

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

NEURECTOMIA PRESACRA Y RESECCION DE UTEROSACROS EN EL MANEJO DEL DOLOR PELVICO CRONICO

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

**DR. ISRAEL NUÑEZ ZACARIAS**

PROFESOR TITULAR:

DR. JOSE ROBERTO AHUED AHUED

TUTORES:

DR. SERGIO VILLALOBOS ACOSTA

DRA. BEATRIZ VELAZQUEZ VALASI



INPer

MEXICO, D.F. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

2004

*[Handwritten signature]*



DIRECCION DE ENSEÑANZA



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.

***Agradecimientos:***

*A Dios por darme la oportunidad de estar en este instante y en este lugar.*

*A mis padres por su ejemplo y apoyo para cumplir mis metas.*

*A mi adorada esposa por su comprensión y estímulo que fueron pilar para lograr mis sueños.*

*A mi hija quien es el motor que mueve cada uno de mis actos.*

*A mis suegros, hermanos, cuñados que siempre están brindandome su apoyo y amistad.*

*A toda la gente con quién crecí, me eduque y formaron parte esencial de lo que soy este día.*

## INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

## 1. DATOS GENERALES.

**Título del proyecto:** Neurectomía presacra y resección de uterosacos en el manejo del dolor pélvico crónico.

**Área de investigación:** Clínica quirúrgica.

**Subárea de investigación:** Laparoscopia Ginecológica.

**Línea de investigación:** Institucional.

**Periodo comprendido:** Año 1999-2004.

**Investigadores:** Dr. Israel Núñez Zacarías.

Dr. Sergio Villalobos Acosta.

Dra. Beatriz Velázquez Valasi.

# INDICE

1.- Datos Generales	3
2.- Marco Teórico	6
3.- Justificación	14
4.- Objetivos	16
5.- Metodología	18
6.- Resultados	22
7.- Discusión	30
8.- Conclusiones	32
Bibliografía	33
Anexos	34
Propuesta	45

### ***Síntesis del proyecto:***

Se realizó un estudio de serie de casos en 7 mujeres que presentaron dolor pélvico crónico de origen central a las cuales se sometió a neurectomía presacra y/o resección de útero sacros como tratamiento para el dolor pélvico crónico.

Se trataron de captar pacientes con dolor pélvico de origen central resistente a tratamiento farmacológico asociados a padecimientos como dismenorrea primaria o secundaria como adenomiosis, y endometriosis asociadas o no a esterilidad.

Estas pacientes fueron captadas desde la consulta externa de primera vez, del servicio de esterilidad y ginecología, se les entrevistó y realizó el diagnóstico al evaluar el nivel de dolor por medio de lo acentado en el expediente de cada una de nuestras pacientes con cualquiera de los dos procedimientos quirúrgicos.

Las pacientes sometidas al procedimiento quirúrgico fueron atendidas por diferentes cirujanos, siendo evaluado la percepción del dolor posterior al procedimiento. Señalando la importancia de considerar que en el total de esta serie de casos la neurectomía presacra determinó la disminución del dolor pélvico crónico en las pacientes.

## 2. MARCO TEÓRICO.

### *Planteamiento del problema:*

*El dolor pélvico crónico es un padecimiento frecuente en la mujer en edad reproductiva que repercute en su vida social y privada, es necesario ofrecer un procedimiento que mejore esta sintomatología y repercuta en la calidad de vida de nuestra pacientes.*

*Tradicionalmente se ha realizado la resección de uterosacros como tratamiento, sin embargo el realizar la neurectomía presacra en pacientes con dolor pélvico crónico puede ser una alternativa con mayor seguridad y eficacia debido al nivel donde se incide al tomar mayor número de fibras nerviosas desde su origen a diferencia de la resección de uterosacros donde las fibras se encuentran en su parte terminal y donde por su amplitud es más difícil abordarlas en su totalidad.*

*La Neurectomía Presacra ha sido utilizada como método quirúrgico para el alivio del dolor pélvico crónico de origen central el cual puede acompañarse de dismenorrea, dispareunia, o asociarse a patologías como la endometriosis, reportando alivio del dolor en un buen porcentaje de las pacientes tratadas y con un buen margen de seguridad ya que reportan complicaciones leves que se resuelven en su mayoría con tratamiento médico.*

## NEURECTOMÍA PRESACRA

### Dolor pélvico crónico.

El dolor pélvico crónico puede ser definido como dolor cíclico y no cíclico de 6 meses o más de duración que se localiza en la pelvis anatómica y en los casos severos causar incapacidad funcional requiriendo tratamiento médico y quirúrgico. Es la causa por la que el 10% de las pacientes externas visitan al ginecólogo<sup>(1)</sup>. Es responsable de aproximadamente 40% de las laparoscopias y del 10 % a 15 % de histerectomías.<sup>(2)</sup>

Aunque el dolor pélvico crónico no es siempre curable, puede ser manejado y las pacientes alcanzar una función normal o casi normal. La endometriosis y adherencias son responsables de muchos casos de dolor pélvico crónico en mujeres, pero un número significativo de pacientes no presentan causa aparente para su dolor al momento de la laparoscopia.<sup>(2)</sup>

### Fisiología y anatomía.

Descartes originalmente sostenía que el dolor era una simple señal de las neuronas periféricas del dolor al cerebro (la teoría somática). Eventualmente, se volvió claro que el dolor es mucho más complejo. Por su parte la teoría de entrada, propone que las señales nociceptivas periféricas pueden ser modulados por neurotransmisores que pudieran ser ligados con estados de ánimo. Estos neurotransmisores incluyen serotonina y endorfinas. La vía de entrada al dolor puede ser abierta por estados depresivos como oposición a la irritación directa.<sup>(2)</sup>

De esta manera, la interacción psicológica y física de los factores pueden estar presente tempranamente en el curso del dolor e intentar separarlos como causa y efecto es infructuoso. La intensidad del dolor, puede no ser proporcional al tejido dañado, particularmente en el dolor pélvico crónico. Una tercera teoría, el modelo de diátesis-estrés, propone que algunos pacientes presentan un riesgo incrementado de experimentar dolor crónico por vulnerabilidades preexistentes que pueden ser adquiridas. Esto podría explicar porque un número desproporcionado de pacientes con dolor pélvico crónico informan historias de abuso sexual.<sup>(2)</sup>

La víscera pélvica, recibe neuronas del sistema simpático (toracolumbar) y parasimpático (craniosacro). El cuerpo uterino, cervix y los trompas de falopio proximales, transmiten dolor a través de fibras simpáticas que se originan de la décima torácica a la primera lumbar. Estas fibras incluyen neuronas que son parte del ligamento uterosacro, que se unen dentro del plexo hipogástrico superior (nervio presacro). Por lo que el nervio presacro no recibe fibras de los ovarios y estructuras pélvicas



laterales, es por esto que la neurectomía presacro solo es aplicable al dolor de origen central.<sup>(2)</sup>

La pelvis lateral transmite dolor vía neuronas parasimpáticas que van de la segunda a la cuarta sacra. El nervio presacro, se divide en los nervios hipogástricos que eventualmente forman el plexo hipogástrico inferior, este plexo se subdivide en vesical, medio rectal y plexo uterovaginal (Frankenhauser). El plexo de Frankenhauser se encuentra lateral a los ligamentos uterosacros y medial a las arterias uterinas, recibe sensaciones de dolor solo del cuerpo uterino y la vagina.<sup>(2),(11)</sup>

### **Dismenorrea.**

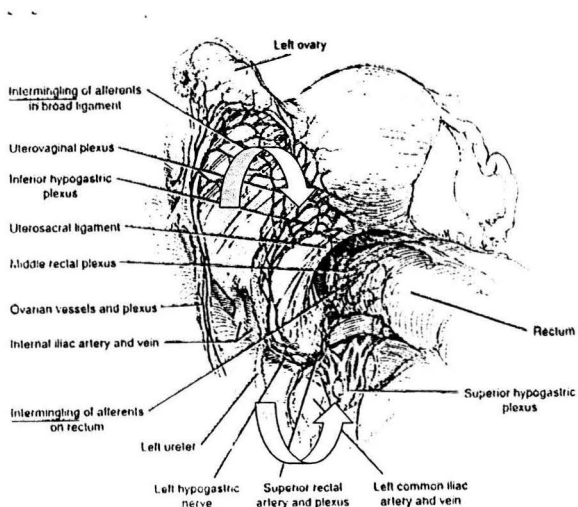
La dismenorrea es la aparición de cólico menstrual doloroso de origen uterino. Afecta a más del 50% de las mujeres, con un efecto no solo en la salud personal, sino también económico a través de horas de trabajo perdidas con reducción de la productividad y disminución de la calidad del trabajo. Cuando el dolor pélvico menstrual está relacionado con una condición patológica identificable como la endometriosis, adenomiosis o adhesiones pélvicas que reflejan inflamación previa, es considerada dismenorrea secundaria. En contraste, el dolor menstrual sin patología orgánica, es considerada dismenorrea primaria. La dismenorrea primaria inicia durante o poco después de la menarca, cuando los ciclos ovulatorios están establecidos, la duración del dolor típicamente es de 48 a 72 hrs. y se asocia con flujo menstrual. En contraste, la dismenorrea secundaria es más probable que ocurra años después de la menarca y ocurre premenstrualmente así como durante la menstruación.<sup>(3),(4)</sup>

La sobreproducción de prostaglandinas uterinas, están relacionadas con la etiología del típico dolor de la dismenorrea primaria. El tratamiento incluye hormonales y anti-inflamatorios no esteroideos los cuales disminuyen el nivel de prostaglandinas. Cuando este tratamiento fracasa se recurre al tratamiento quirúrgico.<sup>(4)</sup>

### **Procedimientos quirúrgicos.**

a) El procedimiento quirúrgico neuroablatoivo ideal para el dolor pélvico, es la transección de todos los nervios sensitivos aferentes de todos los órganos pélvicos y dejar todos los otros nervios sin ser afectados. La ablación del nervio uterino, involucra la transección de los ligamentos uterosacros en su inserción dentro del cervix.<sup>(4)</sup>

b) La neurectomía presacra involucra la resección de los nervios presacros situado dentro del límite del triángulo interilíaco. Ambos procedimientos interrumpen las fibras de los nervios aferentes sensoriales, y se espera una disminución del dolor uterino, la neurectomía presacra, involucra la interrupción de un número mayor de vías nerviosas que la ablación del nervio uterino.<sup>(4)</sup>



**Fig 1.** Fuente: Rogers M, Basic Neuroanatomy for understanding Pelvic pain. J Am Gynecol Laparosc 1999.

La ablación del nervio uterino fue desarrollada por cirugía laparoscópica, y a la fecha se ha descrito su uso en cuatro estudios.

A) Lichten y Bombard (1987), describen la cauterización del ligamento uterosacro bilateral en la inserción ligamentosa dentro del cervix. Los ligamentos son incididos utilizando tijeras laparoscópicas y con el electrocauterio se cauteriza la base de la incisión.<sup>(5)</sup>

B) Chen et al. (1996), describieron una técnica similar de coagulación y disección en la inserción de los ligamentos uterosacros dentro del cervix, usando electrocauterio monopolar o bipolar.<sup>(6)</sup>

C) Dover et al. (1999) no describe la técnica en detalle, pero previamente este grupo había descrito su técnica de laparoscopia láser involucrando la transección del nervio uterino con el láser de dióxido de carbono de Versellini et al (1997) describen el uso de electrocirugía e instrumentos mecánicos; excisión de un segmento de por lo menos 1 cm. de profundidad y longitud de los ligamentos uterosacros en su unión con el útero.<sup>(7)</sup>

Chen et al. (1996), describen además la técnica de la neurectomía presacra laparoscópica en detalle.<sup>(6)</sup> Realizaron la identificación laparoscópica de la bifurcación de la aorta, arterias iliacas comunes bilaterales, el uretero derecho, la arteria mesentérica inferior, y los vasos hemorroidales superiores a la izquierda(fig.2). El peritoneo situado sobre el promontorio del sacro y un centímetro caudal a la bifurcación aórtica, se eleva e incide (fig.3). El tejido adiposo situado debajo es disecado. Por una cauterización y corte, el plexo nervioso fue identificado y liberado del tejido situado por debajo (fig.4), la vena iliaca común izquierda y la vena sacra media. El tejido neural fue incidido con el cauterio unipolar o bipolar, removido y enviado para examinación histológica(fig.5) Candiani et al. (1992) y Tjaden et al. (1990), son referidos por la literatura para describir sus técnicas de neurectomía presacra por laparotomía.<sup>(8)</sup>

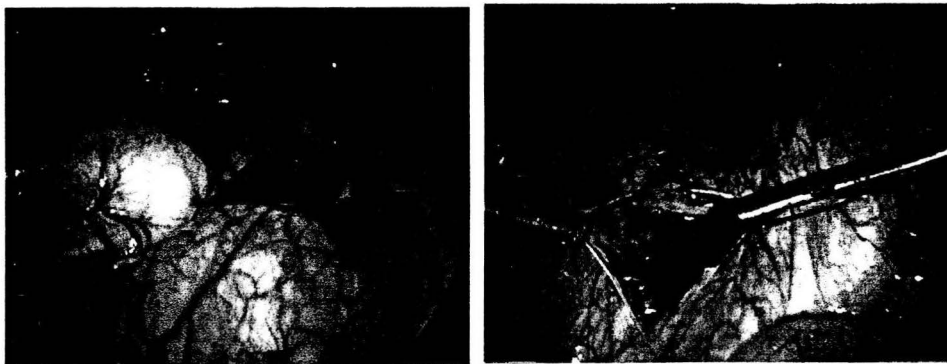


Fig. 2.Localización anatómica del sitio quirúrgico.Fig. 3.Incisión del peritoneo posterior.



Fig.5 y 6. Disección y corte del nervio Presacro.

Chen et al. quienes describen un estudio controlado aleatorizado, donde 68 mujeres con dismenorrea primaria, fueron aleatorizadas tanto para neurectomía presacra laparoscópica o ablación del nervio uterino laparoscópico. El seguimiento a 3 meses, reveló una significancia similar de 87.9% y 82.9% respectivamente. A los 12 meses, la neurectomía presacra laparoscópica continuó siendo efectiva en 81.8% de las pacientes y solo 51.4% de las tratadas con ablación del nervio uterino continuaban con alivio del dolor.<sup>(6)</sup>

Johnson et al. (2000), describe que para la ablación del nervio uterino por laparoscopia vs. neurectomía presacra laparoscópica en la dismenorrea primaria, no había diferencia significativa en el alivio del dolor entre los dos tratamientos en lapso de seis meses de seguimiento. Sin embargo, después de seis meses, la neurectomía presacra laparoscópica tuvo un mejor alivio del dolor. Hubo una diferencia significativa mayor en el número de efectos adversos reportados por los participantes: 94% del grupo de neurectomía presacra laparoscópica, reportaron constipación, sin esta complicación en el grupo de ablación del nervio uterino por laparoscopia. Para dismenorrea secundaria, la ablación del nervio uterino con tratamiento quirúrgico para endometriosis vs. tratamiento quirúrgico de la endometriosis sola, no encontró diferencia significativa en el alivio del dolor.<sup>(4)</sup>

La ablación del nervio uterino por laparoscopia es efectivo para alivio del dolor en dismenorrea primaria a corto tiempo, pero su efectividad va disminuyendo con el tiempo. Chen et al. confirman esta sugerencia y demostró que la neurectomía presacra puede mantener su efectividad por más tiempo. Sin embargo, la neurectomía presacra laparoscópica puede ser efectiva para el dolor medio asociado con endometriosis, pero no por otros tipos de dolor como el dolor no menstrual, dolor lateral y dispareunia.

La neurectomía presacra laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que requiere un alto grado de habilidad de un cirujano laparoscópico experimentado en cirugía pélvica entrenado específicamente en esta operación retroperitoneal. La región presacra puede estar altamente vascularizada y el procedimiento tiene un mayor peligro potencial para un imprudente o cirujano entrenado inadecuadamente. El Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos, clasifican la neurectomía presacra laparoscopia como un procedimiento nivel 4.

**Antecedentes :**

Se mencionan en el siguiente cuadro los antecedentes bibliográficos de manera sintetizada.

Autor	Año	Patología	Procedimiento	No. Pacientes	Mejoría	Tiempo (Meses)
Tjaden	1990	Dismenorrea Leve/moderada	Neurectomía Presacra	17	15(88%)	42
		Endometriosis Estadio III-IV	Resección de endometriosis	9	0(0%)	
Candiani	1992	Dismenorrea	Qx.Conservadora	36	21(58%)	12
		Endometriosis Estadio III-IV	Qx.Conservadora	35	23(66%)	12
			Neurectomía presacra			
Chen	1996	Dismenorrea primaria	Neurectomía presacra	33	29(87.9%)	3
				35	27(81%)	12
			Ablación del nervio uterino		29(82%)	3
Chen/Soong	1997	Adenomiosis c/dismenorrea	Neurectomía presacra	42	18(51.4%)	12
		Endometriosis Moderada severa c/dismenorrea	“	104	22(52.4%)	12
		Endometriosis leve c/dismenorrea	“	174	75(72%)	12
		Dismenorrea primaria	“	83	123(75%)	12
			“	64(77.1%)	12	

### 3. JUSTIFICACIÓN.

Existe dentro de la literatura internacional un estudio hecho por Tjaden en 1990, evaluó la eficacia de la neurectomía presacra para el alivio de la dismenorrea de origen central en 26 pacientes con una media para la edad de 30 años y endometriosis estadio III y IV. Todas las pacientes tenían dismenorrea de moderada a severa, se separó un grupo que entró en el protocolo aleatorizado donde 4 pacientes fueron sometidas a neurectomía presacra y 4 en un grupo donde se realizó resección de endometriosis. Dentro de los resultados reportan un alivio del dolor de origen central en 88% de las pacientes a las que se les realizó neurectomía presacra y de un 0% en las que no se les realizó NPS solo la resección de focos endometriósicos.<sup>(10)</sup>

Candiani en 1991 reporta en su estudio controlado de neurectomía presacra para el tratamiento del dolor pélvico asociado con endometriosis, donde 71 pacientes con endometriosis moderada a severa y dismenorrea de origen central fueron aleatorizadas quedando 2 grupos, uno en el grupo de pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora (n=36) y otro donde se les realizó cirugía conservadora más neurectomía presacra (n=35), dentro de los resultados reportan que la neurectomía presacra reduce marcadamente el componente del dolor menstrual, pero no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en relación a la intensidad y frecuencia de la dismenorrea, dolor pélvico y dispareunia a lo largo del seguimiento.<sup>(8)</sup>

Chen en 1996 reporta en su estudio comparación de la neurectomía presacra laparoscópica y la ablación laparoscópica del nervio uterino para el tratamiento de la dismenorrea primaria donde incluyó a 68 pacientes, los separó en dos grupos, uno de 33 pacientes a las cuales se les practicó neurectomía presacra y otro con 35 pacientes a las que se les realizó ablación del nervio uterino. A cada paciente le dio una calificación al grado de dolor de acuerdo a una escala de 5 puntos. Todas las pacientes se encontraban entre una escala de dolor que va de 3-4. Dentro de los resultados se reporta un alivio del dolor entre el 100% y más del 50% para los tres meses de 87.9% para neurectomía presacra y 82.9% para ablación de nervio uterino. Sin embargo al año de seguimiento el éxito para neurectomía presacra fue de 81.8% y de 51.4% para el otro procedimiento. Se reporta 1 caso de complicación quirúrgica con sangrado controlado, constipación en la mayoría de las pacientes quienes tuvieron buenos resultados con medicación y muchas con resolución espontánea a lo largo del tiempo.<sup>(6)</sup>

Por último Chen y Soong en su artículo publicado en 1997 titulado "*la eficacia y complicaciones de la neurectomía presacra laparoscópica en el dolor pélvico*", quizás una de las más importantes en este tema, donde evalúan el alivio del dolor en 527 pacientes quienes fueron sometidas a cirugía conservadora y la neurectomía presacra en pacientes con diferentes diagnósticos asociados a dolor pélvico de origen

central. Reportan una tasa de éxito que se resume de la siguiente manera: alivio del dolor importante a los 12 meses para pacientes con dismenorrea primaria sometidas a neurectomía presacra 77.1%, endometriosis moderada a severa 72.8%, endometriosis mínima o leve 75%, adenomiosis 52.4% y dolor pélvico crónico 62.2%.

Teniendo en cuenta los antecedentes orientan a que hay mejores resultados con la NPS para el manejo con DPC y que en el INPer no existe una norma para el manejo de este consideramos importante hacer una revisión de cuales han sido los resultados con la utilización de las técnicas quirúrgicas en este tipo de pacientes para describir la experiencia del Instituto en cuanto el diagnóstico, tratamiento y selección de pacientes a las que se les pudiera realizar alguno de los procedimientos quirúrgicos para el alivio del dolor pélvico crónico, con esto y sabiendo que la serie de casos es considerado como uno de los estudios con nivel de evidencia más bajo creemos que puede servir de pauta para estudios con mayor nivel de evidencia.



## 4. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Describir la experiencia institucional en el diagnóstico, abordaje y tratamiento quirúrgico en mujeres con dolor pélvico crónico resistente a tratamiento médico.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Determinar cuantas pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico fueron sometidas a Neurectomía presacra y/o ablación de uterosacros en Instituto Nacional de perinatología en el periodo 1999-2004.
- 2) Describir las indicaciones que llevaron a la realización de los procedimientos quirúrgicos señalados.
- 3) Señalar las técnicas utilizadas durante los procedimientos quirúrgicos así como sus complicaciones inmediatas.
- 4) Describir el tipo de tratamiento médico que recibieron las pacientes antes y después del procedimiento quirúrgico.
- 5) Puntualizar el resultado de los procedimientos en relación al alivio del dolor en un seguimiento reportado en el expediente en las consultas subsecuentes.

**Pregunta de trabajo:**

¿Es la Neurectomía Presacra una mejor propuesta de tratamiento que la Resección de Uterosacros en pacientes con dolor pélvico crónico resistente a manejo médico?

**Tipo de estudio propuesto:**

Serie de casos

Descriptivo, Retrolectivo, Prospectivo

## 5. METODOLOGÍA.

Se realizó la búsqueda de expedientes de pacientes que habían sido sometidas a alguno de los procedimientos quirúrgicos (Neurectomía Presacra y/o Resección de uterosacros ambos por vía laparoscópica) que son el motivo de este estudio en el manejo de pacientes con dolor pélvico crónico que eran resistentes a manejo médico, se buscaron dichas pacientes en las libretas tanto de enfermería, de procedimientos quirúrgicos y en la libreta de cirugía laparoscópica, se acudió al departamento de estadística para búsqueda de los expedientes en base a diagnósticos relacionados con dolor pélvico crónico según la CIE dando como resultado 390 expedientes de los cuales solo 7 contaban con las características mencionadas.

Se elaboró una hoja de recolección de datos que incluían las características basales de las pacientes, así como manejo y diagnóstico prequirúrgico y también el postquirúrgico, posteriormente se describió el dolor postoperatorio en base a las consultas subsecuentes reportadas en el expediente, se analizaron los resultados en base a lo descrito para serie de datos mismos que determinaron las conclusiones del presente trabajo.

### **Lugar y duración**

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología en base a expedientes clínicos con características mencionadas. El periodo en que se realizaron las cirugías contemplaba de el año 1999-2004 independientemente del cirujano que las había realizado.

### **Universo, unidades de observación propuesto para el Protocolo**

**Universo:** Pacientes con dolor pélvico crónico de origen central resistentes a tratamiento farmacológico manejadas con alguno de los procedimientos quirúrgicos en el periodo de 1999-2004.

**Unidades de observación:** Paciente sometidas a tratamiento quirúrgico en el Instituto Nacional de Perinatología en el periodo ya mencionado que habían tenido el diagnóstico de dolor pélvico crónico resistente a tratamiento médico.

**Tamaño de la muestra:** no hace falta cálculo del tamaño de la muestra por ser una serie de casos.

**Criterios de inclusión:**

1. Pacientes en edad reproductiva con diagnóstico de dolor pélvico crónico resistente a tratamiento médico.
2. Pacientes sometidas a Neurectomía Presacra y/o Resección de Uterosacros por vía laparoscópica.
3. Pacientes que hayan sido sometidas en el departamento de endoscopia ginecológica en el Instituto Nacional de Perinatología en los años 1999-2004.

**Criterios de exclusión:**

1. Pacientes en quienes no se cuente con la disposición del expediente.
2. Pacientes quienes no cuenten con citas subsecuentes donde se reporte la evolución del padecimiento.

## VARIABLES EN EL ESTUDIO

**Dx preoperatorio:** Dolor pélvico crónico resistente a tratamiento farmacológico.

**Manejo médico preoperatorio:** Incluyen diferentes fármacos englobados como AINES y/o tratamiento hormonal.

**Manejo médico postquirúrgico:** Incluyen la utilización de AINES y/o tratamiento hormonal.

### **Técnicas quirúrgicas empleadas (2):**

- 1) Neurectomía Presacra, descrita como la resección de nervios parasacrossituado en el triángulo interiliaco, interrumpiendo las fibras de los nervios aferentes sensoriales.
- 2) Resección de uterosacros, descrito como la cauterización del ligamento uterosacro de manera bilateral en la inserción ligamentosa dentro del cervix.

**Dolor pélvico postoperatorio:** Descrito en un periodo antes y después de los 6 meses ya que es uno de los cortes en que se evalúa la efectividad en la mayoría de los artículos referidos y que caen en los periodos en que se citaron las pacientes posterior a la cirugía (igual, menor o mayor).

### **Aspectos éticos**

Riesgo menor al mínimo por que solo se realizó revisión del expediente.

**Recursos Humanos y materiales:**

- Residente de ginecología para la revisión de expedientes y recolección de datos en la hoja correspondiente.
- Médico adscrito especialista en laparoscopia como asesor clínico.
- Médico analista para evaluar y corregir el diseño metodológico del protocolo.

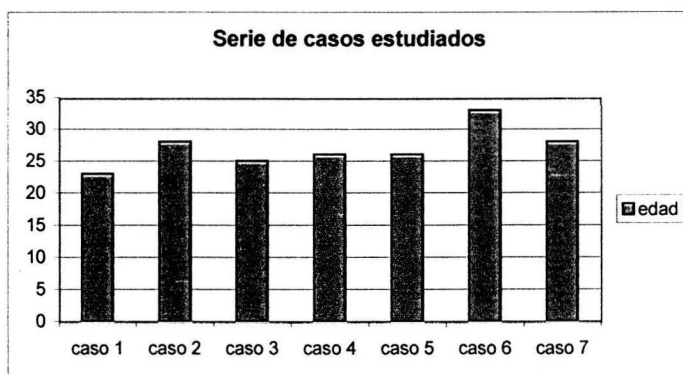
**Recursos Materiales:**

- Expedientes clínicos del archivo clínico y muerto, hoja de recolección de datos.

## 6. RESULTADOS.

Posterior a la búsqueda de los expedientes de las libretas de procedimientos, quirúrgicos manejado por el servicio de enfermería, otra por los médicos que realizan sus procedimientos quirúrgicos en la unidad de tococirugía y la inexistencia de libreta de procedimientos laparoscópicos del departamento de cirugía laparoscópica, se acudió al servicio de estadística donde se solicitaron los expedientes de pacientes que contaran con el diagnóstico de dolor pélvico, crónico, dismenorrea, endometriosis, post operadas de Neurectomía Presacra y/o resección de uterosacos. Se obtuvo una lista de 390 expedientes de los cuales se buscaron solo aquellas que habían sido sometidas a los procedimientos descritos, solo se reportaron 7 expedientes donde una paciente había sido sometida a ambos procedimientos, otra con resección de utero sacros unicamente y 5 sometidas a Neurectomía Presacra de las cuales se reportan 4 a las que se les realizó fulguración de focos endometriósicos y en una decapsulación de endometrioma ovario derecho.

El promedio de edad de las pacientes fue de 27 años con un rango de los 23 hasta los 33 años los cuales caen dentro de lo reportado en la literatura como pacientes con dolor pélvico crónico y en edad reproductiva (gráfico 1). En cuanto a la paridad, al momento de la cirugía 5 no habían tenido embarazos previos y una con dos partos previos y otra con un aborto donde se le realizó LUI sin complicaciones (gráfico 2).



**Gráfico 1.** Fuente: Archivo INPer.

Dentro de los antecedentes obstétricos antes de la cirugía la paciente del caso 3 solo contaba con el antecedente de 2 partos previos a la Neurectomía Presacra, y el caso 4 con 1 embarazo el cuál culminó en aborto, el resto de ellas eran nuligestas.

## ANTECEDENTES OBSTETRICOS

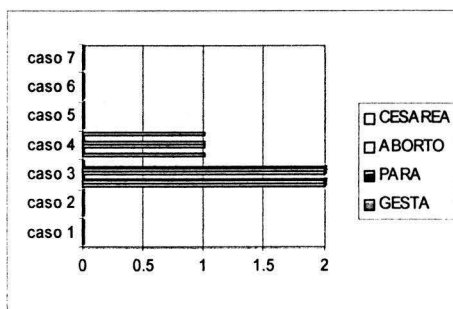
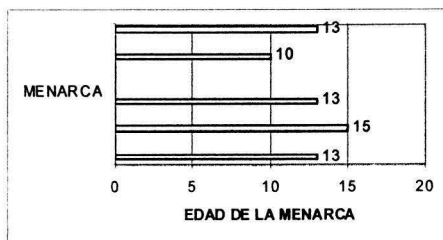


Gráfico 2 y 3. Fuente: Expedientes clínicos.

## EDAD DE LA MENARCA





La vida sexual de las pacientes se inició en una de las pacientes a los 15 años y en otra a los 29 siendo este el rango de inicio de vida sexual. El número de parejas sexuales iba de entre uno y dos parejas en general.(gráficos 4 y 5)

### EDAD DE INICIO DE SU VIDA SEXUAL

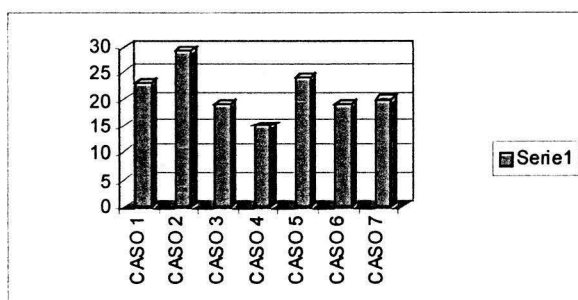


Gráfico 4.Fuente: expedientes clínicos.

### NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

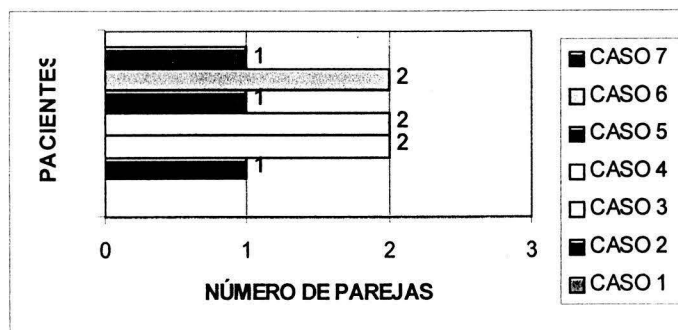
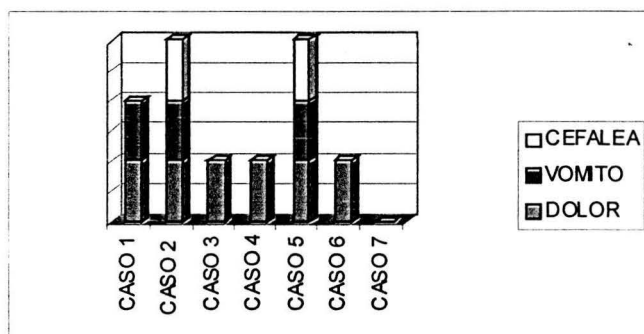


Gráfico 5.Fuente: expedientes clínicos.

Todas las pacientes reportaban dismenorrea severa con más de 6 meses de evolución acompañadas con otra sintomatología, cefalea (1), vomito (2), dolor irradiado a miembros inferiores y/o espalda (3), alteraciones menstruales tipo estreñimiento (2), dispareunia (2). Cabe señalar que 2 de las pacientes sometidas a NPS contaban con diagnóstico de endometriosis ya que se les había sometido previamente a laparoscopias previas por este motivo. En cuanto a la somatometría de las pacientes calculando el índice de masa corporal en promedio estaba en 24.1 kg/m<sup>2</sup> con un rango de 21.8 hasta 26.4 donde solo 2 con sobrepeso leve (25.7 y 26.4 de IMC). (Gráficos 6,7 y 8)

## PRESENCIA DE SINTOMAS POR CASO



**Gráfico 6.** Fuente: Expedientes clínicos.

Todas contaban con USG previa al diagnóstico prequirúrgico, una presentaba una masa anexial durante su embarazo la cual fue removida además de miomatosis uterina, otra un endometrioma el cual durante la cirugía se resecó.

## HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS

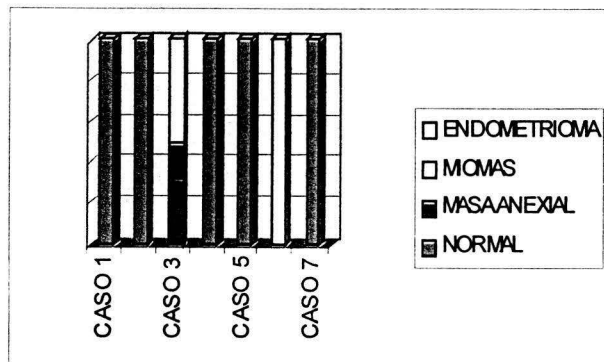


Gráfico 7. Fuente: Expedientes clínicos.

## GRADO DE SEVERIDAD DE LA DISMENORREA

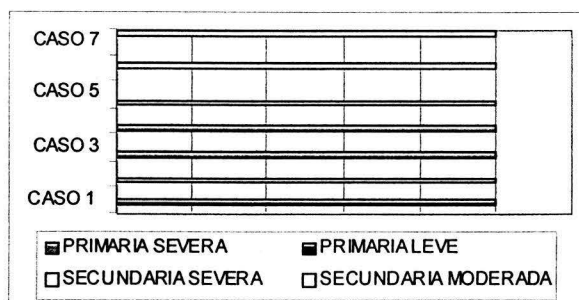


Gráfico 8. Fuente: Expedientes clínicos.

## SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

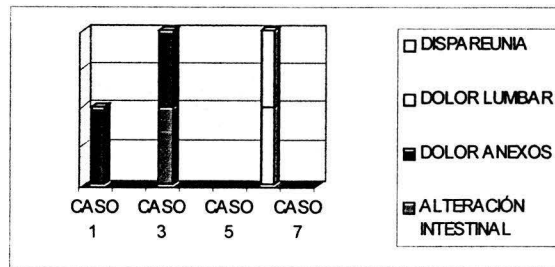


Gráfico 9. Fuente: Expedientes clínicos.

Todas las pacientes habían recibido tratamiento médico previo a la cirugía para el manejo del DPC, 6 de las cuales utilizaban AINES de manera diferente, 2 que tenían diagnóstico de endometriosis previa habían sido sometidas a laparoscopia con fulguración de focos endometriósicos, una paciente manejada con anticonvulsivantes (ácido valproico) aunque después no se corrobora algún trastorno psiquiátrico, 3 pacientes con otro tratamiento adyuvante como hormonales orales. (Gráfico 10)

## ANALGÉSICOS UTILIZADOS

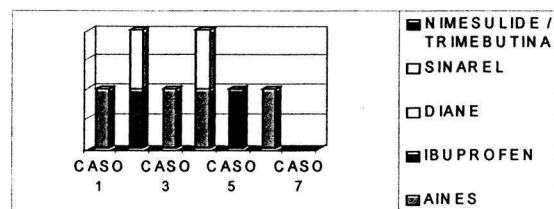


Gráfico 10. Fuente: Expedientes clínicos.

Las cirugías realizadas en el instituto de acuerdo a los hallazgos en la búsqueda se mencionan en la técnica quirúrgica que para la ablación de uterosacos se utilizó abordaje laparoscópico tradicional y se utilizó laser para la resección de los nervios presacos (fig.1) reportando en los hallazgos utero y anexos normales, es decir sin asociación a endometriosis, los dos procedimientos se reportaron sin complicaciones, y para las NPS donde se utilizó la misma técnica se realiza abordaje laparoscópico con colocación de tres trócares 2 laterales y uno suprapúbico, se localizó promontorio, se toma peritoneo y se realiza incisión longitudinal de aproximadamente 3 cm, se realiza disección de derecha a izquierda tratando de separar uretero derecho y juntar las fibras nerviosas, una vez identificado el nervio se fija con la pinza superior y se disecciona de derecha a izquierda, se realiza fulguración del extremo superior y corte, después mismo para el extremo inferior, una vez extraído el segmento de nervio de aproximadamente 2 cm, se realiza irrigación y hemostasia del lecho quirúrgico.

Se utilizó la misma técnica en todas las pacientes, se reporta 3 pacientes asociadas a endometriosis mínima, 2 moderada y 1 sin patología durante el transquirúrgico, de hecho la paciente registrada como numero 6 se tuvo que realizar además de la fulguración de focos endometriósicos decapsulación de endometrioma derecho, dentro de las complicaciones inmediatas se reporta una sola con lesión de de 0.5 cm en epiplón y mesenterio secundario a punción con trocar principal, esta paciente requirió nueva reintervención por laparotomía donde se percató lesión de 1.3 cm en el ileón y otra de 0.5 cm en el ángulo de Treitz, requirió ileostomía y triple esquema antimicrobiano y una estancia en terapia intensiva.

En cuanto al dolor postquirúrgico solo se puede reportar gracias a lo que se especifica en el expediente en base a las citas subsecuentes, uno de los parametros utilizados para la vigilancia del dolor en los estudios es por medio de escala de dolor en diferentes lapsos de tiempo, tomamos un periodo no específico ya que nuestras pacientes acudieron en diferentes momentos a su revaloración y solo en algunas citas se hace mención al dolor ya que algunas cursaron con embarazo motivo por el cual se seguían viendo en el instituto y ya no por el DPC, otras con diagnóstico de esterilidad sometidas a IAH y FIVTE donde esas citas no hacen referencia la dolor pélvico.

Las dos pacientes sometidas a ablación de utero sacros en citas subsecuentes reportan lo siguiente, la primera a los 6 meses buena evolución y solo se manejo con AINES a los 2 años dismenorrea severa nuevamente y requirió nueva cirugía NPS posterior a eso a los 2 meses se reportaba asintomatica, se manejo con AINES y analogos de GnRH y aún continúa en el

instituto con cita pendiente 6 meses posterior al tratamiento. La segunda paciente manejada con hormonales orales por tres meses, vista en la consulta externa a los 5 meses, 2 años y medio y tres años medio y seguían reportando dolor, se llegó a utilizar AINES por razón necesaria, en las demás pacientes sometidas a NPS 4 requirieron AINES, 2 hormonales del tipo analogos de GnRh y combinados orales, 2 antes de 6 meses asintomáticas 3 con disminución del dolor en el mismo periodo, y una no se hace referencia del mismo, incluso la paciente con la complicación intestinal refirió mejoría a los 5 meses y solo requirió AINES.

## 7.DISCUSIÓN.

El dolor pélvico crónico, definido como dolor cíclico y no cíclico de más de 6 meses o más de duración, es una patología que representa una importante demanda hospitalaria de pacientes en búsqueda de un tratamiento efectivo que resuelva su problema posterior a las fallas terapéuticas cuando se emplea un tratamiento médico, reportados en la literatura como que un porcentaje de estas pacientes tiene una respuesta pobre al tratamiento por lo que la cirugía podría representar la opción terapéutica final<sup>(12)</sup>.

En la actualidad el diagnóstico del DPC al parecer no resultaría difícil como pensar en un tratamiento que resuelva en buena medida este tipo de padecimiento. Se describe como tratamiento inicial anti-inflamatorios no esteroideos y ocasionalmente hormonales orales como adyuvante, se habla de tratar la patología de base encontrada y algunos procedimientos quirúrgicos laparoscópicos como la Neurectomía Presacra y la Ablación de Uterosacros como tratamientos descritos seguros y efectivos en diferentes trabajos publicados a nivel mundial.

La paciente con DPC tienen en ocasiones patologías que se diagnostican al momento de la cirugía, se menciona que las adherencias postquirúrgicas y la endometriosis son causas frecuentes de este padecimiento aunque un buen porcentaje no presentan causa aparente<sup>(2)</sup>. De nuestras pacientes vimos que igualmente en algunas no se reporto patología o anomalías en el transquirúrgico y otras si estaban asociadas a endometriosis y adherencias.

Es importante mencionar que algunos médicos cuando visualizan un problema como los mencionados, recurren a técnicas quirúrgicas como la liberación de adherencias y fulguración y/o resección de focos endometriósicos junto con algún otro procedimiento enfocado a la disminución del dolor como son la (NPS) Neurectomía Presacra y la LUNA (siglas en ingles de ablación del nervio uterosacro por laparoscopia).

La NPS ha demostrado una mejor efectividad en base a los artículos revisados en cuanto a la disminución del dolor en el seguimiento posterior a los 6 meses incluso mejor efecto que la sola fulguración de los focos endometriósicos de acuerdo con Zullo. La probable explicación de esto pudiera ser que durante la NPS se toman un mayor número de fibras nerviosas que cuando se realiza LUNA, en la figura uno se muestran los sitios donde se efectúan las dos cirugías laparoscópicas.

En el Instituto Nacional de Perinatología, no se cuenta con una norma para el manejo de este padecimiento, de hecho son pocos los procedimientos realizados en el periodo de búsqueda las técnicas descritas para LUNA y NPS son muy similares a las descritas por Chen en 1996 lo que significa que en este lugar se cuenta con gente capacitada para la realización de este procedimiento y además se cuenta con los recursos para llevar a cabo este tratamiento.

Las pacientes sometidas a LUNA al parecer no reportan una mejoría importante en lo reportado en sus citas subsecuentes, cosa que impresiona distinta en las pacientes operadas de NPS, Chen reporta que a los tres meses posteriores a la cirugía ambos procedimientos parecen tener buena efectividad y que con el paso del tiempo solo NPS pareciera perdurar en un buen nivel del alivio del dolor.

Las pacientes sometidas a NPS incluso la paciente que presentó la complicación intestinal refieren mejoría importante en sus citas subsecuentes a pesar de que algunas requirieron tratamiento médico adyuvante. Al parecer los procedimientos en los diversos artículos no representan mayor problema hablando de las complicaciones, la lesión presentada en el Instituto no se puede atribuir a NPS estrictamente sino al riesgo que se corre durante cualquier procedimiento laparoscópico. La paciente quien requirió reintervenciones por la complicación intestinal aún así reporta mejoría en cuanto a su dolor pélvico crónico en las citas subsecuentes.

Con esto podemos percatarnos que es probable que la NPS si representa una mejor alternativa quirúrgica tal como se reporta en la literatura, no se hace énfasis en las complicaciones postquirúrgicas en las notas, hablando de alteraciones digestivas y/o urinarias reportadas en la literatura.

Creemos en la efectividad de NPS para el manejo del DPC así como en la necesidad de crear una norma para poder tener un manejo uniforme con las pacientes que acuden a nuestro hospital en busca de un tratamiento de calidad y con buenos resultados, sabemos de las limitaciones que este trabajo representa dado su bajo nivel científico, sin embargo creemos que si se cuenta con los recursos materiales y humano y con los resultados de este trabajo se pueda tomar como el inicio de protocolos más avanzados como el que se tenía planeado para este trabajo y que no se realizó debido a lo que ya mencionamos en uno de los anexos donde se describe el trabajo realizado para esta presentación.



## **8. CONCLUSIONES.**

El dolor pélvico crónico es una patología que afecta a pacientes en edad reproductiva y que puede repercutir en su vida social, en el aspecto psicológico y laboral.

El DPC puede ser provocado por alteraciones intrapélvicas como las adherencias pélvicas y la endometriosis.

Un porcentaje no despreciable de pacientes tienen pobre respuesta al tratamiento farmacológico por lo que la cirugía puede ser la opción final para este padecimiento.

La NPS parece presentar mejores resultados que la LUNA en el manejo del dolor pélvico crónico de origen central.

Nuestra experiencia Institucional en estos procedimientos se antoja baja, aunque se cuentan con recursos humanos y materiales, es necesario normatizar el manejo del DPC pero si ofrecer tratamientos definitivos quirúrgicos.

Las complicaciones postquirúrgicas se describen como leves, sin embargo no debemos olvidar de que pueden surgir complicaciones asociadas a la cirugía laparoscópica.

## **Bibliografia**

- 1)Reiter R, Chronic Pelvic Pain. Clin Obstet Gynecol 1990; 33:130-136.
- 2)Gelbaya T, Focus on Primary Care. Chronic Pelvic Pain in women.Obstetrcal and Gynecological Survey 2001; 56(2):757-763.
- 3)Dawood M, Dysmenorrhea. Clin Obstet Gynecol 1990;33:168-178.
- 4)Johnson N, Surgycal Pelvic Neuroablation for Chronic Pelvic Pain: A systematic review. (Cochrane review) Gynecological Endoscopy 2000;9:351-361.
- 5)Lichten E, Bonjord J. Surgycal treatment of Primary Dismenorrhea with uterine nerve ablation. Journal of Reproductive Medicine 1987;32:37-41.
- 6)Cheng F, Chang S. Comparison of Laparoscopic Presacral Neurectomy and Laparoscopy Uterine Nerve Ablation for Primary Dismenorrhea. Journal of Reproductive Medicine 1996;41:463-466.
- 7)Dover R, Pooley P. Prospective randomized, double-blind controlled trial of laparoscopic laser uterine nerve ablation in the treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Unpublished (ongoing).
- 8)Candiani G, Presacral Neurectomy for the treatment of Pelvic pain associated with endometriosis: a controlled study. Am J Obstet and Gynecol 1992;167:100-103.
- 9)Chen F, Soong Y. The efficacy and complications of Laparoscopic Presacral Neurectomy in Pelvic Pain. Obstetrics and Gynecology 1997;90 (6):974-977.
- 10)Tjaden B, The efficacy of Presacral Neurectomy for the relief of midline Dysmenorrhea. Obstetrics and Gynecology 1990;76(1):89-91.
- 11)Rogers R, Basic Neuroanatomy for understanding pelvic pain J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999;6(1):15-19.
- 12)Zullo F, Long-term Effectiveness of Presacral Neurectomy for the Treatment of Severe Dysmenorrhea Due to Endometriosis. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004;11 (1):23-28.

## ANEXOS

### Caso clínico 1.

Nombre: MTB. Expediente: 125263.

AHF: Padre con DM.

APP: Negados.

APNP: Originaria y residente del DF, soltera, núbil, dedicada al hogar, estudios preparatoria, tabaquismo y alcoholismo negados, niega alergias y transfusionales.

AGO: Menarca 13 años, ciclos 30x3 dismenorrea, IVSA 23 años.

1ª vez: 24/04/98.

23 años de edad. Acude por referir dolor tipo cólico intenso, incapacitante asociado a la menstruación acompañado de náusea y vómito.

Talla de 154 cm, peso de 53,600g, IMC 22.61.

Al tacto bimanual se reporta útero de 7x4x5 cm en AVF con dolor al manipular anexos y dolor leve a nivel de tabique recto vaginal. Se inicia tratamiento con AINES no especificado, cultivo cervicovaginal y USG.

USG: útero de 6.2x4.5x4.3 en AVF anexos normales.

El resultado de CCV positivo a G. vaginallis tratamiento con azitrocina oral y clindamicina tópica. Se envía a neurología.

Neurología: 26/08/98.

La nota reporta cefalea intermitente y desconexión del medio, inician tratamiento con ácido valproico 400 mg c/12 hrs. Se envía psiquiatría. Indican mismo tratamiento no alteraciones psiquiátricas. Se programa para cirugía.

Cirugía: 03/12/98.

Se realiza ablación de uterosacros con láser por laparoscopia, evento sin complicaciones. Dentro de los hallazgos útero y anexos normales, no lesiones endometriósicas. Se egresa con tratamiento nimesulide tabs.

Consulta externa: 07/06/99.

Paciente quien continúa con dolor intenso se indica Ansaid.

Consulta externa: 07/04/00.

Se refiere buena evolución, se indica piroxicam y alta.

Urgencias: 16/01/04.

Se presenta a los 29 años nuligesta con dismenorrea severa se cita a consulta externa.

Consulta externa: 23/01/04.

Diagnóstico, dismenorrea primaria, dismenorrea y dispareunia, refiere alteraciones intestinales. Se indica Dicotel, fibra y dieta libre en carbohidratos, se programa para cirugía laparoscópica.

Cirugía: 23/03/03.

Se realiza Neurectomía presacra sin complicaciones, se reporta endometriosis leve con defectos peritoneales en fondo de saco posterior, utero y anexos normales. Se egresa con analogos de GnRH.

Consulta externa: 07/05/04.

Asintomática en manejo con analogos de GnRH subdérmico y cita en 4 meses.

## **Caso clínico 2.**

Nombre: GCB, Expediente:125631.

AHF: Negados.

APNP: Originaria y residente del DF, licenciada en microscopía electrónica, soltera, católica, niega toxicomanías, alergias y transfusionales.

APP: Negados.

AGO: Menarca 15 años, ciclos 28x7-10 dismenorreica, IVSA 29 años, PS 1, nuligesta.

1ª vez: 27/05/98.

28 años, nuligesta, dismenorrea severa, acompañada de vomito y cefalea. Al tacto vaginal utero en AVF de 7x5x3 no doloroso. Se reporta USG normal. Paciente manejada con ibuprofeno PRN, Diane y triquilar con mejoría transitoria. Se programa para cirugía.

Cirugía: 27/04/99.

Se realiza ablación de uterosacos con laser por laparoscopia, se reporta sin complicaciones, no lesiones endometriosis ni alguna otra patología. Se da de alta y se inicia tratamiento con Gynovin. Cita en tres meses.

Consulta externa: 13/09/99.

Continúa con dolor solo AINES PRN.

Urgencias: 08/07/00.

Embarazo de 9.3 SDG aborto incompleto, se realiza LUI sin complicaciones.

Consulta externa: 25/09/00.

Se reporta alteraciones intestinales, diagnóstico, colitis espástica, dismenorrea moderada. Tratamiento con Espacil.

Nuevo embarazo resuelto el 02/07/01 por cesárea por preinducción fallida, desarrollo en el mismo intolerancia a los Carbohidratos, MPF DIU.

Consulta externa: 02/01/02.

Dismenorrea moderada, tratamiento con nimesulide DIU retirado.

Nuevo embarazo resuelto 20/06/03 Intolerancia a los CHOS cesárea por falta de progreso del TDP. MPF DIU. Nueva consulta 18/08/03 con CTOG normal, no referencia al dolor pélvico.

### **Caso clínico 3.**

Nombre: STS. Expediente: 108998.

AHF: Negados.

APP: Negados.

AGO: Menarca 13 años, ciclos 30x5, IVSA 19 años PS 2, gestas 2, partos 1.

1ª vez: 24/01/96.

23 años. Embarazo de 13.5 SDG, masa anexial derecha, amenaza de aborto, miomatosis uterina. Se realiza laparotomía a las 15.6 SDG con ooforectomía derecha con estudio transoperatorio cistoadenoma papilar (Borderline).

Cesarea a las 37.2 SDG y toma de biopsias todas negativas. MPF DIU.

Consulta externa: 20/06/97.

Dismenorrea moderada manejada con AINES. Crioterapia por eversión glandular cervical.

Consulta externa: 24/11/99.

Continua con dismenorrea manejada con Bentyl y dixonal 40.

Consulta externa: 19/07/00.

Ginecología reporta dismenorrea severa con irradiación a extremidades inferiores y espalda, alteraciones intestinales no especificadas, fondos de sacos dolorosos, se programa para Neurectomía Presacra y segunda mirada oncológica.

Cirugía: 17/08/00.

Se realiza Neurectomía Presacra, electrofulguración de focos endometriósicos en fondo de saco, paredes laterales, evento sin complicaciones. Endometriosis mínima.

Consulta externa: 08/12/00.

Se reporta asintomática, alta.

Urgencias: 30/10/01.

Dismenorrea incapacitante se da tratamiento con profenid y ketorolaco, alteraciones intestinales.

Consulta externa: 11/12/01.

No hay dismenorrea, distensión abdominal e indigestión tratamiento sintomático.

Cirugía: 21/04/04.

Diagnóstico de hiperpolimenorrea y dismenorrea, se realiza histeroscopia quirúrgica, se resecan 3 polipos, no complicaciones.

Consulta externa: 21/05/04.

Eumenorreica y asintomática, alta.

**Caso clínico 4.**

Nombre: CL. Expediente: 149322.

AHF: Negados.

APNP: Originaria y residente del DF, licenciada, dedicada a ventas, católica, unión libre, aerobics, niega toxicomanías, no alergias ni transfusionales.

APP: Negados.

AGO: Menarca 10 años, ritmo 30x5 dismenorreica, IVSA 15 años, PS 2. Gesta 1, aborto 1 x aborto espontaneo LUI sin complicaciones en 1999.

1ª vez: 06/12/01.

26 años. Refiere dismenorrea incapacitante desde la menarca, manejada con diversos tratamientos a base de AINES sin mejoría, desea embarazo. Talla 1.51 cm, peso 51.5 kg, IMC 22.58. Se indico synarel el cual lo suspendió por intolerancia al medicamento, suspende deseo de embarazo por problemas personales, se le propone laparoscopia quirúrgica.

Cirugía: 07/08/02.

Se realiza Neurectomía Presacra sin complicaciones, no se reprotá patología asociada. Se egresa sin tratamiento específico.

Consulta externa: 09/09/02.

No desea embarazo, continúa con dismenorréica, sin embargo mejoría en el dolor de un 60%, se indica tratamiento con profenid previo a la menstruación. Alta.

**Caso clínico 5.**

Nombre: DSGG. Expediente: 143484.

AHF: Padre con HASC y DM, Madre con HASC y trombosis venosa profunda de miembro pélvico izquierdo.

APNP: Originaria y residente del DF, soltera, católica, licenciatura en entrenamiento deportivo, maestra en aerobics, niega toxicomanías, alergias y transfusionales.

APP: Negados.

AGO: Menarca 13 años, ciclos 25x5, IVSA 24 años, PS 1, MPF preservativos.

1ª vez: 23/01/01.

26 años nuligesta, dismenorrea incapacitante acompañada de distensión abdominal, náusea, vómito y parestesias, pérdida de la conciencia. Utero de 9x6 cm no doloroso, se reporta USG normal. Se da tratamiento con Nimesulide.

Talla 160 cm, peso 56 kg, IMC 21.87.

En consulta subsecuente, estreñimiento, galactorrea, leucorrea fetida, lumbalgia derecha, dolor en fosa iliaca derecha irradiación a región interna del muslo. Tratamiento con trimebutina. Se programa para cirugía laparoscópica.

Cirugía: 03/05/01.

Se realiza Neurectomía Presacra, resección de endometriosis (la cual se reporta como leve), complicaciones reportadas, una laceración 0.5 cm en epiplón y mesenterio subyacente asociado a punción con trocar principal.

Evolución: 04/05/01.

Presenta vómito, náusea, las radiografías abdominales alteradas, en ayuno se envía a UCIA por mala evolución.

Cirugía: 07/05/01.

Se realiza Laparotomía, se reporta perforación en ileón de 1.3 cm, otra a nivel del ángulo de Treitz de 0.5 cm que abarca cara anterior y posterior. Abundante material purulento y natas de fibrina, resección intestinal e ileostomía, triple esquema antimicrobiano.

UCIA: 03/07/01.



Paciente a los 61 días post neurectomía presacra, 58 post ileostomía, se envía a UTQ para cierre de ileostomía. Se envía a piso y presenta fiebre a las dos semanas, se diagnóstica abscesos de pared abdominal drenados bajo guía ultrasonográfica.

20/07/01.

Se realiza laparotomía exploradora por mala evolución se reporta hematoma en corredera parietocolica, se deja saratoga en fonde de saco posterior.

Evolución 27/07/01.

Se egresa del hospital por mejoría, afebril.

Consulta externa: 24/09/01.

Asintomática, mejoría de la dismenorrea, AINES y vigilancia del ciclo menstrual, actualmente vista por oncología por mastopatía fibroquística programada para excisión local el 01/09/04.

### **Caso clínico 6.**

Nombre: LGSA. Expediente: 140501.

AHF: Hermano con VIH. Madre y abuela materna con Osteoartritis.

APNP: Originaria y residente del DF, Unión libre, educadora, dedicada al hogar, católica, niega toxicomanías, no alergias ni transfusionales.

APP: 3 laparoscopias por endometriosis pélvica, donde se refiere fulguración de focos endometriósicos y adherenciolisis en los años 1988, 1993 y 1996.

Laparotomía en 1994 se realizó adherenciolisis y fulguración de fondos endometriósicos.

AGO: menarca 12 años, ciclos de 30x4 dismenorreica, IVSA 19 años, PS 2, nuligesta.

1ª vez: 17/08/00.

33 años de edad, nuligesta, esterilidad primaria, factor tuboperitoneal. Refiere dismenorrea severa, dispareunia y dolor lumbar. Talla 159 cm, peso 66 kg, IMC 26.4 kg/m<sup>2</sup>. Se inicia protocolo de estudio para pareja infertil.

Consulta externa: 29/08/01.

Se programa para laparoscopia diagnóstica y posterior estimulación ovárica e inicio de inseminaciones artificiales homólogas. El USG utero de 63x35x48 con endometrioma en ovario derecho de 6x4 resto normal.

Cirugía: 03/06/02.

Se realiza Neurectomía Presacra más resección de focos endometriósicos, decapsulación de quiste endometriósico izquierdo, se reporta endometriosis moderada. Histeroscopia normal. No se reporta complicaciones. Tratamiento con Synarel por 3 meses.

Consulta externa: 02/05/03.

Posterior a 7 ciclos de inseminación artificial homóloga más hiperestimulación ovárica controlada sin éxito. Candidata a FIVTE. Suspende tratamiento por problemas familiares.

Consulta externa: 04/05/04.

Ginecología reporta mejoría en la dismenorrea se egresa con Vioxx PRN. Alta.

### **Caso clínico 7.**

Nombre: LMC.

Expediente: 149640.

AHF: Padre con DM.

APNP: Originaria del DF, residente del Estado de México, Licenciada en Administración, actualmente desempleada, casada, católica, niega toxicomanías.

APP: Appendicectomía a los 17 años.

Laparoscopia por endometriosis en el 2000.

Laparoscopia por endometriosis con probable ooforectomía parcial derecha.

AGO: Menarca 11 años, ciclos de 29x5 dismenorreica, IVSA 20 años, 1 pareja sexual, MPF hormonal inyectable.

1ª vez: 14/12/01.

Esterilidad primaria, 28 años de edad, nuligesta, endometriosis. Talla 152 cm, peso 59.5 kg, IMC 25.75 kg/m<sup>2</sup>, exploración física y USG normal. Se indica tratamiento con Synarel por un año, posteriormente inseminaciones con estimulación con Gonal.

Consulta externa: 03/05/02.

Reproducción asistida, presenta dismenorrea incapacitante secundaria a inseminaciones las cuales se reportan sin éxito. Se programa para laparoscopia.

Cirugía: 07/05/02.

Se realiza Neurectomía Presacra, se reporta endometriosis moderada, resección con laser, endometrioma puncionado en ovario derecho, salpinges permeables, hidrosalpinx izquierda, evento sin complicaciones. Se realiza nueva cirugía el 31/10/02 donde se realiza resección de quiste de ovario izquierdo y fimbrioplastia, adherenciolisis extensa.

Reproducción asistida: 28/02/03.

Transferencia de embriones, 5 embriones sin éxito.

Consulta externa: 09/09/03.

Embarazo de 6-7 SDG espontáneo. Resolución al término por cesárea sin complicaciones. Alta.

## **Descripción de la realización de la Tesis.**

Planeada para realizar un estudio prospectivo, aleatorizado doble ciego comparativo de dos procedimientos quirúrgicos evaluando la eficacia y seguridad de los mismos, se realizó el diseño de estudio con un marco teórico actual, además con un diseño ya señalado, se indicaron los procedimientos a realizar, los criterios de inclusión y exclusión, se buscó la forma de ingresar pacientes que tuvieran el padecimiento de las cuales ya se habían seleccionado 12 que se les facilitó el ingreso al instituto pero que tuvieron que ser canalizadas a ginecología ya que no se contaba con autorización para manejarlas nosotros, de las cuales ninguna llegó a nuestras manos ya que se quedaron a cargo de ginecología quienes decidirían su manejo, se había planeado la manera de selección para cada procedimiento, se contaba con el apoyo de recursos materiales y personal para la realización, se incluyó una escala de dolor validada la cual sería utilizada para la evaluación de la eficacia.

Se habían presentado en dos ocasiones el protocolo el cuál había sido aceptado por lo cual se disponía ya con una metodología para la captación de pacientes, evaluación y asignación del procedimiento que se les sería aplicado. Surgió la necesidad de incluir a un nuevo cirujano para realizar la ablación de utero sacros para evitar el sesgo del cirujano inicial quién pudiera tener cierta preferencia por uno de los procedimientos, se comentó el protocolo con el departamento de ginecología para incluir a un nuevo cirujano, evaluando el protocolo por este servicio se concluyó que los procedimientos serían complicados ya que no se tenía en el instituto experiencia importante en estos procedimientos por lo que se negó la autorización para seguir con lo planeado. Se argumenta la escasez de pacientes candidatas para el estudio y la dificultad de los procedimientos, sin el apoyo para esto se decide una comparación retrospectiva en base a la experiencia del instituto y así evaluar la eficacia y la seguridad de los mismos.

Se inició la búsqueda de pacientes que hubieran sido operadas por laparoscopia y a las que se les realizó cualquiera de los dos procedimientos. El primer obstáculo fue la desaparición de la libreta de procedimientos laparoscópicos que se manejaba en la unidad tocoquirúrgica, se recurrió entonces a la búsqueda en las libretas de enfermería y de médicos en donde se registraban todos los procedimientos quirúrgicos, el resultado de la búsqueda fue poco productivo ya que no se encontraron ni la mitad de las libretas las cuales se reportan extraviadas.

Se decidió la búsqueda solicitando la ayuda del departamento de estadística quien se vió limitado ya que estos procedimientos no se reportaban bajo la clasificación de enfermedades actual (CIE), se busco entonces pacientes bajo los diagnósticos posibles que pudieran haber concluido e involucrado una intervención de este tipo. La lista arrojada fue de 390 expedientes dentro donde algunos se

encontraban ya en archivo muerto. Cabe señalar que solo se pueden solicitar 20 expedientes por día para consultarlos.

Los diagnósticos utilizados para la búsqueda fueron, dolor pélvico crónico, dismenorrea, endometriosis y patologías asociadas a dolor abdominal en el período de 1999-2004.

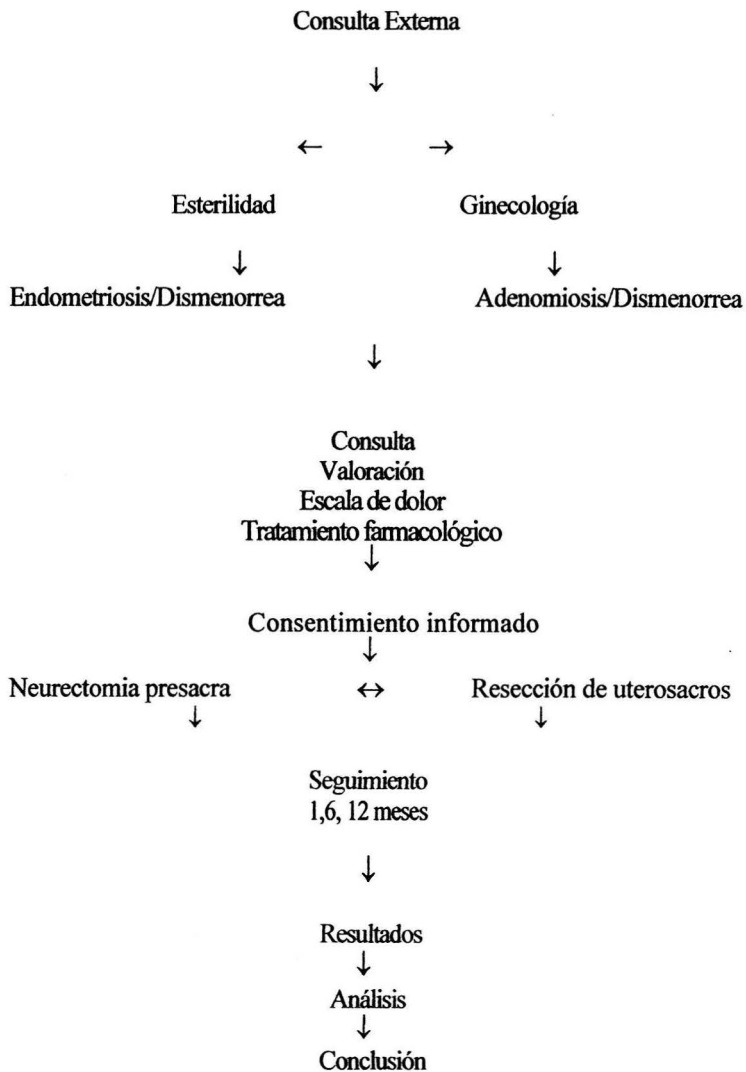
Los resultados fueron poco importantes ya que sin descartar que pudieran haberse realizado algún otro procedimiento solo se encontraron 7 expedientes que son los que se mencionan en el presente trabajo, dado el número encontrado de cada procedimiento no se puede realizar un estudio comparativo sino solo la descripción de los mismos para reportar una serie de casos.

## Propuesta para estudio con mejor nivel de evidencia

### Tipo de estudio propuesto:

Estudio controlado, aleatorizado, doble-ciego, prospectivo y longitudinal.

### Metodología



### **Lugar y duración**

Instituto Nacional de Perinatología, área de Ginecología Endoscópica. Duración variable ya que el seguimiento es a un año posterior a la cirugía.

### **Universo, unidades de observación propuesto para el Protocolo**

**Universo:** Pacientes con dolor pélvico crónico de origen central resistentes a tratamiento farmacológico.

**Unidades de observación:** Se captarán las pacientes de la consulta externa de primera vez que acudan al instituto con diagnóstico de dolor pélvico crónico. Además se invitó al servicio de ginecología y esterilidad para referir pacientes a nuestro protocolo que cumplan con los criterios de inclusión.

**Métodos de muestreo:** Casos consecutivos no probabilísticos propuesto.

**Tamaño de la muestra:** 75 pacientes en total para los dos métodos quirúrgicos.

### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes en edad reproductiva.
2. Pacientes con dolor pélvico crónico de origen central.
3. Pacientes con dolor pélvico crónico resistente a tratamiento farmacológico.
4. Pacientes que firmen consentimiento informado.

### **Criterios de no inclusión:**

1. Pacientes con contraindicación para procedimiento laparoscópico.
2. Pacientes con dolor pélvico crónico que no sean de origen central (ejemplo salpinge, ovario, estructuras extra pélvicas).
3. Pacientes con dolor pélvico que tengan buen manejo con tratamiento farmacológico.

### **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes que no completen el seguimiento.

## **VARIABLES EN EL ESTUDIO**

### **Independientes:**

- Edad de la paciente.
- Antecedentes Ginecológicos.
- Padecimientos asociados.
- Estado emocional de la paciente. (Depresión, ansiedad)
- Cirujano.
- Antigüedad del padecimiento y tratamientos previos.

### **Dependientes:**

- Dolor medido con una escala aplicable, evaluada al mes, 6 meses y 12 meses.
- Tipo de Cirugía.

**Aspectos éticos:** Se ofrece procedimiento terapéutico evaluado en seguridad y eficacia con riesgos mínimos reportados. Se compara con otro procedimiento con seguridad y eficacia también ya reportada. Se anexará hoja de consentimiento informado.

### **Recursos Humanos:**

- Residente de ginecología para canalizar pacientes al protocolo.
- Enfermera asistente para valoración de las pacientes.
- Médico adscrito especialista en laparoscopia con excelente capacitación para la realización de los procedimientos.
- Médico analista para evaluar y corregir el diseño metodológico del protocolo.

### **Recursos Materiales:**

- Consultorio en la consulta externa para evaluar y entrevistar a las pacientes captadas.
- Sala quirúrgica con laparoscopio y sistema de grabado.
- Equipo quirúrgico para cada procedimiento.



1) La escala de dolor que se utilizará está validada y se manejará en base a una tabla numérica del uno al diez donde 0 será para ausencia de dolor, 5 para dolor intermedio y 10 para dolor no tolerable evaluando los 5 primeros días de la regla. Además se correlacionará con una escala del 0 al 4 con el grado de interferencia que ocasiona el dolor con las actividades diarias; 0= sin interferencia, 1= poca interferencia, 2= moderada interferencia, 3= me es imposible trabajar, y 4= necesito estar en cama.

2) La carta de consentimiento informado contempla el nombre de la paciente con su firma autorizando el manejo propuesto por el protocolo, además de una explicación simple y entendida de la finalidad del mismo acompañada de una entrevista contemplando los mismos puntos dejando por escrito que son tratamientos quirúrgicos con eficacia comprobada además de explicar ampliamente en que consisten y sus probables complicaciones.

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: \_\_\_\_\_ . Expediente: \_\_\_\_\_ .  
 Edad: \_\_\_\_\_ . Gestas: \_\_\_\_\_ . P: \_\_\_\_\_ . C \_\_\_\_\_ . A \_\_\_\_\_ .  
 Talla: \_\_\_\_\_ . Peso: \_\_\_\_\_ . IMC: \_\_\_\_\_ .  
 AHF: \_\_\_\_\_ .  
 APNP: \_\_\_\_\_ .  
 AGO: \_\_\_\_\_ .

Sintomatología previa: \_\_\_\_\_ .  
 Diagnóstico prequirúrgico: \_\_\_\_\_ .  
 Tratamiento Prequirúrgico: \_\_\_\_\_ .  
 Cirugía  
 Técnica: \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .

Hallazgos transquirúrgicos: \_\_\_\_\_ .  
 Tratamiento postquirúrgico: \_\_\_\_\_ .  
 Citas Subsecuentes:  
 a) \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .  
 b) \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .  
 c) \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .  
 d) \_\_\_\_\_ .  
 \_\_\_\_\_ .

Fecha: \_\_\_\_\_ . Elaboró: \_\_\_\_\_ .

ESTA TESIS NO SALI  
 DE LA BIBLIOTECA