroespinoso se sitúa medialmente y algo posterior y el músculo coccígeo supraadyacente se palpa mejor. Un portaagujas se emplea para colocar dos suturas de reabsorción tardía del no.0 a través del ligamento sacroespinoso 2 cm medial a la espina. Miyazaki (1987) desarrollo el gancho de Miya para este paso, que es el más difícil de todo el procedimiento. Hacia la pelvis el ligamento se cubre con el músculo coccígeo, el cual a veces se debe incluir en la sutura. Para evitar dañar los vasos pudendos no debe hacerse una sutura demasiado profunda (5 mm aprox.). Los extremos de la sutura se fijan hacia atrás a través de la vagina. Al atar las suturas se tracciona de la cúpula vaginal hacia arriba y hacia la derecha de la pared pélvica, donde debe formarse tejido cicatricial que servirá de anclaje. Normalmente se deja drenaje cutáneo cercano al labio mayor derecho durante 24 horas. En pacientes con gran prolapso y con amplia apertura de la vagina o en aquellas con prolapso recurrente, fijamos la cúpula vaginal a ambos ligamentos sacroespinosos. Esto disminuye la funcionalidad vaginal. (9).

OBJETIVO:

A) Evaluar los resultados y complicaciones de distintas técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal en el Hospital “Luis Castelazo Ayala” .

B) Conocer las técnicas quirúrgicas utilizadas.

C) Conocer la incidencia del prolapso de cúpula.

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS: No necesaria.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizaron los expedientes de todas las pacientes sometidas a reparación quirúrgica de prolapso de cúpula vaginal secundario a histerectomía, en el Servicio de Uroginecología del Hospital “Luis Castelazo Ayala” del 1 de Enero de 1998 al 30 de Junio del 2003.

Se captaron pacientes que fueron sometidas a cirugía con un control posquirúrgico con un máximo de 2 meses. Fueron excluidas las pacientes que no contaron con criterios de inclusión completos.

Se revisaron los expedientes clínicos llenándose hoja de captación de datos (ver nexos). Se analizaron antecedentes de las pacientes como edad, peso, talla, gestas, para, abortos, cesáreas, tipo de histerectomía, tipo de corrección quirúrgica de cúpula, causa de diferimiento quirúrgico, tiempo de seguimiento y complicaciones.

El presente estudio es retrospectivo, descriptivo, no controlado. Los datos se analizarán por medio de medidas de tendencia central.

TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo – Descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Todas las pacientes con prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía vistas del 1 de Enero de 1998 al 30 de Junio del 2003.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- A) Derechohabientes del IMSS al HGO No. 4**
- B) Sexo femenino**
- C) Pacientes postoperadas de histerectomía abdominal o vaginal con prolapso de cúpula**
- D) Pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por el Servicio de Uroginecología.**
- E) Pacientes que continuaron en control por el Servicio de Uroginecología.**

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A) No derechohabientes del IMSS**
- B) Pacientes que no aceptaron el tratamiento quirúrgico**
- C) Pacientes que no continuaron en control**
- D) Pacientes que no contaron con expediente clínico**
- E) Pacientes con diagnóstico inadecuado**

RESULTADOS.

Un total de 95 pacientes fueron tratadas de enero 1998 a junio 2003. La edad promedio de las pacientes fue de 61.1 años (40-79 años). En número de cirugías realizadas con un total de 95: 1998 (n=16); 1999 (n=14); 2000 (n=16); 2001 fue (n=21); 2002 (n=16) y 2003 (n=12). Se excluyeron en el estudio 16 expedientes por no contar con los criterios de inclusión con el procedimiento quirúrgico realizado o por no haber aceptado procedimiento quirúrgico en caso de si corresponder a prolapso de cúpula.

Las pacientes con antecedente de histerectomía abdominal vs vaginal fue de 37 contra 58. El promedio de gestas fue de 4.3(1-13) partos 3.7(1-11), cesareas 0.2(0-4) y abortos de 0.7 (0-4).

El tiempo de histerectomía al diagnóstico de prolapso de cúpula fue de 252 meses promedio con antecedente de histerectomía abdominal contra 53 meses en histerectomía vaginal. Se realizaron 31 sacropexia abdominal, 21 Symmonds Pratt, 37 Fijación Sacroespinosa, 5 Suspensión a pared abdominal(técnica de Fletcher) y 1 colpectomía. El sangrado promedio fue para sacropexia abdominal 200ml; Symmonds Pratt fue de 352ml; Fijación Sacroespinosa 202ml y suspensión a pared abdominal 490ml.

Las principales complicaciones fueron lesión intestinal, Lesión vesical, incontinencia urinaria, problemas de vaciamiento vesical, complicación de herida quirúrgica y disfunción sexual. Las complicaciones de sacropexia abdominal fue incontinencia urinaria 3 casos (14.2%), lesión intestinal 1 caso(3.2%). Las complicaciones de la operación de Symmonds Pratt fue infección de vías urinarias 1 caso (4.7%), hemorragia en 4 casos(19%) y lesión vesical en 3 casos(14.2%). Las complicaciones de la Fijación Sacroespinosa fue incontinencia urinaria 2 casos (5.4%) y un caso de absceso de cúpula (2.7%). Las complicaciones de la fijación a la aponeurosis abdominal fue hemorragia con 3 casos(60%) e incontinencia urinaria 1 caso (20%) y problema de vaciamiento vesical 1 caso (20%).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Hubo una paciente que ya tenía antecedente de 3 cirugías vaginales previas antes del período de estudio(colpoperineoplastia anterior y posterior, operación de Pereyra, colpoperineoplastia posterior), realizándose sacropexia en 1998 presentando al año una segunda intervención por pseudo quiste vaginal secundario a la fibrosis y presentando complicación de fístula rectovaginal reparada en el 2001, todo esto atribuyendo a una mala técnica o a calidad de tejidos de la paciente.

Las mujeres que se les realizó operación de Fletcher (fijación a rectos), debe ser valorada debido a que puede producir un eje anormal de la vagina asociado a disfunción sexual así como problemas de vaciamiento vesical lo cual ocurrió en 1 caso.

DISCUSIÓN.

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco habitual de la Histerectomía, pero cuando ocurre empeora la calidad de vida de la paciente por la sintomatología que produce. La incidencia real del trastorno es difícil de conocer pues en la mayoría de los hospitales no se hace seguimiento a largo plazo de las pacientes intervenidas por patología benigna y por tanto solo llegan a nosotros aquellas pacientes que desean una corrección quirúrgica de su situación.

En el hospital "Luis Castelazo Ayala" se realizan un promedio de 1680 histerectomías abdominales y 236 vaginales anualmente. De los prolapsos de cúpula diagnosticados en el periodo de estudio 58 tuvieron lugar tras una histerectomía abdominal y 37 tras una histerectomía vaginal. Ello supone una incidencia de 1.0 prolapsos de cúpula por cada 100 histerectomías abdominales y 3.9 prolapsos de cúpula por cada 100 histerectomías vaginales, cifras que deben tomarse con cautela ya que no todas las pacientes con prolapso de cúpula habían sido histerectomizadas en nuestro hospital y solo se envían de las clínicas de referencia aquellas que desean corrección quirúrgica.

La corrección quirúrgica del prolapso de cúpula vaginal constituye un reto para el ginecólogo, debiendo lograr un anclaje firme de la cúpula a alguna estructura pélvica ya que de otro modo el cuadro recidivará con toda seguridad pocos meses tras la cirugía.

La incontinencia urinaria debe ser identificada en la consulta para indicar su corrección quirúrgica en el mismo acto quirúrgico. Solo en 4 casos se ratificó la incontinencia antes de la cirugía por lo cual la complicación de incontinencia urinaria no es valorable.

La sacropexia abdominal mediante malla de material sintético permite la suspensión de la cúpula conservando el eje normal de la vagina y mantiene su longitud máxima de forma segura y duradera.

La colpoclesis de Le Fort es una técnica fácil de realizar, en la que se produce escasa pérdida sanguínea requiere pocos días de ingreso posoperatorio y tiene escasas complicaciones. Estando indicada en pacientes ancianas o sin deseo de actividad sexual por lo que debe de conocer los intereses de la paciente en lo que se refiere.

Las mujeres que se les realizó operación de Fletcher (fijación a rectos), debe ser valorada debido a que puede producir un eje anormal de la vagina asociado a disfunción sexual así como problemas de vaciamiento vesical lo cual ocurrió en 1 caso.

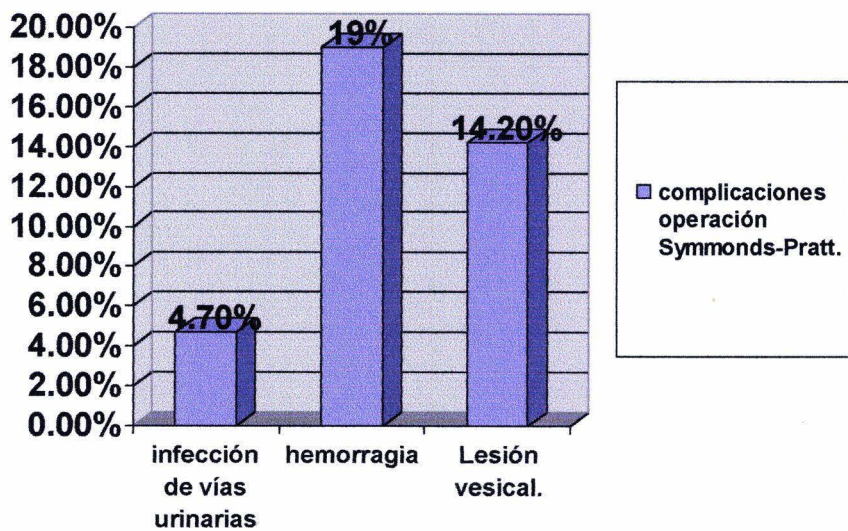
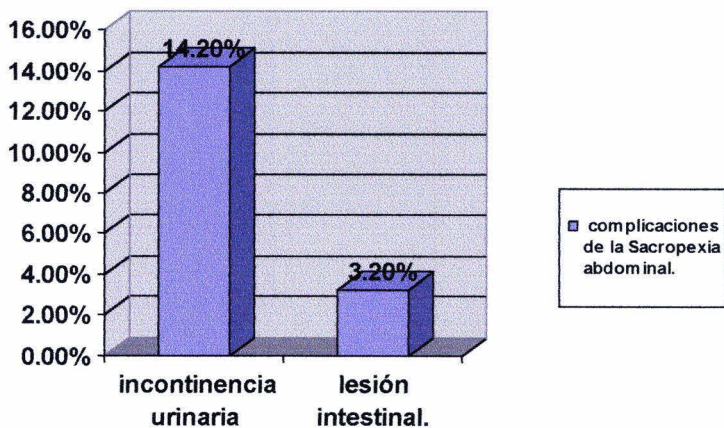
CONCLUSIONES.

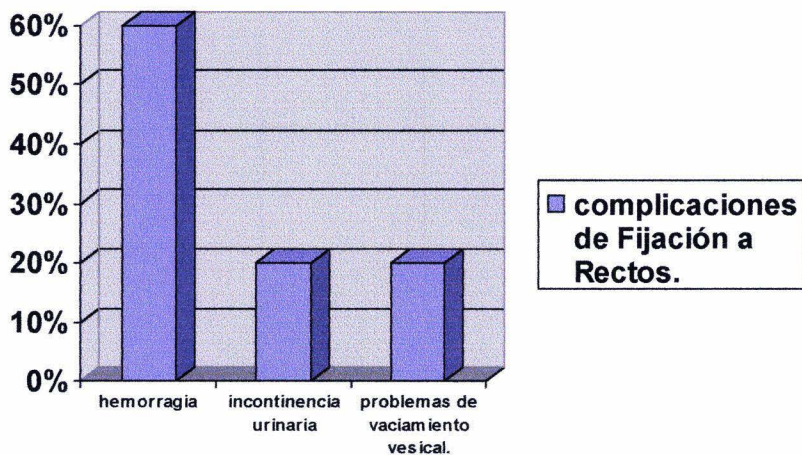
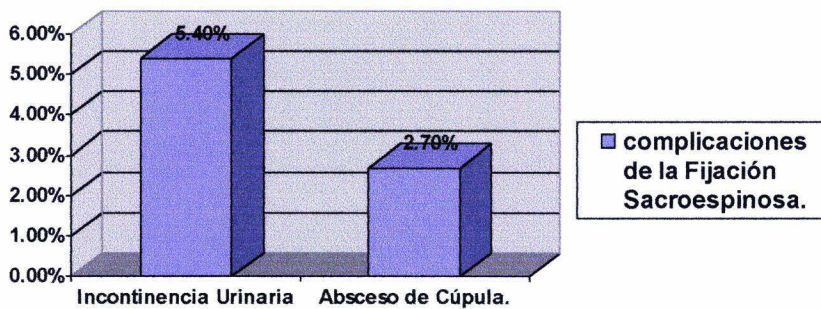
El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco frecuente de la histerectomía que puede aparecer meses o años después de la intervención. Han sido numerosas las técnicas quirúrgicas descritas a lo largo de la Historia para corregir el prolapso de cúpula, lo que da una idea de la falta de eficacia de todas ellas.

Tanto la Sacropexia abdominal, operación de Symmonds-Pratt y fijación sacroespínosa con técnicas quirúrgicas adecuadas para tratar el prolapso de cúpula vaginal que logran restaurar de forma duradera la posición anatómica de la vagina, con pocas complicaciones en manos expertas.

La colpoclesis de Le Fort es una técnica segura rápida de corrección del prolapso de cúpula, pero es un procedimiento obliterante que impide de forma irreversible la función coital, por lo que debiera reservarse para pacientes ancianas, tras conocer expresamente los deseos de la paciente en lo que a este tema se refiere.

El hecho de no realizar un estudio comparativo fue a que no existe seguimiento a largo plazo por tratarse de una patología benigna. Por lo que es factible realizar un estudio a largo plazo para conocer la evolución respecto a cada técnica realizada valorándose presencia o no de significancia estadística.





Complicaciones postoperatorias.

Sacropexia abdominal	pacientes	porcentaje.
Incontinencia urinaria	3 casos	14.2%.
Lesión intestinal	1 caso	3.2%.
Operación de Symmonds Pratt.	Pacientes	porcentaje.
Infección de vías urinarias	1 casos	4.7%.
Hemorragia	4 casos	19%.
Lesión vesical	3 casos	14.2%.
Fijación Sacroespinal	Pacientes	Porcentaje.
Incontinencia urinaria	2 casos	5.4%.
Absceso de cúpula	1 caso	2.7%.
Fijación a rectos.	Pacientes	Porcentaje.
Hemorragia	3 casos	60%.
Incontinencia urinaria	1 caso.	20%.
Problema de vaciamiento vesical	1 caso.	20%.

Bibliografía.

- 1.- Thompson J, Rock JA. Te linde . Ginecología Quirúrgica. Octava edición Philadelphia . Edit Panamericana. 1999; 1000 -1030.**
- 2.- Manuel Penalver MD., Yasir Mekki MD., Heather Lafferty MD., Martha Escobar MD. and Roberto Angioli MD. Should sacrospinous ligament fixation for de managemente of pelvic support defetos be part of a residency program procedure? The University of Miami experience. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 326-30.**
- 3.- Van R. Jenkins II MD. Uterosacral ligament fixation for vaginal vault suspension in uterine and vaginal vault prolapse. J Obstetrics and Gyencology 1997;177:1337-1347.**
- 4.- Smith MR. colposacropexy. An alternative technique. Am J Obstet Gynecol 997; 176:1374-1375.**
- 5.- H. A. Hirsh, MD., O. Käser, MD., F. A. Iklé, MD., Atlas de Cirugía Ginecológica. Quinta edición. Ed. Marban. 2000;116-120.**
- 6.- Benson JT., Lucente V., Mc Clellan E. Vaginal vs Abdominal reconstructive surgery ofr the treatment of pelvis support defects: A prospective condomited study wit long term outcome evaluation. Am J Obstet Gynecol 1996;175:612-616.**
- 7.- Bump RC., Mattiasson A, Kari BO, Brubaker LP et al.: The standardización of terminology on female pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175: 10-17.**
- 8.- Benson JT: The compartamentalization of female pelvic floor. Int Urogynecol J. 1991;2:195.**
- 9.- M. C. Slack, M.C. Timmons. Textbook of Female Urology and Urogynaecology. 2002; 654-674.**