

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



“Colposacropexia y técnica de moschcowitz en pacientes con prolapso de cupula vaginal “

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dra. Yolanda Licona Rangel

ISSSTE
HOSPITAL GENERAL DR DARIO FERNANDEZ FIERRO



MEXICO, D.F. A 27 DE OCTUBRE DEL 2006



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 MIS PADRES, ABUELA Y HERMANO.

Mamá Yola : Doy Gracias por tener una ángel en mi vida que me ha enseñado y orientado durante todo este tiempo, que me ha dado amor, cariño y fuerza para seguir adelante a pesar de las adversidades, y formarme como una persona útil . Te quiero mucho.

Ma Virgen :Gracias por darme ese amor y cariño y decirme que soy fuerte .

Hermano : Gracias de verdad mil gracias por darme ese cariño , respeto, apoyo durante toda mi vida y siempre estar a mi lado. Eres una gran persona.

Papito: A pesar de que ya no esta aquí eres mi guía en todo momento.

A MI FAMILIA: GRACIAS POR CREER EN MÍ Y POR SU APOYO.

MEDICOS ADSCRITOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA:

Gracias a cada uno de ellos que me brindaron durante estos 4 años sus conocimientos, experiencias, sabiduría y confianza para formarme como especialista y lograr una meta más en mi vida.

Compañeros y amigos residentes gracias por tenerme la paciencia, y brindarme buenos y malos momentos de los cuales aprendimos durante este tiempo.

Gracias amigas:

Cintya : Gracias por brindarme durante estos 4 años de la especialidad tu amistad, paciencia, confianza , lealtad , cariño , y llenar mi vida de grandes y agradables momentos.

Reyna: Amiga de toda mi vida, mil gracias por esa amistad que es maravillosa.

GRACIAS A TI PAPA DIOS POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE VIVIR, POR ESE AMOR ICONDICIONAL Y MISERICORDIA QUE ME HAS BRINDADO.

PRÓLOGO

Nuestra profesión tiene como premisa el cuidado y vigilancia de la salud de nuestras pacientes, las cuales presentan diferentes cambios a través de su transición en al etapas de su vida, todas ellas de interés porque cada una guarda cambios que implican cambios emocionales y físicos en las persona, compañera del hombre y dadora de emociones, procreadora de los hijos y vigilante constante del buen manejo familiar, es de esperar nuestro interés en una etapa en la cual el climatérico presenta una serie de cambios físicos siendo uno de ellos las diferentes distopias genitales, que alteran la vida social y sexual, se integra la presente tesis en la cual se plantea una técnica quirúrgica para el manejo del prolapso de cúpula vaginal, técnica que no es nueva sin embargo no se realiza en forma habitual, y el propósito es establecerla y que nuestro grupo de médicos la tenga como una opción de terapéutica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al enfrentarnos con pacientes en la consulta externa del servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro con una complicación como es el **prolapso de cúpula vaginal** y es poco frecuente en nuestro medio y la cual se puede presentar en meses u años después de haberse realizado una histerectomía ya sea vaginal o abdominal nos vemos ante un reto ya que debemos de proporcionar alivio permanente ,integridad y restablecimiento de las funciones normales de las estructuras que forman el piso pélvico y mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes, por lo que se plantea **implementar la técnica quirúrgica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y técnica de moschcowitz en pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea abdominal o vaginal a través de documentación y experiencias en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.**

Ya que no se encuentran antecedentes sobre la aplicación y experiencias de esta **Técnica quirúrgica en las Instituciones de Salud en nuestro País**

ANTECEDENTES

Desde los tiempos de Hipócrates, se conoce que las mujeres se quejan de la protrusión de los tejidos vaginales, en la actualidad las mujeres alcanzan edades mas avanzadas y se ven mas casos de eversión masiva de la vagina siendo este un problema, que no amenaza, ni acorta la vida, disminuye significativamente la calidad de vida, considerándose una causa de discapacidad y limitación de muchas de sus actividades

cotidianas, por ello constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecólogo el proporcionar alivio permanente, integridad y restablecimiento de las funciones normales de las estructuras que forman el piso pélvico, mas aun al enfrentarse a un desafío mayor como es el prolapso de cúpula después de una histerectomía ,sea vaginal o abdominal, junto con la ocurrencia simultanea de otros defectos del soporte de la pelvis .⁽¹⁾

Los acontecimientos importantes de la historia del tratamiento quirúrgico de la eversión dirigida hacia la restauración de la anatomía y la función de la vagina se realizaron revisiones bibliográficas más de 43 bien documentadas de las operaciones realizadas para el prolapso de cúpula vaginal tanto por vía abdominal como vaginal.⁽¹⁾

Las operaciones abdominales o combinadas, abdominal–vaginal para el prolapso de la cúpula vaginal han sido descritas por Ward, Langmade y cols., Richardson y Williams, Beechman, Ridley y otros⁽¹⁾ Unas breves descripciones de estas operaciones han sido revisadas por Addison y col. La técnica abdominal mas ampliamente aceptada es la COLPOSACROPEXIA SACRA ABDOMINAL.⁽¹⁾⁽²⁾

Las publicaciones tempranas de Arthure, Savage y Falk describían la fijación directa del útero prolapsado al saco a través de una insición abdominal. Embrey utilizo un puente suspensorio de la fascia abdominal para efectuar esta fijación, el concepto de utilizar un material interpuesto para la suspensión de la cúpula vaginal al sacro fue una innovación que hizo posible la suspensión sin tensión esto es importante si la longitud

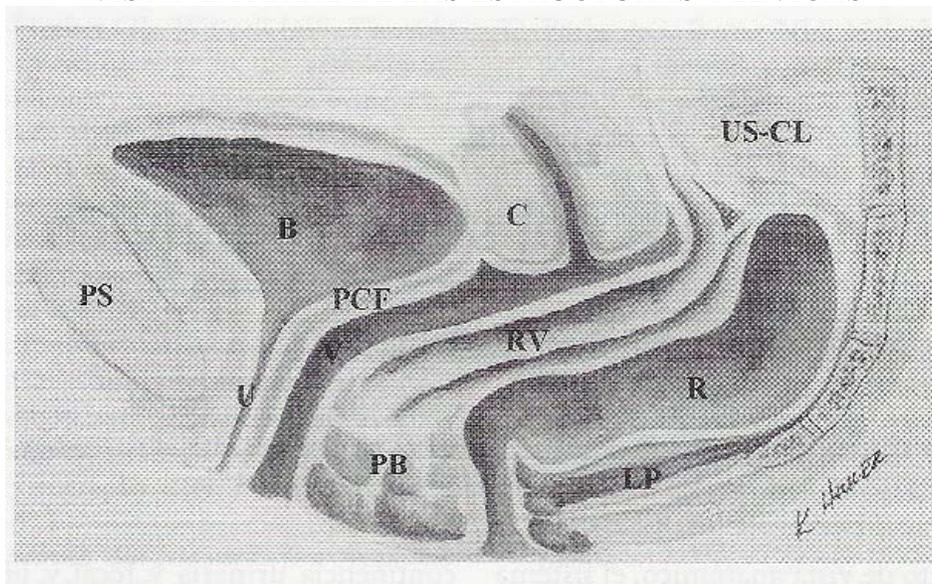
de la vagina ha sido comprometida por cirugías previas, en cuyo caso la cúpula vaginal no puede extenderse al sacro para su fijación teniendo buenos resultados. Birnbaum utilizó malla de teflón y enfatizó la importancia y ventajas de esta técnica para restablecer el eje vaginal normal y preservar la profundidad vaginal. Paul Zwifel en Alemania fue probablemente el primer médico que intentó una solución quirúrgica de este problema ya que en 1892 describe una técnica de fijación sacrotuberosa para la suspensión de la cúpula vaginal. En 1912 Moschcowitz Av. Realiza la culdoplastia por vía abdominal. En 1925 Lefort describe la primera colpocesis. En 1927 Miller describe la primera suspensión de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros. En 1951 la idea de fijar la cúpula vaginal a la pared pélvica posterior baja corresponde a al austriaco Amreich quien en 1942 describió la VAGINE FISURA SACROTUBERALIS VAGINALIS fijaba la cúpula vaginal al Ligamento Sacrotuberoso. En 1968 Ritcher , alumno de Amreich describe la primera fijación al ligamento sacroespínoso para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal. En 1963 Inmon describió la primera fijación al ligamento iliococcígeo para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal, un estudio de casos y controles de Christopher y cols, comparó entre la fijación de la cúpula vaginal al ligamento Sacroespínoso–Iliococcígeo, no encuentra diferencias entre las dos técnicas en cuanto a eficacia, incidencia de cistocele postoperatorio, dolor y hemorragia.

En 1962 Lane realiza la primera colposacropexia con malla por vía abdominal. En 1992 siguiendo las publicaciones de Cowan, Morgan, Hendee, Berry, Addison, Zinder, Krantz Timmons y cols DEMOSTRARON LA EFICACIA DE LA COLPOSACROPEXIA ABDOMINAL con el empleo de un puente suspensorio sintético para la corrección duradera del prolapso de cúpula vaginal. En 1994 Dorsey y Cundiff y Nezhat llevaron a cabo las primeras descripciones de la colposacropexia por laparoscopia ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

ANATOMIA DEL SOPORTE PÉLVICO

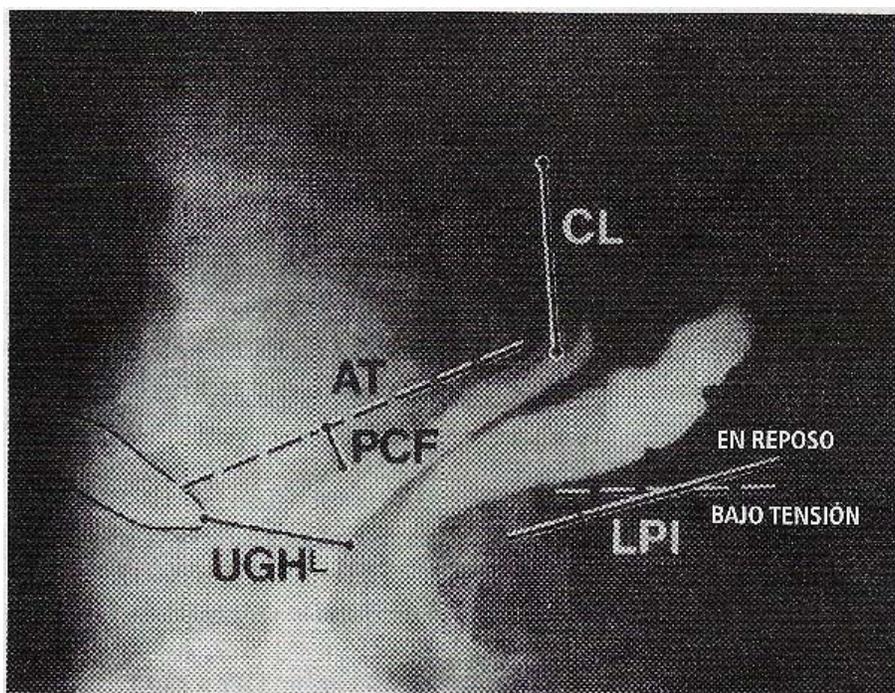
El sistema de soporte visceral pélvico se localiza entre el peritoneo parietal y la fascia parietal que recubre la cuenca muscular de la pelvis femenina. La finalidad de este sistema de apoyo es conservar las relaciones espaciales entre el cuello uterino y la vagina, la vejiga, la uretra, el recto y el conducto anal entre sí dentro de los confines de la pelvis.⁽³⁾ La función primordial de estos órganos consiste en el almacenamiento, distensión y evacuación y deben conservarse sus relaciones anatómicas normales a fin de llevar a cabo sus funciones fisiológicas dentro de la normalidad. En la mujer nùlipara en posición de pie, la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto se orientan en un eje más horizontal, de manera particular cuando se incrementan las presiones pélvicas. La placa elevadora del suelo pélvico es paralela a estos órganos y suministra un retén dinámico muscular contra ellos. Esta orientación es de importancia crucial para prevenir el prolapso de los órganos pélvicos. Cuando la porción superior de la vagina se halla en su posición normal, el cuello uterino lo está nivel de las espinas isquiáticas. El fondo de saco vaginal posterior se extiende sobre el cóccix, por detrás, la parte baja del sacro, a nivel medial, y los ligamentos sacroespinosos en sentido lateral. La uretra, el tercio distal de la vagina y el conducto anal poseen una orientación más vertical. Cada uno mide de 3 – 4 cm de longitud, estos elementos pélvicos más bajos reciben el apoyo del cuerpo peritoneal y los trígonos urogenital y anal del perineo. Cuando se trastornan estas relaciones anatómicas normales, sobreviene a menudo la disfunción en la forma de incontinencia urinaria y fecal y prolapso vaginal.⁽³⁾

VISTA LATERAL DE LAS ESTRUCTURAS PELVICAS



B vejiga, C cuello uterino, LP placa elevadora , PB cuerpo perineal, PCF fascia pubocervical, PS sínfisis del pubis , R recto , RV tabique rectovaginal, U uretra, US-CL complejo de los ligamentos uterosacos y cardinales, V vagina.

VISTA LATERAL DE LAS ESTRUCTURAS PELVICAS



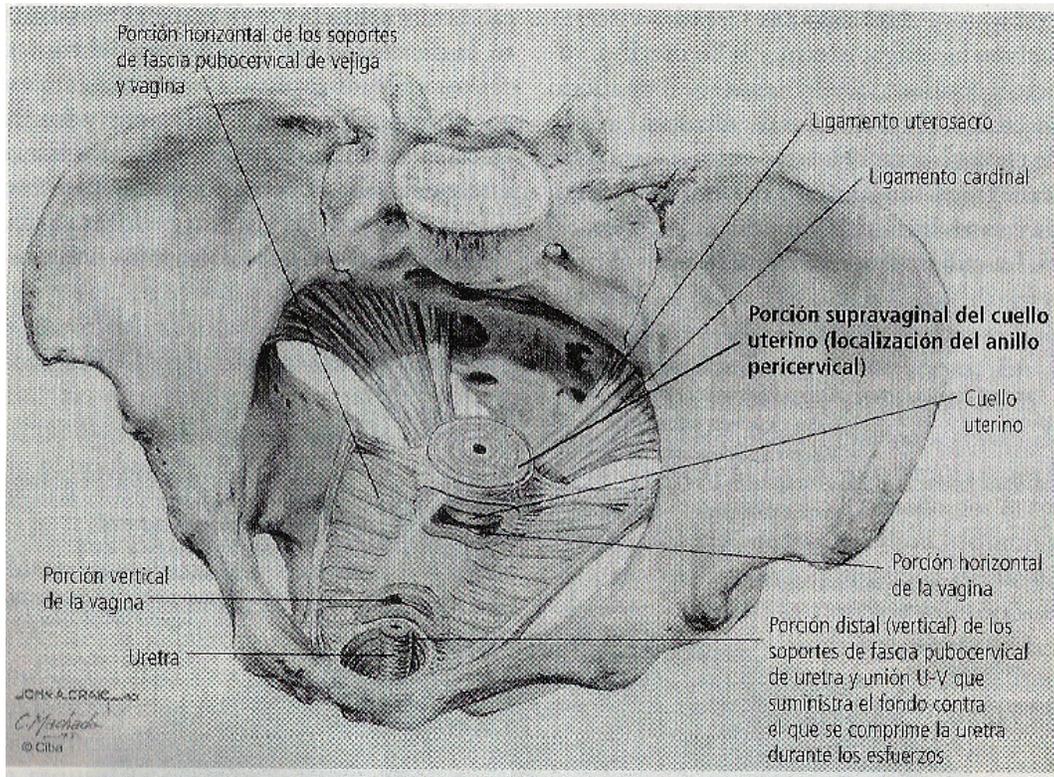
Vista en posición de pie en una radiografía lateral de pelvis

AT arco tendinoso de la fascia pélvica, CL ligamento cardinal, LPI inclinación de la placa elevadora (en reposo línea continua , bajo tensión línea continua) PCF fascia pubocervical. UGUL longitud del hiato urogenital.

Al sistema de soporte visceral pélvico lo integran tejidos conjuntivos viscerales que rodean y apoyan de manera mecánica a las vísceras pélvicas y sus vasos nervios, ganglios y conductos linfáticos. Estos soportes viscerales forman una redecilla desde el reborde pélvico a lo largo de la parte más alta de las paredes laterales y la dorsal de la pelvis hasta el nivel anatómico de la espina isquiática donde toda la red prosigue en sentido horizontal, en la mujer que se encuentra en posición erguida, hasta los músculos obturadores internos hacia los lados y de los huesos púbicos y el cuerpo perineal por debajo. Esta red de apoyo se continúa y es interdependiente con la cuenca pélvica muscular tridimensional. sin embargo, dichos tejidos conjuntivos viscerales varían en composición, espesor, fuerza y elasticidad según los requerimientos mecánicos y fisiológicos de soporte en cada localización particular dentro de ella.⁽³⁾

Los soportes viscerales más altos para el cuello uterino y la parte alta de la vagina (COMPLEJOS DE LOS LIGAMENTOS CARDINALES Y UTEROSACROS) son cintas suspensorias flexibles llamadas también vainas tónicas. Por su parte los soportes horizontales medio pélvicos de la fascia pubocervical y tabique rectovaginal son de tejidos más densos o tabiques propiamente dichos, que tienen como finalidad hacer las veces de soporte central a manera de hamaca y establecer inserciones laterales contra las paredes musculares para suministrar apoyo a la vejiga y el recto. Los tejidos de soporte pélvico más bajos son muy fuertes y se fusionan con la fascia parietal del músculo pubococcígeo y el cuerpo perineal con el objeto de estabilizar la uretra, el tercio inferior de la vagina y el conducto anal. En última instancia, los tejidos conjuntivos viscerales y sus cintas e inserciones septales se conectan con la fascia parietal de la cuenca pélvica muscular, que está firmemente adherida a la pelvis ósea.⁽³⁾

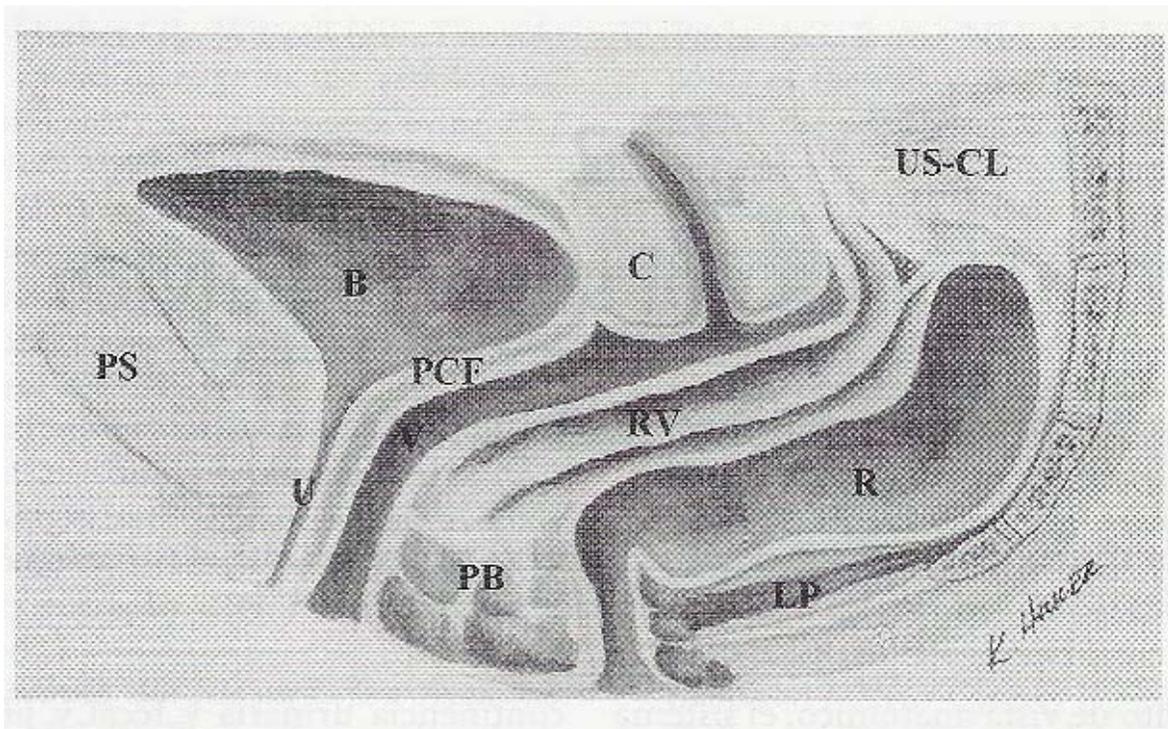
SOPORTES VISCERALES E INSERCIONES DEL CUELLO, VAGINA. VEJIGA Y RECTO.



Desde el punto de vista **mecánico** la fascia parietal es una matriz densa de tejido conjuntivo conformada por fibras de colágena predominantemente que entran en coalescencia con fascículos gruesos, que a continuación se entrelazan en una lámina tridimensional muy fuerte. El riego vascular es limitado y son escasos los fibroblastos activos dentro de este tejido conjuntivo denso. La fascia parietal cubre la cuenca muscular esquelética dentro de la pelvis. En contraste, la fascia visceral es una red tridimensional laxa de colágena, elastina y músculo liso con un riego vascular más rico. Esta red expansiva contiene una sustancia básica blanda con diferentes células de tejido conjuntivo diseminadas a lo largo de sus fibras. Esta matriz visceral rodea y soporta a nivel periférico a las vísceras de las cavidades abdominal y pélvica. La fascia visceral es flexible y elástica, pero solo dentro de ciertos parámetros. Si este tejido conjuntivo visceral se estira de manera mecánica más allá de estos límites, se rompen, la identificación de la fascia visceral pélvica es el concepto clave sobre el que descansan los conocimientos actuales de los defectos del soporte pélvico.⁽³⁾

La **fascia visceral pélvica**, conocida también como **fascia endopélvica**, tienen; Dos funciones de primera importancia.

La primera consiste en suspender las vísceras de manera mecánica sobre el suelo pélvico.⁽³⁾ En la mujer de pie, la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto se encuentran en un eje más horizontal, sobre la placa elevadora muscular, tal orientación horizontal crea un mecanismo de válvula de aleta que es de importancia crítica para prevenir el prolapso vaginal.⁽³⁾



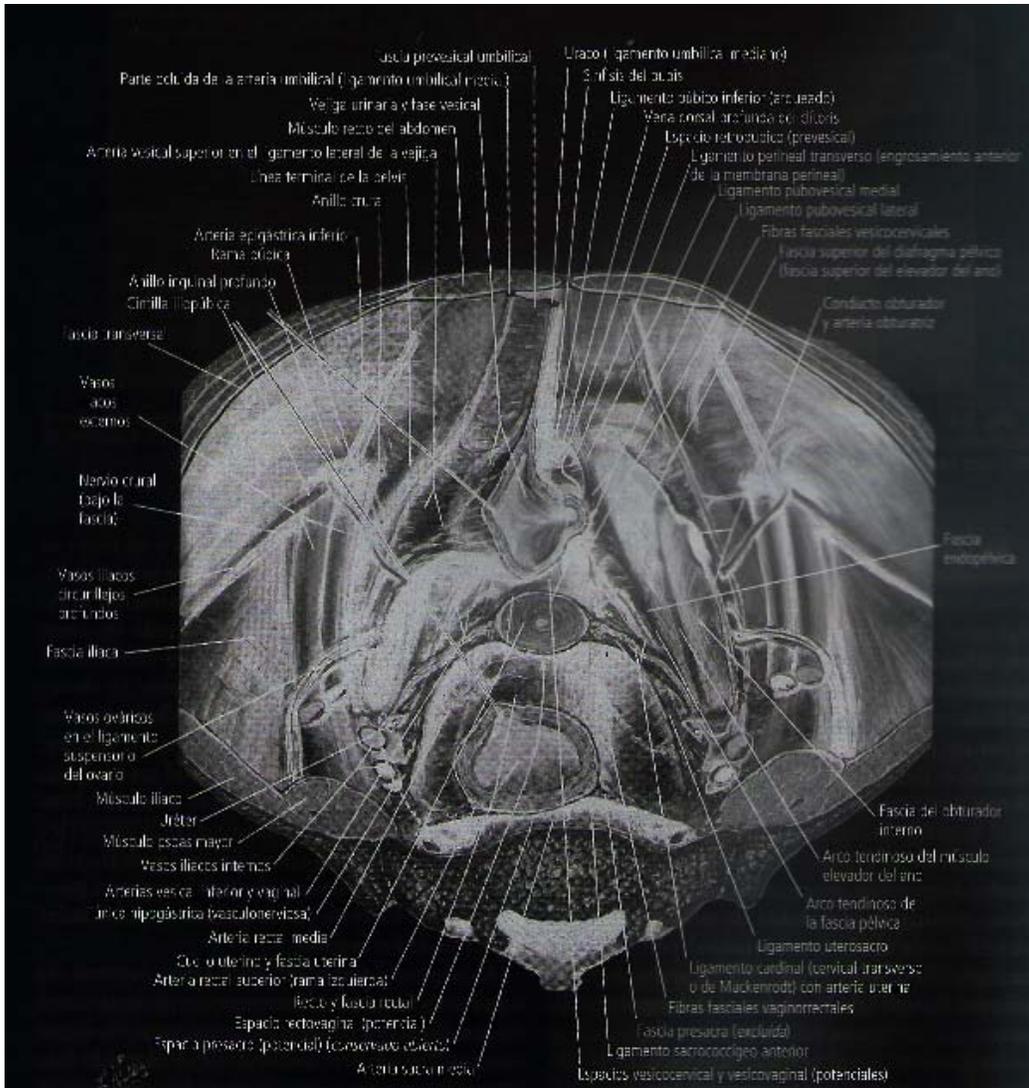
Durante la elevación de la presión abdominal o los esfuerzos de vansalva, la fuerza generada induce un empuje perpendicular hacia abajo contra el eje longitudinal de la vagina y las vísceras pélvicas, esta fuerza comprime los órganos contra la placa elevadora, que se contrae de manera simultánea, el atrapamiento resultante, lo mismo que la contracción del hiato elevador muscular, previene el prolapso de los órganos.⁽³⁾ La segunda finalidad de la fascia visceral de soporte es funcionar como un conjunto de conductos flexibles y soportes físicos para los vasos sanguíneos, los nervios viscerales y el tejido linfático que sirven a las vísceras.⁽³⁾ En este caso la función se puede clasificar en dos amplias categorías:

A.) cápsulas faciales viscerales y

B.) cintas suspensoras de soporte e inserciones septales (túnicas y tabiques).

Las cápsulas faciales viscerales envuelven la vejiga, uretra, cuello uterino, vagina, recto y conducto anal y se insertan de modo estrecho en la cubierta de músculo liso circundante de cada víscera. Dentro de estas cápsulas se reconocen vasos sanguíneos, nervios viscerales, ganglios y vasos linfáticos y tejido adiposo (tejido areolar). La cubierta facial de cada víscera hueca suministra soporte durante el almacenamiento, la distensión y la evacuación del contenido.⁽³⁾

Por añadidura, estas cápsulas viscerales sirven como inserciones para las vainas y los tabiques faciales viscerales. Dichos elementos faciales envuelven a todos los componentes anatómicos que discurren desde las vísceras pélvicas y hacia ellas.⁽³⁾ Al hacerlo, conectan los órganos pélvicos con la fascia parietal que recubre a músculos y huesos y los fija contra las paredes pélvicas, posteriores, laterales y anteriores. Las túnicas y tabiques faciales endopélvicas varían en cuanto resistencia, espesor, y composición, según sean las necesidades de soporte de esa zona en particular dentro de la pelvis.⁽³⁾



La integridad de la red de soporte pélvico depende de los elementos que constituyen la pelvis: huesos, ligamentos, músculos, fascia parietal y tejido conjuntivo visceral de soporte, como se ha descrito. A continuación se unifican en los conceptos anatómicos importantes para explicar el soporte visceral pélvico.⁽³⁾

PELVIS ÓSEA

La pelvis ósea es una concha rígida exterior sobre la que se insertan los músculos pélvicos y los ligamentos óseos. El hueso coxal, conocido también como iliaco, se articula por detrás con el sacro a nivel de las articulaciones sacroiliacas y por delante con el hueso púbico a nivel de la sínfisis del pubis. La pelvis ofrece carga de peso, locomoción y soporte a los órganos pélvicos y las estructuras anatómicas accesorias. En adición brinda la transmisión apropiada de la presión desde la parte alta del cuerpo a través de la columna vertebral hacia las extremidades inferiores.

El hueso iliaco está formado por la fusión de tres huesos más pequeños: ilion, isquion, y pubis⁽³⁾. el ilion es la porción superior de la pelvis, el isquion conforma la porción Inferoposterior de ésta, por último, el pubis representa la sección inferoanterior.

Estos huesos de mayor tamaño se fusionan entre sí a nivel del acetábulo y se articulan en la sínfisis del pubis.⁽³⁾ El estrecho o entrada de la pelvis verdadera (línea terminal) se constituye en ambos lados la sínfisis del púbis, la rama superior de este hueso, la línea arqueada del ilion, la porción alar del sacro y el promontorio de este último en la mujer en posición erguida este estrecho crea un ángulo de 60 a 65 grados respecto al plano horizontal o suelo. El borde anterior del agujero isquiático mayor tiene una orientación casi vertical. La arteria iliaca interna discurre a lo largo de este borde y ayuda a establecer la túnica del ligamento cardinal. Este borde anterior del agujero isquiático mayor termina en una proyección roma que apunta en sentido medial llamada espina isquiática. Esta última está 2 a 3 cm por arriba del nivel de la cresta pubica. Tal orientación suministra una relación casi horizontal entre la superficie posterior del hueso púbico y la espina isquiática. Esta relación es de importancia crítica para definir el eje horizontal del soporte pélvico con objeto de comprender la manera en la que la fascia pubocervical intacta previene los cistocelos y enterocelos anteriores (prolapso de la pared vaginal anterior) y de manera en que el tabique rectovaginal intacto impide los rectocelos y enterocelos posterior (prolapso de la pared vaginal posterior). El ligamento sacroespinoso se proyecta en sentido medial y hacia atrás desde la espina isquiática hasta las superficies lateral y anterior de la porción más baja del sacro y cóccix. Este ligamento convierte a la escotadura isquiática mayor en el agujero isquiático mayor. Sobre su superficie pélvica el ligamento sacroespinoso se encuentra cubierto por el músculo coccígeo, que es muy delgado, este músculo se vuelve fibrótico y ligamentoso en las mujeres de edad avanzada. En una relación anatómica por debajo de la espina isquiática se identifica el agujero isquiático menor, por lo que discurre el tendón del músculo obturador interno en su proyección hacia su inserción sobre el trocánter mayor del fémur. El ligamento sacrotuberoso transcurre en sentido medial y hacia arriba desde la tuberosidad isquiática en dirección de las superficies laterales y posteriores de la mitad inferior del sacro. Este ligamento forma el borde posterior del estrecho pélvico y el perineo.⁽³⁾

El agujero obturador es una gran ventana oval formada por los cuerpos y las ramas del pubis y el isquion , la membrana obturatriz cubre esta abertura por delante y hacia los lados a nivel del borde del agujero obturador , se halla un surco en el cuerpo del pubis para el paso de los vasos y el nervio obturadores.

El músculo obturador interno se origina en todo el borde óseo del agujero obturador y a partir del lado pélvico de la membrana obturatriz con la finalidad de construir la pared lateral pélvica.⁽³⁾

MUSCULATURA PÉLVICA

La pelvis femenina es una cuenca de músculos esqueléticos, tiene una pared anterior, una pared posterior, dos laterales y un suelo, la parte de arriba está abierta, la pared frontal es simplemente el dorso de la sínfisis del pubis cada pared lateral se integra con el músculo obturador interno respectivo. La pared posterior se conforma con el sacro a nivel central y los músculos piramidales de la pelvis a los lados, cada uno de estos músculos se originan en las superficies anterior y lateral del sacro en sus porciones media y superior, a continuación sigue una trayectoria lateral por el agujero isquiático mayor para insertar se en el trocánter mayor del fémur, en conjunto con el tendón del músculo obturador interno, que abandona la pelvis a través del agujero isquiático menor. Los músculos elevadores del ano, al igual que el músculo coccígeo, localizado mas hacia atrás, forman el suelo de la pelvis, se observa un engrosamiento curvilíneo de la fascia parietal que cubre al músculo obturador interno desde las superficies posteriores y lateral del hueso pubis hacia la espina isquiática queda origen a los músculos elevadores del ano, este engrosamiento se denomina arco tendinoso elevador del ano , o músculo de la línea blanca, la porción anterior de cada músculo elevador del ano procede de la rama superior del hueso púbico y el extremo anterior del músculo obturador interno a lo largo de esta línea, se conoce como porción pubococcígea de los músculos elevadores del ano, cada músculo pubococcígeo rodea al tercio inferior de la vagina y se inserta en el rafe anococcígeo y sobre el cóccix.⁽³⁾

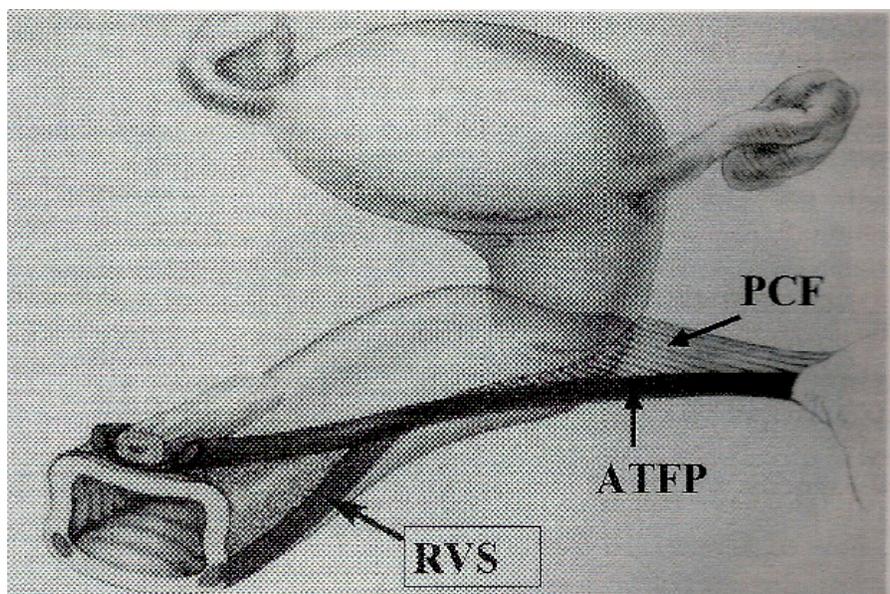
La parte más inferior y medial del músculo pubococcígeo proviene de la porción más baja del cuerpo del pubis y pasa hacia atrás alrededor del recto para formar un cabestrillo cuya finalidad es crear una unión rectoanal de 90 grados tal porción del músculo se llama puborrectal, este músculo cuando se contrae, tira de la unión rectoanal hacia la sínfisis del pubis, esa acción es de vital importancia para conservar la continencia fecal sólida, el hiato elevador es la separación especial de estos músculos en un lado desde sus músculos hermanos en el otro lado a nivel de la línea media, el surco hace posible el paso de la uretra y la vagina hacia el perineo.(3).

La porción más posterior del músculo elevador del ano es un músculo delgado, aunque aún fuerte, de solo 3 a 4 mm de espesor denominado músculo iliococcígeo, también se origina en la línea blanca muscular en su trayectoria hacia la espina isquiática, este músculo se inclina hacia abajo en dirección de la línea media y emiten fibras que se entrecruzan con la cubierta longitudinal del recto. A continuación se fusionan con su músculo hermano del lado opuesto justamente por delante del rafe anococcígeo y forma la placa elevadora, de 3 a 4 cm de largo, en la mujer que se conserva de pie, la placa elevadora posee una orientación en un plano horizontal desde la unión rectoanal hasta el cóccix la placa elevadora muscular es dinámica desde el punto de vista fisiológico, ya que cambia de modo constante su tensión para ajustar las presiones intrapélvicas cambiantes.(3) Los músculos del grupo elevador del ano reciben inervación de ambos lados, la superficie pélvica está inervada por ramos eferentes sacros, pertenecientes a los nervios sacros, segundo, tercero y cuarto, la superficie perineal o inferior recibe su inervación de ramas de cada nervio pudiendo.(3).

Es de importancia que la fascia parietal de los músculos elevadores del ano se encuentra engrosada a lo largo de la línea recta desde el arco púbico hasta la espina isquiática a cada lado, esta línea engrosada sirve como inserción final de los soportes horizontales de la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal, dicha estructura lineal se conoce como arco tendinoso de la fascia pélvica o línea blanca facial.(3).

En sentido oblicuo hacia atrás y abajo desde la línea blanca facial, a cada lado del punto medio de la vagina, se proyecta un engrosamiento de la fascia parietal sobre el

ARCO TENDINOSO DE LA FASCIA RECTOVAGINAL . TUNICAS MUSCULOS FASCIAS ESPACIOS DE LA PELVIS



Inserción del tabique rectovaginal y el arco tendinoso de la fascia pélvica a la pared lateral de la pelvis . los defectos laterales del tabique rectovaginal deben de suturarse contra la línea de inserción a nivel de la pared lateral pélvica.

RVS : Tabique rectovaginal. ATFP: Arco tendinoso de la fascia pélvica. PCF: Fascia pubocervical.

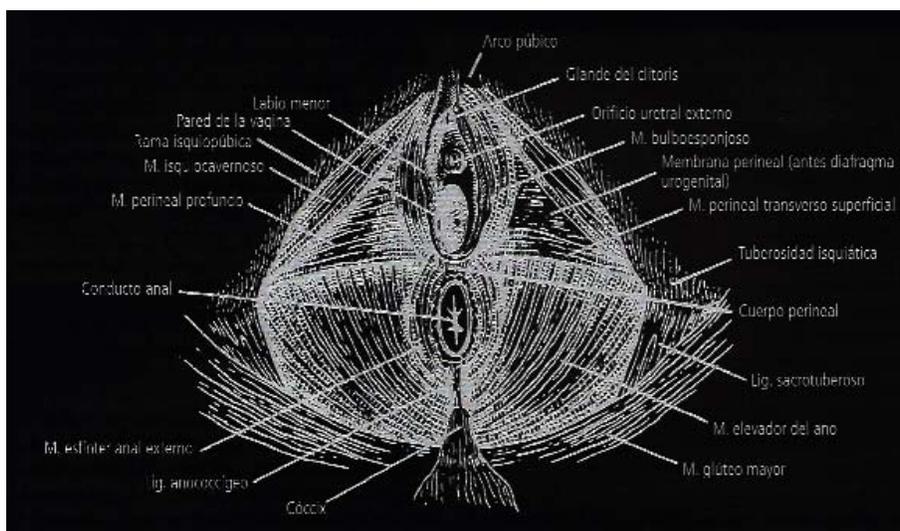
PERINEO

Por debajo de los músculos elevadores del ano se reconocen los músculos del perineo, que cubren la salida de la pelvis, esta zona está limitada por delante por el arco púbico y por detrás por la punta del cóccix , hacia los lados las ramas isquiopúbicas , las tuberosidades isquiáticas y los ligamentos sacrotuberosos otorgan al perineo una forma romboidea.(3) El perineo se puede subdividir en mayor grado aún si se traza una línea transversal enfrente de las tuberosidades isquiáticas, de este modo, la región se di-vide en dos partes triangulares , estos dos triángulos no están situados en el mismo plano horizontal, sino a su vez ligeramente angulados entre sí, la división posterior contiene el conducto anal y se conoce como triángulo anal.

La porción anterior aloja la vagina y la uretra y se conoce como triángulo urogenital , a dicho triángulo lo divide la membrana perineal en compartimentos superficial y

profundo , que se encuentran fijados al cuerpo perineal entre la vagina y el ano la estructura de soporte clave en el triángulo urogenital es la membrana perineal, que abarca el espacio entre las dos ramas isquiopúbicas , la membrana y cuerpo perineales son enlaces importantes para la conexión de la fascia endopélvica que rodea a la vagina y la uretra con los elementos fibromusculares que circundan las salidas de estas vísceras.(3)

CUERPO PERINEAL Y PERINEO FEMENINO



CUERPO PERINEAL.

El cuerpo perineal es la región del perineo ubicada entre la salida de la vagina y el ano , es una estructura piramidal tridimensional cuya orientación en la paciente erguida determina que su base sea paralela al suelo, la parte más alta del cuerpo perineal se localiza a nivel de la unión del tercio inferior y el tercio medio de la vagina , la altura del cuerpo perineal es de 3 a 4 cm, en el cuerpo perineal se insertan los músculos bulbocavernosos, los perineales transversos superficiales, una porción de los músculos elevadores del ano y otros elementos fibromusculares, de manera más notoria el tabique rectovaginal ; este último contribuye a estabilizar el cuerpo perineal en todas sus inserciones superiores a los ligamentos uterosacos y en seguida al sacro. Como resultado, existe una limitada movilidad hacia abajo del cuerpo perineal en la mujer nulípara.(3).

SISTEMA DE SOPORTE VISCERAL PÉLVICO Y EJES DE APOYO.

Una vez descritos de forma sinóptica los huesos , ligamentos, y músculos de la pelvis femenina, es preciso comprender el soporte vaginal y de los órganos pélvicos con una descripción de la fascia visceral o endopélvica y el concepto de los tres ejes del soporte pélvico en la mujer en posición de pie. La vejiga, vagina y recto se estabilizan en la pelvis por acción de tejidos conjuntivos viscerales, que permiten sus funciones independientes de almacenamiento , distensión y evacuación , tres ejes de soporte conservan la posición central de estos órganos pélvicos .⁽³⁾.

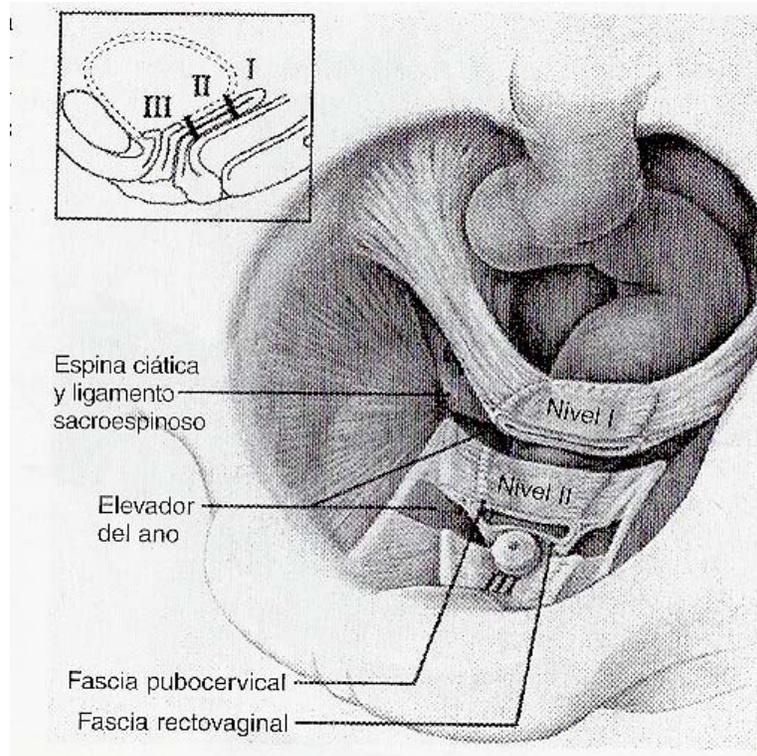
Se observan problemas del soporte pélvico sobre todo en la paciente que se encuentran en posición erguida, ya sea de pie o sentada, el tejido conjuntivo visceral suministra el material físico de soporte.(3).

El **primer eje de soporte vaginal** (nivel I de **DELANCEY**) es el eje vertical superior, que facilita la compresión del complejo formado por los ligamentos cardinal y uterosacro ,esta túnica facial contiene fibras suspensoras que entran en coalescencia con cintas anatómicas, estas últimas sirven para traccionar la parte alta de la vagina, el cuello uterino y el segmento uterino inferior hacia atrás en dirección del sacro , de modo que las vísceras se hallen colocadas sobre la placa elevadora de soporte.(3).

El **segundo eje de soporte** (nivel II de **DELACEY**) es el eje horizontal que transcurre desde la espina isquiática hasta la superficie posterior del hueso púbico. Los soportes laterales, o paravaginales, de la vejiga, dos tercios superiores de la vagina y el recto se derivan de este eje. (3).

El **tercer eje de soporte** (nivel III de **DELACEY**) o de eje vertical inferior es perpendicular al plano del hiato elevador y los triángulos urogenital y anal y define la orientación vertical del tercio inferior de vagina, uretra y conducto anal.(3).

SISTEMA DE SOPORTE VISCERAL PÉLVICO Y EJES DE APOYO.



EJE VERTICAL SUPERIOR: SUSPENSIÓN

El eje vertical superior está orientado , como su nombre lo indica, en sentido vertical desde la unión sacroiliaca, a nivel del reborde pélvico , hasta la espina isquiática y se proyecta a lo largo del borde anterior del agujero isquiático mayor sigue la trayectoria y la dirección de los vasos iliacos internos, la túnica del ligamento cardinal es un conjunto amplio de fibras de colágena viscerales en forma de abanico que envuelven a la arteria y la vena iliacas internas en capas de láminas , dichas láminas se fusionan y forma una túnica que está orientada en sentido vertical y sigue a la arteria y vena uterinas hasta la cápsula facial visceral del cuello uterino, que se denomina anillo pericervical; tales fibras cuentan también con inserciones en el segmento uterino inferior y la parte alta de la vagina.

Las de la parte alta de la vagina forma el paracolpo y se observan a través de la vagina como fondos de saco laterales, en virtud de su estrecha relación con los vasos ilíacos internos y uterinos, la túnica del ligamento cardinal se conoce como cinta vascular, por detrás y hacia los lados la túnica del ligamento cardinal se fija por sí misma con firmeza a la fascia parietal de los músculos piramidales de la pelvis y obturadores internos respectivos lo mismo que a la fascia parietal del borde anterior del agujero isquiático mayor.⁽³⁾.

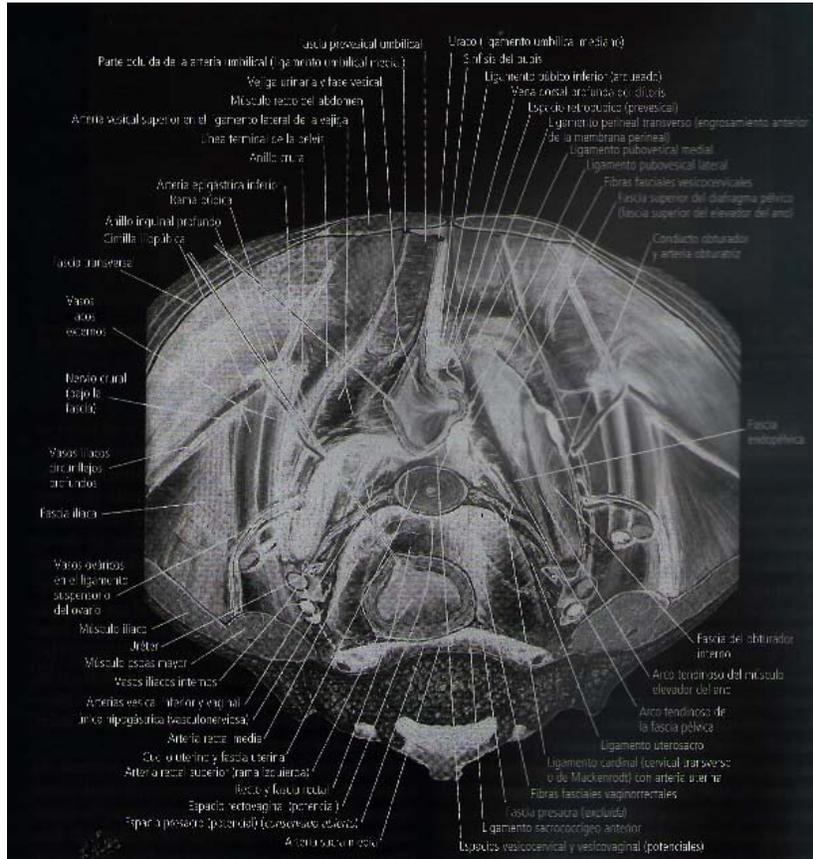
La porción del ligamento uterosacro de la túnica del ligamento cardinal es un engrosamiento más denso de tejido conjuntivo visceral situado en las porciones medial e inferior de esta túnica; cada ligamento uterosacro se engruesa y estrecha a medida que se inserta en las superficies posterior y laterales del anillo pericervical, los ligamentos uterosacros se incurvan a continuación alrededor del recto en sentido horizontal y se insertan en la resistente fascia presacra que recubre a la segunda, tercera y cuarta vértebras sacras, por este motivo, cada ligamento uterosacro puede considerarse como una cinta sacra.⁽³⁾.

Los ligamentos cardinales y los uterosacros forman un complejo de tejidos de tejidos de soporte visceral para la parte alta de la vagina y el cuello uterino y; después de la histerectomía, para el maguito vaginal, tiran de la parte alta de la vagina en sentido horizontal una vez más hacia el sacro y de este modo, la suspenden sobre la placa elevadora muscular.⁽³⁾ *Desde el punto de vista anatómico la inserción de los ligamentos cardinales y uterosacros sobre el anillo pericervical se suspende a nivel de las espinas isquiáticas, en el plano clínico el desprendimiento de los complejos de los ligamentos cardinal y uterosacro (túnicas o cintas) del anillo pericervical ocurre a nivel de las espinas isquiáticas y representa la razón anatómica para el desarrollo del descenso uterino, el prolapso de la bóveda vaginal después de histerectomía y enterocele.*⁽³⁾.

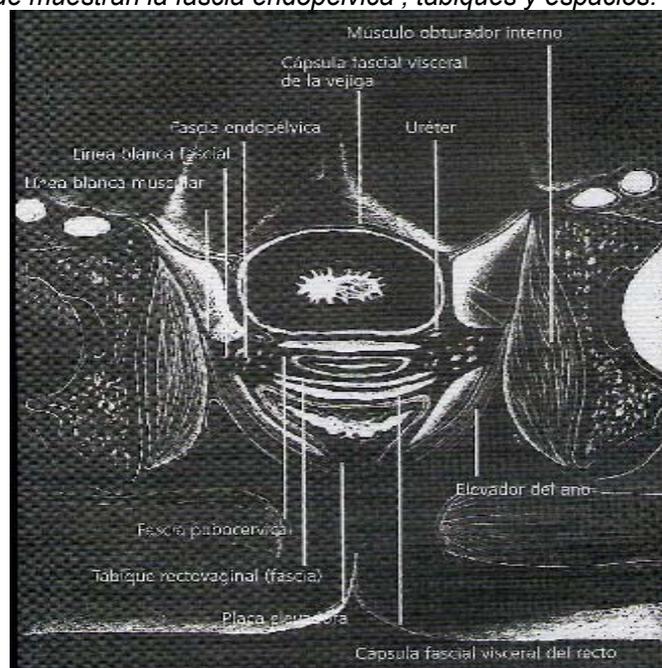
EJE HORIZONTAL: INSERCIÓN EN LA PARED LATERAL.

El eje de soporte vaginal horizontal explica la orientación horizontal de la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto. Las dos plataformas fasciales que se encargan de la orientación horizontal de estas vísceras son la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal (fascia). Ambos elementos anatómicos son flexibles, de forma trapezoide y paralelos entre sí con la vagina. No obstante, el origen anatómico de cada una de estas estructuras es diferente. Comprender el horizontal permite explicar el soporte de la pared vaginal anterior (prevención de cistocele) y el soporte de la pared vaginal posterior (prevención de los rectoceles). En el plano horizontal del soporte pélvico, la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal acaban por insertarse a los lados en cada pared pélvica a nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica o la línea blanca fascial. ⁽³⁾. La fascia pubocervical, o cubierta fibromuscular de la pared vaginal, es un engrosamiento de la cubierta facial visceral de la vagina por delante. El término fascia pubocervical es una referencia clínica y quirúrgica, no una designación histológica a cada lado de esta capa fibromuscular se inserta de manera indirecta en la línea blanca facial por medio de un tabique visceral transversal corto (1 a 2 cm de ancho) conocido como fascia endopélvica, que cubre la distancia entre el arco púbico y la espina isquiática, recordando la relación casi horizontal entre la superficie posterior del hueso púbico y la espina isquiática, la fascia pubocervical está fusionada de modo estrecho con el epitelio vaginal y ofrece una plataforma física sobre la que descansa la vejiga; cuando esta intacta, la fascia pubocervical y sus inserciones laterales de la línea blanca facial impiden la formación de cistocele, que es el prolapso de la pared vaginal anterior. Tiene la misma importancia el borde posterior de la fascia pubocervical, que se fusiona con el anillo pericervical y hace contacto a continuación con los complejos de ligamentos cardinales y ligamentos uterosacros, como consecuencia, la integridad de la fascia pubocervical para prevenir el prolapso de la pared vaginal anterior incluye no sólo sus inserciones en las líneas blancas faciales, si no también su fusión con el anillo pericervical, esta relación coloca a la parte alta de la vagina en sentido horizontal sobre la placa elevadora. ⁽³⁾.

Túnicas y espacios fasciales endopélvicas.



Eje horizontal : inserción de la pared lateral. Corte coronal a través de la unión de los tercios superiores y medio de la vagina que muestran la fascia endopélvica , tabiques y espacios.



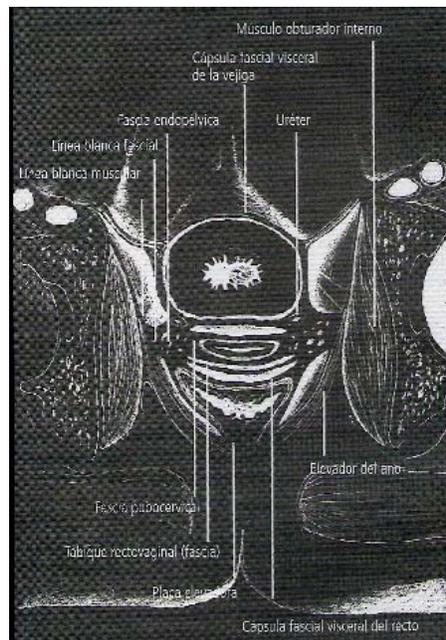
A nivel inferior, la fascia pubocervical transcurre por debajo de la uretra y se inserta en la membrana perineal, cerca del tercio más bajo de la uretra.(3).Las flexiones anteriores de la fascia pubocervical alrededor de la uretra se insertan por debajo del arco púbico para ayudar a estabilizar a esta última, a estas flexiones anteriores ligamentos pubouretrales, ya que intervienen en la incontinencia urinaria a nivel mediouretral, por añadidura, la fascia pubocervical forma una hamaca de tejido conjuntivo visceral por debajo de la unión uretrovesical, lo que explica otro mecanismo de continencia urinaria, los surcos anterolaterales que se observan en la mujer nùlipara normal durante la exploración vaginal son manifestaciones de la fascia pubocervical en su sitio de inserción sobre cada fascia endopélvica, que a su vez se inserta en cada línea blanca facial en ambos lados.⁽³⁾.La fascia pubocervical se fusiona con el anillo fascial visceral que rodea a la porción supravaginal del cuello uterino, con lo que contribuye a la formación del anillo pericervical de tejido de soporte; el anillo pericervical es el encargado de la continuidad del soporte pélvico desde los complejos de los ligamentos cardinales y uterosacros del eje de soporte vertical superior hasta el eje de soporte horizontal de la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal.(3) La transición de los soportes verticales superiores hacia los soportes horizontales tiene lugar a nivel del foco del anillo pericervical, que se ubica desde el punto de vista anatómico a nivel de las espinas isquiáticas en ambos lados, por este motivo, los soportes verticales superiores se continúan con los soportes horizontales a nivel de las espinas isquiáticas.(3).

El tabique rectovaginal (llamado también fascia rectovaginal) es la plataforma horizontal de tejido de soporte visceral entre la vagina y el recto, dicha fascia no es una cubierta fascial endopélvica engrosada, sino una plataforma fascial endopélvica separada y formada por la fusión de dos capas de peritoneo que se han modificado desde el punto de vista histológico, El tabique rectovaginal se adhiere al ápice del cuerpo perineal por debajo y en última instancia lo hace, por ambos lados, a la fascia parietal de los músculos pubococcígeos, y por detrás, al fondo de saco peritoneal y los dos ligamentos uterosacros en el sitio en que éstos se insertan en el anillo pericervical.(3).

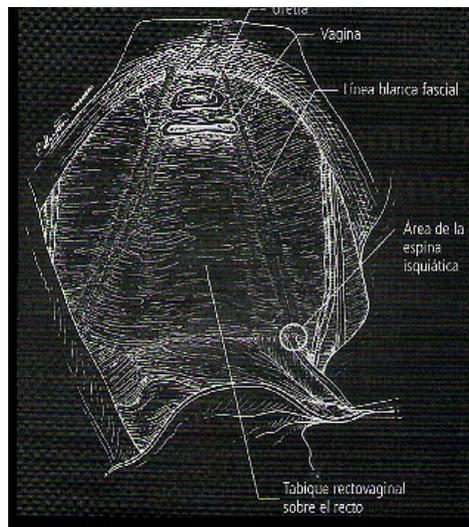
El tabique recto vaginal posee una orientación horizontal en la paciente que se encuentra en posición erguida y , por este motivo , es paralelo a la plataforma fascial pubocervical que suministra el soporte a la vejiga , se proyecta entre las cubiertas fasciales viscerales de la vejiga y el recto.(3).

Cuando de encuentra intacto el tabique rectovaginal impide desde el punto de Vista clínico la formación de rectoceles o prolapsos de la pared vaginal posterior Además el tabique rectovaginal intacto suspende en realidad al cuerpo perineal Desde el sacro mediante sus inserciones en los ligamentos uterosacos.(3).La mitad más alta del tabique rectovaginal se inserta en ambos lados a cada fascia iliococcígea por medio de la fascia endopélvica se adhiere a la línea blanca fascial , a medida que el tabique rectovaginal discurre hacia el cuerpo perineal a nivel de la porción media de la vagina , se inserta en el engrosamiento lineal de la fascia iliococcígea , el arco tendinoso de la fascia rectovaginal , con lo que se dirige hacia el ápice del cuerpo perineal , esta adhesión es la que produce los surcos posterolaterales que se identifican en la paciente nulípara en la mitad frontal de la vagina.(3)

Corte coronal a través de la unión de los tercios superior y medio de la vagina que muestra la fascia endopélvica , tabiques y espacios.



Tabique rectovaginal se conecta con los ligamentos uterosacros por arriba , la fascia de los elevadores por los lados y el cuerpo perineal en el sentido distal



EJE VERTICAL INFERIOR : FUSIÓN .

El eje de soporte vertical inferior es el que produce la orientación vertical de la uretra , tercio inferior de la vagina y el conducto anal, este eje se proyecta en sentido perpendicular a través del hiato elevador y el perineo, con inclusión de los triángulos urogenital y anal. El hiato elevador es el que produce la orientación vertical del tercio inferior de la vagina, el ángulo de unión de 90 grados(a causa del cabestrillo puborrectal) y en hamaca fascial pubocervical en la unión uretrovesical , en el compartimiento profundo del triángulo urogenital se localizan los ligamentos pubouretrales en la porción media de la uretra, justamente por arriba de la membrana perianal , el cuerpo perineal es también el encargado de cerrar el introito vaginal, en tanto que el triángulo anal del perineo, del funcionamiento del conducto anal y el ano.(3).

El eje de soporte vertical inferior se forma con las inserciones directas y la fusión de las cápsulas fascial viscerales alrededor de la porción distal de la uretra , el tercio inferior de la vagina (fibras de Luschka) y el conducto anal dirigido a la fascia parietal de los músculos pubococcígeo y puborrectal , además de la membrana perineal y cuerpo perineal.(3)

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS

Los aspectos epidemiológicos del prolapso de órganos pélvicos constituye un campo que ha recibido mucha atención en el material publicado, pero aún no puede comprenderse por completo.⁽³⁾

Existen diversos problemas para definir el prolapso de órganos pélvicos así la AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY lo define como una protrusión de dichos órganos hacia el interior o exterior del conducto vaginal esta definición podría incluir , desde el punto de vista técnico , a una mujer con la relajación más discreta del cuello uterino , de modo que éste descendiera 1 a 2 cm dentro del conducto vaginal con la maniobra de vansalva completa procedencia uterina , **en la actualidad no existe una definición clara que permita distinguir entre el soporte normal y el prolapso de los órganos pélvicos y aunque son manifiestos los extremos del soporte pélvico para la mayoría de los profesionales de la salud, puede ser difícil identificar los casos más sutiles. sin una definición clara de lo que representa el prolapso de órganos pélvicos no es fácil describir sus aspectos epidemiológicos.**⁽³⁾⁽⁴⁾⁽¹⁾

La incidencia de los defectos del soporte de los órganos pélvicos es inexacta ya que establecer la diferencia entre el prolapso normal de los órganos pélvicos y el anormal es complicado por que no se cuenta con conocimientos acerca de la distribución del soporte de los órganos pélvicos en la población femenina normal.(3)

Asi al encontrarse con este problema la información sobre la incidencia de prolapso de cúpula vaginal es escasa , sin embargo en algunas publicaciones Se tiene que cerca del 14% de la población es mayor de 65 años de edad y se calcula que este porcentaje aumentará hasta casi un 20% en el 2000 o poco después ; la incidencia **de prolapso de cúpula vaginal consecutivo a cualquier tipo de histerectomía va de 0.5 al 2 % , y que es más frecuente en mujeres blancas que negras.** ⁽⁴⁾⁽³⁾⁽¹⁾

DEFINICIÓN DE PROLAPSO DE CÚPULA.

El prolapso de cúpula es la eversión masiva de la vagina, que generalmente está acompañado de enterocele y puede o no estar acompañado de rectocele y/o cistocele.⁽⁵⁾

MECANISMOS DE SOPORTE VAGINAL.

Los músculos que dan soporte a la vagina son:

- A. **DIAFRAGMA PELVICO:** formado por el músculo elevador del ano y el coccígeo (ISQUIOCCIGEO).

- B. **DIAFRAGMA UROGENITAL:** formado por el músculo transverso profundo del perine y la fascia profunda del perine (o aponeurosis perineal media)el músculo coccigeo se origina en la cara interna de la espina ciática y en el borde anterior de la escotadura ciática mayor , termina en la cara y borde anterior de las dos últimas vértebras sacras y en las dos vértebras coccígeas innervado por ramos del plexo sacro. ⁽⁵⁾.

El músculo elevador de ano está compuesto por tres fascículos:

- El pubococcígeo y el ileocccígeo.

- El pubococcígeo tiene dos fascículos, el músculo pubovaginal y el púborectal. el pubococcígeo se origina en la cara interna del pubis hasta el canal obturador, insertándose el ligamento anococcígeo.

- El fascículo iliococcígeo se origina en la cara interna de la espina ciática y en el arco tendinoso del elevador del ano. Termina el ligamento anococcígeo y en el hueso cóccix la membrana perineal fija la vagina y el cuerpo perineal a la entrada de la pelvis ósea sostiene el piso pélvico contra los efectos del aumento de presión intrabdominal y contra la gravedad.

ETIOLOGÍA DEL PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS

Se han identificado de manera sostenida paridad creciente, edad avanzada, procedimientos quirúrgicos previos para corregir los defectos del soporte pélvico como factores de riesgo del prolapso, entre otros que se toman en cuenta es el parto vaginal o abdominal, histerectomías, defectos congénitos raza, estilo de vida y estados patológicos crónicos que elevan la presión intrabdominal.⁽³⁾⁽⁶⁾

Por lo que el prolapso puede ser congénito y, con mucha más frecuencia, adquirido. En cualquier caso su origen es multifactorial, en 1998 Bump y Norton consideran un esquema etiopatogénico más amplio y más acorde con la realidad de los factores etiopatogénicos como:

Factores predisponente.

Las anomalías anatómicas y neurológicas, como la extrofia vesical o lesiones mielodisplásicas, son factores predisponentes, pero poco frecuentes y por tanto con poca incidencia en su prevalencia, es lo que puede explicar el prolapso de la mujer joven o de la nulípara, esto es lo que sucede en sx de marfan, aunque el prolapso genital congénito no es muy frecuente puede observarse en recién nacidas con meningocele y en casos de espina bífida por alteraciones en la inervación y en el desarrollo muscular del suelo pélvico.

Factores estimulantes o determinantes

El factor principal, determinante de la disfunción del piso pélvico a largo plazo, es el parto vaginal es considerado como un factor de riesgo más sólido y aunque aumenta su influencia con la paridad, parece ser que su aumento disminuye después del segundo parto. La influencia del parto se produce a través de las lesiones en los músculos y nervios y rotura directa de los tejidos, los cuales se producen en partos traumáticos, el parto por cesárea tiene un efecto protector.⁽³⁾⁽⁶⁾

Factores promotores

Si no pueden modificarse los factores predisponentes y desencadenantes, la prevención puede dirigirse a los factores que se denominan promotores que son:

Estreñimiento: el pujo excesivo, que acompaña al estreñimiento, produce distensión del nervio pudendo, causa importante de lesión nerviosa y un descenso perineal.

Trabajo o deporte: está demostrado que los esfuerzos laborales continuados e intensos, favorecen la aparición de la disfunción del suelo pélvico.

Otros factores

Edad: la prevalencia creciente del prolapso de órganos pélvicos en una población conforme envejece. Y se duplica la incidencia por cada decenio de vida.

Obesidad: se relaciona con la disfunción del suelo pelviano y con la incontinencia de orina.

Histerectomía: la función de la histerectomía como factor etiológico es motivo de controversia, ya que existe una interrogante y consiste en saber si el acceso para realizarla influye en el desarrollo posterior de presentar defectos del soporte pélvico, de la misma forma que determinar la técnica quirúrgica que se emplee se dice que este tipo de trastornos son menos frecuentes tras la histerectomía total, para cervical o subtotal y otras intervenciones quirúrgicas, como la cirugía histerectomía radical, histerectomía vaginal la sección de los ligamentos uterosacros y ligamentos cardinales sin obliteración del fondo de saco pueden presentar posterior defectos de prolapso de la bóveda vaginal. Sin embargo aunque la vía de la operación puede no predecir el desarrollo subsecuente de prolapso de cúpula, existe una correlación entre el prolapso y la indicación inicial para efectuar la histerectomía y es más a menudo después de una histerectomía vaginal o no realizar adecuada fijación de los ligamentos y obliteración del fondo de saco.(3) (6)

Así el prolapso de cúpula vaginal se puede presentar tras la histerectomía sea cual sea la técnica empleada.

Es evidente la relación existente entre tabaquismo, tos crónica y la disfunción del piso pélvico y el envejecimiento de los tejidos propios, no obstante la menopausia no es claro el papel que desempeña y cirugías previas para corregir defectos del soporte pélvico

Factores de descompensación

La diabetes, la insuficiencia vascular o cardiaca congestiva pueden descompensar situaciones hasta entonces estables, al igual que los esfuerzos físicos intensos.

Se puede concluir que desde el punto de vista fisiopatológico, es la consecuencia del debilitamiento del sostén pelviano, responsable de la sujeción de estos órganos.⁽³⁾⁽⁶⁾

CLASIFICACION DE PROLAPSO DE CUPULA.

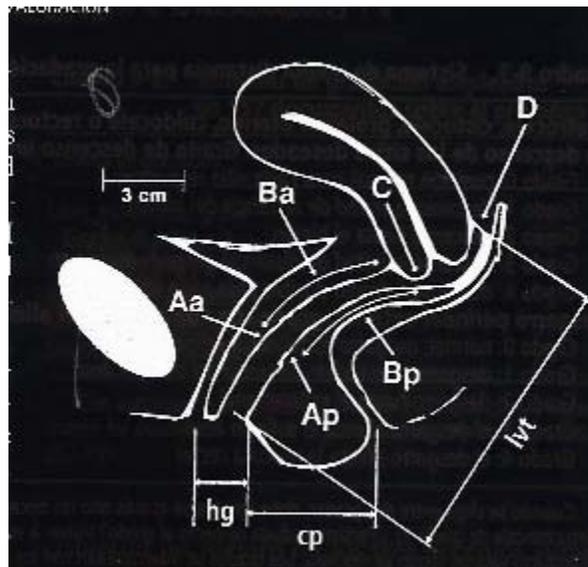
En 1995, la Sociedad Americana Uroginecología, la Asociación de Cirujanos Ginecólogos Americanos y la Sociedad Internacional para el estudio de la Incontinencia, adoptaron un sistema de valoración del prolapso de los órganos pelvianos ya que los hallazgos de la exploración son reproducibles cuando la paciente cambia de una posición sentada a una de bipedestación.⁽³⁾⁽⁶⁾

Los instrumentos a utilizar para la exploración un espéculo bivalvo y un instrumento para medir, la exploración se hace en forma sistemática en las caras vaginales anteriores, posteriores, superiores y el introito, la paciente debe pujar intensamente para poder valorar correctamente.⁽³⁾⁽⁶⁾

Se define el anillo himeneal como punto de referencia para las estructuras vaginales porque es de difícil identificación, se reconoce el ápice vaginal o el cuello mediante el espéculo, el sistema asigna números negativos (en cm), a las estructuras, que no se han prolapsado más allá del anillo himeneal y positivos a las que protruyen por fuera de esta estructura.

Una estructura que desciende a nivel del anillo himeneal se clasifica como 0 cm. se utilizan denominaciones como pared vaginal anterior, pared vaginal posterior y cúpula vaginal. A semejanza del modelo propuesto por Badén y Walker en 1972 se usan puntos de referencia para describir la topografía vaginal . Hay 3 anteriores (A, B, C,) y 3 posteriores (A , B, D) .⁽⁷⁾⁽³⁾

Esquema de rejillas y líneas



Seis puntos Aa ,Ba, C, D, Bp, y Ap. Hiatogenital (hg), cuerpo perineal(cp), longitud vaginal total(lvt) empleados para cuantificar el soporte de los órganos pélvicos.

Se toman dos medidas externas y se anota la profundidad de la vagina, el uso de una rejilla de 3 x3 , constituye , un método fácil para registrar estas medidas.

REGISTRO DE REJILLA DE TRES POR TRES

Punto Aa Pared anterior Hiato genital	Punto Ba Pared anterior Cuerpo perineal	Punto C Cuello o mangito Longitud vaginal Total
Punto Ap Pared posterior	Punto Bp Pared posterior	Punto D Fondo de saco Posterior

⁽³⁾⁽⁷⁾

Puntos A:

Se localizan 3 cm por arriba de introito himeneal en la línea media de las paredes anterior y posterior de la vagina .

El punto **Aa** : corresponde a la unión uretrovesical.

Los puntos A a y Ap (posterior) pueden tener valores entre – 3 cm (en una mujer sin prolapso) y + 3(en una mujer con prolapso máximo).

Puntos B:

Se definen como la porción más baja del segmento vaginal entres el punto A y la cúpula de la cara anterior y posterior. A diferencia de los puntos A que son fijos , los B varían dependiendo del grado de prolapso . Los puntos B es lo mas difícil del sistema.

Si el punto A es el que protruye mas, el punto B es el mismo porque el punto más bajo de la pared vaginal en reposo (PUNTO B) , estará inmediatamente adyacente al punto A . En una mujer con eversión completa el punto B será el mismo que el C en la cara anterior y el mismo que el D en la posterior.

Punto C:

Es la parte más distal del cuello uterino o en mujeres con histerectomía el maguito vaginal.

Punto D:

Es el fondo del saco vaginal posterior y suele omitirse en las mujeres después de la histerectomía total, siempre es más alto que el punto C. Tras la histerectomía conviene utilizar el punto D para asignar el punto más alto de la suspensión residual de la pared vaginal posterior.

Longitud vaginal: se mide en reposo en cm, se puede medir sin hacer compresión o bien con el dedo y después se mide la distancia. es la medida menos reproducible de la exploración. Hiato genital: Se mide el meato uretral externo en la línea media a la parte posterior del anillo himeneal.

En mujeres con prolapso intenso, el hiato genital suele estar ensanchado, lo que indica descenso perineal o debilitamiento del diafragma pelviano. Cuerpo perineal : Se mide de la parte media del anillo himeneal a la porción media del orificio anal. Tras la aplicación de estos criterios la clasificación por etapas del prolapso

SISTEMA DE CLASIFICACION ORDINAL DEL POP.

Etapa 0 Los puntos Aa , Ap , Ba, y Bp se encuentran en todos a - 3 cm y cualquier punto C o D no está mas de - (x - 2) cm

Etapa I No se satisfacen los criterios para la etapa 0 y el punto de guía del prolapso se halla a Menos de - 1 cm.

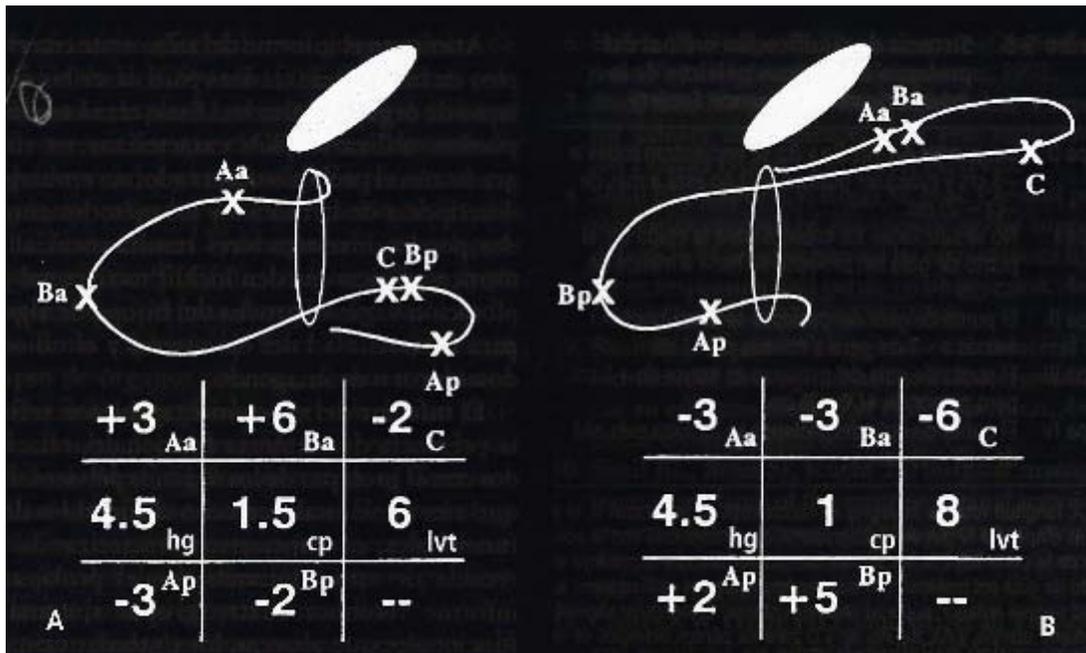
Etapa II El punto de guía del prolapso se ubica por lo menos a - 1 cm pero a no más de +1cm

Etapa III El punto de guía del prolapso es mayor de + 1 cm pero menor de + (x - 2) cm.

Etapa IV El punto de guía del prolapso se localiza más allá del + (x-2) cm

X LONGITUD TOTAL DE LA VAGINA EN CM EN LAS ETAPAS 0 ,III Y IV.(3)(7)

Esquema de rejillas y líneas de un defecto predominante del soporte anterior



El punto guía del prolapso es la parte alta de la pared vaginal anterior, el punto Ba (+6). Se observa alargamiento importante de la pared anterior abombada el punto Aa es distal al máximo (+3) y la cicatriz del manguito vaginal está 2 cm por arriba del himen (C= - 2), La cicatriz del manguito experimento un descenso de 4 cm por que encontraría en -6 (longitud vaginal total) si estuviera soportado de manera perfecta.

CLASIFICACION DE PROLAPSO

Se clasifica en 3 grados:

GRADO I : NO LLEGA A INTROITO.

GRADO II : LLEGA AL INTROITO.

GRADO III : VA MAS ALLA DEL INTROITO.

SINTOMATOLOGÍA DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL.

Las pacientes con prolapso de cúpula vaginal refieren:

- Protrusión de tejido o bulto a través del introito.
- Sensación de cuerpo extraño vaginal.
- Dolor dorsal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Ocasionalmente sangrado.
- Infección de vías urinarias de repetición.

Así a la exploración se visualiza el abombamiento vaginal con los esfuerzos y la palpación del espesor de estos tejidos con percepción de la presencia o ausencia de arrugas son aspectos importantes para identificar los sitios en que la red fascial endopélvica visceral está rota. Estas roturas del soporte visceral se presentan mas a menudo en los sitios de inserción periférica y pocas veces a nivel central.^{(3).(8).(15).}

TECNICA QUIRÚRGICA

COLPOSACROPEXIA:

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco frecuente de la histerectomía ya sea vaginal u abdominal sin embargo se desconoce la incidencia del mismo ya que puede aparecer en meses o años después haberse realizado la cirugía, para la corrección del mismo se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas correctivas tanto vía vaginal u abdominal.⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾⁽¹³⁾.

En este caso solo valoraremos el uso de la técnica quirúrgica por vía abdominal de **colposacropexia, y técnica de moschcowitz** teniendo en cuenta que el objetivo principal de cualquier procedimiento de suspensión de la cúpula vaginal debe de ser elevar la cúpula vaginal tan cerca de su posición anatómica original como sea posible, ya que al restaurar la anatomía, mantendrá y restablecerá la función sexual normal y aliviara los síntomas y se restablecerá la función vesical normal e intestinal.⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾⁽⁵⁾⁽¹³⁾.

Es importante iniciar un tratamiento local con estrógenos antes de la cirugía en pacientes con atrofia urogenital así valorar el estado general de los tejidos y la existencia de prolapso de órganos pélvicos.

TÉCNICA DE COLPOSACROPEXIA.

INDICACIONES

El uso de esta técnica quirúrgica vía abdominal correctiva del prolapso de cúpula siendo una complicación no frecuente post histerectomía ya sea vía vaginal o abdominal en nuestras pacientes del servicio de ginecología.

MATERIAL A USAR:

1. Material sintético: Malla de Mersilene.
Prolene del número
Seda del número
2. Instrumental: Instrumental quirúrgico para realiza histerectomía.
Instrumental quirúrgico para legrado.

RECURSOS HUMANOS:

Ginecólogos y residentes del servicio de ginecología y obstetricia.
Enfermeras quirúrgicas.
Anestesiólogos.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Preparación prequirúrgica:

Se recomienda llevar a la paciente con preparación mecánica del recto, restricción de dieta durante 12 hrs. Se coloca a la paciente en posición de litotomía con estribos de allen o colocación de la paciente en decúbito dorsal con las piernas flexionada y abiertas (en posición de yoga).El lavado quirúrgico de la paciente que abarca el abdomen hasta tercio superior de los muslos , incluyendo la cavidad vaginal , posteriormente se procede a colocar la sonda foley vesical del número 14 o 16, y colocación en la cavidad vaginal Del mango de la legra del numero 4 para manipular la cúpula vaginal. Se recomienda el ingreso a la cavidad abdominal por línea media infraumbilical ya que brinda una exposición óptima de la pelvis y la región anterior del sacro, además de brindar la posibilidad de extensión de la incisión en los casos necesario. Puede realizarse la incisión de pfannenstiel, es una buena alternativa .Al ingresar a la cavidad abdominal se coloca un separador de Sulllivan O'Connor o uno de Balfour, se procede a realizar la adeherenciolisis requerida , posteriormente se procede a realizar y exponer la cúpula prolapsada para facilitar su fijación .

Para identificar la cúpula puede se útil el mango de una legra, un dilatador de hegar o simplemente los dedos. Se procede a realizar la disección del peritoneo a nivel de la cúpula vaginal y disección del peritoneo de la vejiga en dirección opuesta de la cúpula vaginal, anterolateral y el peritoneo posterior de la cúpula vaginal. Posteriormente se visualiza la integridad de la cúpula posterior a realizar cuidadosamente la disección del peritoneo, y encontrar el muñón o huella de donde fue extirpado el cuello uterino, cuando se observa o está presente éste debe de ser

Meticulosamente imbrincado con suturas no absorbible prolene del uno en forma De rectángulo o cuadrado abarcando el ancho de la cúpula 3 a 4 puntos simples

A través del espesor sustancial de la pared vaginal , posteriormente se mide el tamaño de la malla de mersilene que va de la cúpula vaginal al promontorio, de una forma rectangular, así se realiza un punto con prolene a nivel de cara posterior de la cúpula. Posteriormente se retrae el colon sigmoideo hacia a la izquierda , y se incide el peritoneo posterior en la línea media un poco por arriba del promontorio, y se extiende la incisión hasta s3 – s4 , sin lesionar los vasos presacros ya que debe realizarse una disección cuidadosa de tejido perisacro , una vez lograda la exposición se procede a colocar de 3 a 4 suturas permanentes con prolene del uno en el periostio de la cara anterior del sacro en los niveles s3 – s4 cuidando de no lesionar los plexos vasculares y agujeros sacros anteriores , la malla no debe quedar a tensión , posteriormente a esta colocación se realiza la obliteración del saco de Douglas para el manejo de enteroceles , la prevención de este en pacientes con un saco de Douglas profundo y retroversión uterina.

Técnica de culdoplastia de moschcowitz la cual se utiliza para la obliteración del saco de douglas la cual consiste en suturar juntos ambos ligamentos uterosacros o la escisión del peritoneo del saco de douglas .Se cierra el peritoneo del saco de douglas con suturas en bolsa de tabaco con material no absorbible en este caso utilizamos seda del uno incluyendo los ligamentos uterosacros y la cara posterior de la vagina .Se debe tener cuidado de no incluir los uréteros en la sutura , de igual manera se deberá de excluir el recto. Como prevención , la técnica puede realizarse a ambos lados del recto y en cada hemipelvis llamándose las dos suturas de moschcowitz. Otra complicación de la obliteración de Douglas es la sutura superficial del peritoneo que deja un orificio en el cual el intestino puede quedar encarcelado , para prevenirlo , nosotros siempre intentamos cubrir el peritoneo más superficial con peritoneo vesical.

Una vez realizado ambas técnicas en conjunto se procede a realizar el cierre de la hoja posterior del peritoneo cubriendo completamente la malla ya fijada al sacro y la técnica de moschcowitz junto con el peritoneo superficial vesical.

COMPLICACIONES

- Lesión a vasos perisacros, hemorragia, choque hipovolemico.
- Lesión a órganos de vecinos.
- Retención urinaria.
- Infección de tracto urinario.
- Abscesos retroperitoneales.
- Trombosis.
- Incarceramiento del recto.
- Erosión o desgarros de la cúpula vaginal por la malla.

(1),(4),(5),(8),(9),(10)

OBJETIVOS

Corrección del prolapso de cúpula vaginal con técnica de colposacropexia vía abdominal y técnica de Moschcowitz.

OBJETIVO GENERAL:

Implementar la técnica quirúrgica de la colposacropexia y moschcowitz por vía abdominal como tratamiento correctivo en pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal o abdominal , basándonos en documentación y el uso de esta técnica quirúrgica en nuestro hospital.

OBJETIVO PARTICULAR:

Que se reflexione y se considere la necesidad de implementar la técnica quirúrgica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y moschcowitz de forma permanente dentro del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr.Darío Fernández Fierro, fomentando así de manera integral el estudio, reflexión, el análisis y capacitación no solo del personal médico adscrito y médicos residentes en formación del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, si no también del todo el personal médico de esta rama adscrita al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no hay experiencia en nuestro país, referente a esta técnica, y de acuerdo a las experiencias y los resultados obtenidos en nuestro hospital podrá implementarse en los hospitales de nuestro país.

Objetivo Especifico:

Implementar la técnica quirúrgica vía abdominal colposacropexia y técnica de Moschcowitz en nuestro grupo de pacientes del servicio de ginecología con prolapso de cúpula vaginal como complicación post-histerectomía basándonos en documentación y nuestras experiencias, logros y reconocer con que equipo humano y material contamos en el Hospital Gral Dr. Darío Fernández Fierro en un periodo que abarca del mes de marzo del año 2005 al mes de agosto del año del 2006, para poder implementar esta técnica.

HIPÓTESIS.

I .- A través del uso de la documentación emanada de prestigiosos hospitales Iberoamericanos se puede analizar la factibilidad de implementar en forma permanente esta técnica quirúrgica dentro de los hospitales del ISSSTE.

II.- Mediante el fomento de la práctica de esta técnica quirúrgica en el Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro se producirá un cúmulo de experiencias valiosas que podrán ser documentadas y difundidas en el mundo de la ginecología mexicana.

III.- Mostrar que la implementación en el Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro de esta técnica quirúrgica legítima y eficaz , mejora considerablemente la calidad de vida de nuestras pacientes que presentan prolapso de cúpula vaginal otorgando al tiempo prestigio , seriedad y avances en la aplicación de métodos quirúrgicos de vanguardia dentro del Hospital.

JUSTIFICACIÓN

El poder realizar este tipo de estudio en la especialidad de ginecología y Obstetricia en el Hospital Gral. Darío Fernández Fierro nos permitirá demostrar y aplicar los conocimientos aprendidos sobre técnicas quirúrgicas correctivas en ginecología en nuestro grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal, a a pesar de que una complicación poco frecuente , pero independientemente de ello el poder implementa esta técnica quirúrgica correctiva en corto plazo nos dará experiencias , logros , resultados que podremos compartir dentro de nuestra Institución y a otras instituciones de nuestro país .

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se decide realizar este estudio sobre la implementación de esta técnica quirúrgica ya que a pesar de que es poco frecuente el uso de ella y la presencia del prolapso de cúpula vaginal en nuestro medio nos enfrentamos a pacientes con este problema el cual debemos resolver para mejorar su calidad de vida, por lo que la información que recabaremos sobre esta técnica quirúrgica, poco usada en nuestro país, utilizaremos libros de técnicas quirúrgicas, Uroginecología, revistas médicas, el uso de Internet y el uso del servicio de la consulta externa de ginecología del Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro en donde se utilizara un cuestionario diseñado para el grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal, y poder obtener nuestras variables, ser analizadas obtener resultados y poderlos representar por medio de cuadros y gráficas, discutir y poder sacar conclusiones.

Cabe señalar que al elaborar este trabajo nos apoyamos en el método científico, de ahí que se expone la problemática que fundamenta esta investigación, sus objetivos, hipótesis, fuentes de información y justificación del uso de esta técnica quirúrgica.

A continuación se citan los tipos de investigación que se desarrollaron durante la elaboración de la presente tesis:

LONGITUDINAL:

Se busca el seguimiento de las pacientes que son diagnosticadas con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía abdominal o vaginal, y utilizar la técnica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y técnica de moschcowitz y valorar los resultados de esta técnica como tratamiento para nuestras pacientes.

PROSPECTIVO:

Por implementar el tratamiento quirúrgico correctivo vía abdominal en las pacientes que son diagnosticadas con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía vía abdominal o vaginal (técnica quirúrgica colposacropexia y moschcowitz) para

mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y obtener experiencia en corto plazo del uso de esta técnica quirúrgica en nuestro hospital.

EXPLORATORIA:

Por que a través del uso de documentación e implementación de la técnica quirúrgica de la colposacropexia y moschcowitz y experiencias obtenidas como tratamiento correctivo del prolapso de cúpula vaginal en nuestro grupo de pacientes podremos corroborar las hipótesis planteadas en nuestro trabajo de investigación.

ABIERTA:

Por que las variables que fueron obtenidas por medio de un cuestionario para las pacientes con prolapso de cúpula pueden ser modificables y comprobadas con la documentación obtenida en los libros de técnicas quirúrgicas de ginecología, de Uroginecología, revistas de ginecología o Uroginecología, así como artículos del Internet

CLINICA, EXPERIMENTAL, APLICADA, BIOMÉDICA:

Por que este tipo de estudio en la especialidad de ginecología y obstetricia en el hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro nos permitirá demostrar y aplicar los conocimientos aprendidos sobre técnicas quirúrgicas correctivas en nuestro grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal , obteniéndose diferentes variables de cada una de ellas por medio de cuestionarios y utilizar materiales sintéticos para la promonto fijación nos dará a corto plazo experiencias, logros y prestigio y resultados que podremos compartir dentro de nuestra institución y otras instituciones de nuestro país ya que esta técnica esta descrita en los libros pero no es aplicada en nuestro país.

Por ello **nuestra población a estudiar** es el grupo de pacientes de la

consulta externa del servicio de ginecología del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, que presentan prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea abdominal o vaginal que presenten sensación de cuerpo extraño o asociar otros padecimientos del piso pélvico ya sea anterior o posterior , como cistocele en os diferentes grados , uretrocele , rectocele, procedimientos quirúrgicos correctivos del piso pélvico, enfermedades crónicas , y antecedentes ginecológicos de importancia.

El **tamaño de nuestra muestra** obtenida de la consulta externa del Servicio de ginecología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro son **9** pacientes ; a las cuales se les estudiaron criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

*edad, peso, talla

* Pacientes femeninas con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía abdominal o vaginal.

*histerectomía vaginal reconstructiva.

*sensación de cuerpo extraño

*incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cistocele, rectocele.

Enterocele, estreñimiento, vulvovaginitis de repetición, urosepsis.

*antecedentes gineco-obstétricos

*cirugías previas

*terapia hormonal de reemplazo

Criterios de exclusión

+ Riesgo quirúrgico elevado.

+cardiopatías.

+hipertensión arterial descontrolada.

+diabetes mellitus descontrolada.

+hemopatías

+colagenopatias

+enfermedades pulmonares.

La **cédula de recolección de datos** utilizada para sacar nuestras variables a Estudiar en nuestras 9 pacientes con prolapso de cúpula es la siguiente:

VARIABLES

Las variables a estudiar en nuestro trabajo son:

Variables pre- operatorias

- .Edad
- .Peso
- .Talla
- .Enfermedades crónico degenerativas
 - a . DM
 - b. HAS

Procedimientos Quirúrgicos

- a. histerectomía total abdominal
 - Intrafascial
 - Sin anexos con anexos
 - Extrafascial
 - Sin anexos con anexos
 - Tiempo transcurrido de la cirugía
- b. histerectomía vaginal reconstructiva
 - Con cistourethroplastia y tiempo transcurrido de la cirugía
 - Con miorrafia de los elevadores y tiempo transcurrido de la cirugía

Vida sexual activa
Con dispareunia o sin dispareunia

Terapia hormonal de reemplazo
duración post histerectomía

Colpoperinoplastia		
Con colposuspensión		
Cistocele	Prolapso de cúpula	Rectocele
Grado 0 I II III	Grado 0 I II III	grado 0 I II III

PATOLOGÍAS

Urosepsis
Vulvovaginitis
Estreñimiento

Variables post - quirúrgicas

Síntomas post quirúrgicos

Sensación de cuerpo extraño
Dispareunia
Cistitis
Urosepsis
Vulvovaginitis
Resequedad vaginal

CISTOCELE

Grado 0 I II III

RESULTADOS 1

Conservación de la anatomía vaginal
Sangrado
Granuloma
Reacción inflamatoria
Erosión de la cúpula

RESULTADOS 2

Miorrafia de los elevadores
Colposacropexia
Moschcowitz
Complicaciones

ORGANIZACION PRESENTACION Y ANALISIS

La información recabada sobre cada una de las variables que se estudiaron en nuestra investigación serán organizadas, presentadas y analizadas de la siguiente manera:

PREOPERATORIAS

La información obtenida de los formatos aplicados a nuestras 9 pacientes se organizarán en cuadros y gráficas. 1. En el 1er cuadro se representan como factores de riesgo las enfermedades crónicas que presentan nuestras pacientes tomando en cuenta en ellas su edad la edad que se pone en numero progresivo, la talla y el peso, el cual se grafica por medio de puntos observamos que la edad media de presentar el prolapso de cúpula y enfermedades crónicas con las que se correlaciona el prolapso de cúpula vaginal es de los 78 años de edad. Así encontramos que 3 de ellas tienen diabetes mellitus compensada, y 4 hipertensión arterial controlada.

2. Se representa por medio de un cuadro y grafica de barras el riesgo de presentar alguna complicación ya sea preoperatorio, transoperatoria o postoperatoria de nuestras pacientes con enfermedades crónicas como un factor de riesgo siendo Diabetes Mellitus con un 33.3% y para Hipertensión arterial sistémica en un 44.4%.

3. Los procedimientos quirúrgicos previos a realiza la colposacropexia y técnica de moschowitz para corrección de prolapso de cúpula se representaran por medio de cuadros y gráficos en los cuales estos procedimientos se toman como factor de riesgo para presentar prolapso de cúpula se toma en cuenta la edad la cual se agrupa en quinquenios , tipo de histerectomía ya sea abdominal o vaginal .De la histerectomía total abdominal se toma en cuenta :Si es intrafascial teniendo 2 una de 69 a y otra de 74 a, una con conservación de anexos y otra sin conservación de anexos. Extrafascial 4 con edades de 65^a, 69^a,70^a,78^a, todas con conservación de anexos Histerectomía vaginal reconstructiva son 3 con edades de 54^a, 75^a, 78^a, todas con miorrafia de elevadores.

4. Tiempo transcurrido del procedimiento quirúrgico realizado antes de realizar de la colposuspensión y la técnica de moschcowitz aquí se representara por medio de un cuadro en donde se toma en cuenta el tiempo transcurrido del la histerectomía ya sea abdominal u vaginal y el tiempo va desde menos de un año hasta 40 años de evolución encontrando asi Histerectomía total abdominal ya sea intra o extrafascial son 6 que van desde menos de un año hasta 40 años de tiempo transcurrido. Histerectomía vaginal reconstructiva son 3 teniendo un promedio de tiempo transcurrido que va desde los 11años hasta el rango de 40 años. En que se realizo la cirugía previa. Tanto el tipo de cirugía y tiempo transcurrido se tomo en cuenta ya que consideran factores de riesgo o factor predisponente para presentar prolapso de cúpula, independientemente de la técnica realizada y el tiempo transcurrido de haber se realizado la cirugía en este estudio que se realizo en las 9 pacientes se Observo que el prolapso de cúpula se presentó en las pacientes con histerectomía abdominal y el tiempo de haberse realizado y presentado esta complicación fue en menos de un año . lo cual se demuestra en los cuadros y las gráficas.

5. En este grupo se toma en cuenta aun la colporrafia con colposuspensión como procedimiento quirúrgico previo, así la terapia de reemplazo posterior a realizarse la histerectomía y la vida sexual activa si se acompaña de dispareunia o no. Se representan en un cuadro y gráficos en las cuales se encuentran: Vida sexual activa con dispareunia 2 y 4 sin dispareunia, con terapia de reemplazo post histerectomía 4 , colporrafia con colposuspensión 2 pacientes. Se toman en cuenta esta variables ya que los estrógenos o la terapia de reemplazo se considera que puede tener cierto efecto protector en las pacientes de estas edades ya que se pierde cierta elasticidad de los tejidos estos pueden actuar para dar elasticidad y reparar la humedad o fuerza del tejido del piso pélvico, así presentar dispareunia en caso de presentar el prolapso de cúpula o ser secundario a falta de estrógenos que no están presentes.

6. Estos cuadros y graficas representan patologías asociadas en las pacientes de nuestro estudio así mencionadas en la literatura de apoyo que encontramos , ya que el prolapso de cúpula es una complicación tardía post histerectomía , suele acompañarse de otros padecimientos del piso pélvico como son el cistocele , rectocele en sus diferentes grados de presentación en la exploración vaginal simple, así también presentar infección de vías urinarias ,vulvovaginitis, o estreñimiento.

No. PROG.	EDAD	PESO	TALLA	ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS	
				D.M.	H.A.S.
1	54 AÑOS	65	1.65		
2	65 AÑOS	68	1.60	1	1
3	69 AÑOS	70	1.60		1
4	69 AÑOS	60	1.54		
5	70 AÑOS	75	1.60		
6	74 AÑOS	69	1.64	1	
7	75 AÑOS	66	1.55		
8	78 AÑOS	89	1.54	1	1
9	78 AÑOS	70	1.60		1

Teniendo 1 cistocele grado I en grupo de edad de 70 – 74 años.

Teniendo un rectocele grado II en el grupo de edad de 75 – 79 años

Teniendo 5 vulvovaginitis en diferentes grupos de edades, 4 urosepsis,

Un estreñimiento.

7.-En este cuadro y graficas se valoro en la exploración vaginal simple el Grado de prolapso de cúpula que presentan las pacientes de nuestro estudio y las cuales fueron sometidas a colposacropexia y técnica de moschcowitz. Encontramos un prolapso de cúpula grado II en el grupo de edad de los 50 – 54 Años. Encontramos un prolapso de cúpula grado II en el grupo de edad de los 65- 69 y en ese mismo grupo de edad se presentan dos prolapsos de cúpula grado III. En el grupo de edad de los 70 – 74 años se encuentran 1 prolapso de cúpula grado II y uno de grado III. En el grupo de edad de los 75 – 79 años encontramos un prolapso grado II y dos grado III.

VARIABLES PREOPERATORIAS

1. FACTORES DE RIESGO

En este cuadro se representa en número progresivo a las 9 pacientes sus edades talla , peso y enfermedades crónico degenerativas como es la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial .

Observando que la edad de presentación es después de la 4ta década de la vida.

Teniendo en edad promedio de presentación para prolapso de cúpula son los 78 años de edad.

VARIBLES PREOPERATORIA

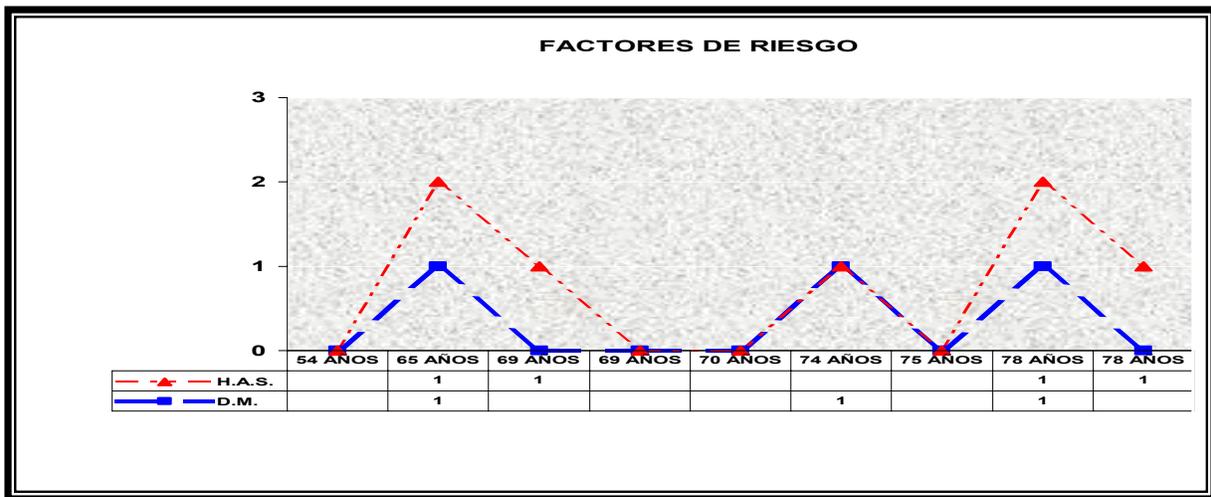
1. FACTORES DE RIESGOS

En esta gráfica podemos observar que de nuestras 9 pacientes solo 7 de ellas tienen como factor de riesgo la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y la edad, las 3 constantes solo la edad

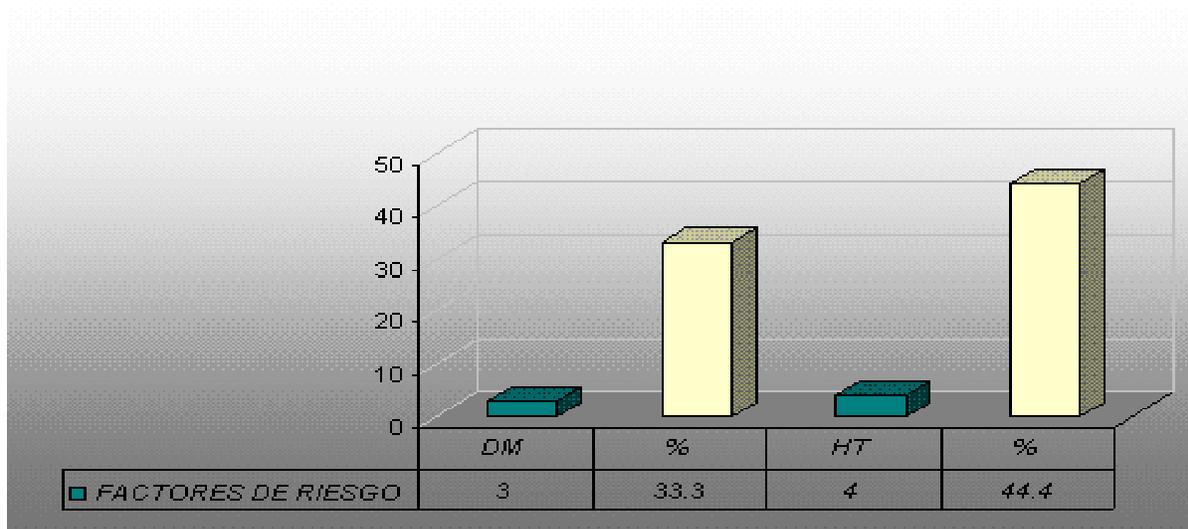
VARIABLES PREOPERATORIAS

2. FACTORES DE RIESGO

En este cuadro y gráfica podemos observar que las enfermedades crónicas como factores de riesgo para la poder realizar al cirugía de colposacropexia en nuestro estudio son la DIABETES MELLITUS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL teniendo un porcentaje cada una de ellas para complicaciones.



No.	DM	%	HAS	%
9	3	33.3	4	44.4

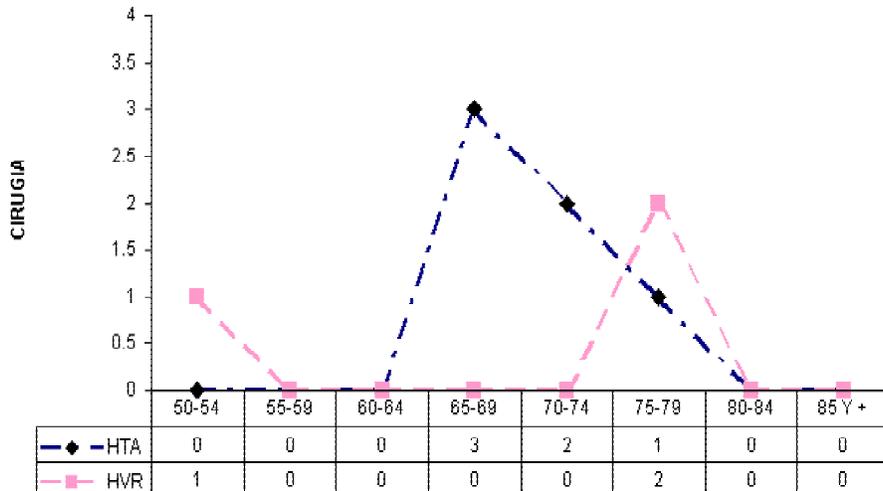


VARIABLES PREOPERATORIAS

3.-PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS ANTES DE LA COLPOSACROPEXIA.

EDAD	No.	HTA	HVR
50-54	1	0	1
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0
65-69	3	3	0
70-74	2	2	0
75-79	3	1	2
80-84	0	0	0
85 Y +	0	0	0
TOTAL	9	6	3

EDAD EN QUINQUENIOS HTA 6 HVR 3



En este cuadro y gráfica se representan los procedimientos quirúrgicos que se realizaron a las 9 pacientes antes de ser sometidas a la colposacropexia .

1. Se agrupan en quinquenios sus edades .

2. La histerectomía total abdominal y las histerectomía vaginal reconstructiva .

A. Histerectomía total abdominal intrafascial = 2

B. Histerectomía total abdominal extrafascial = 4

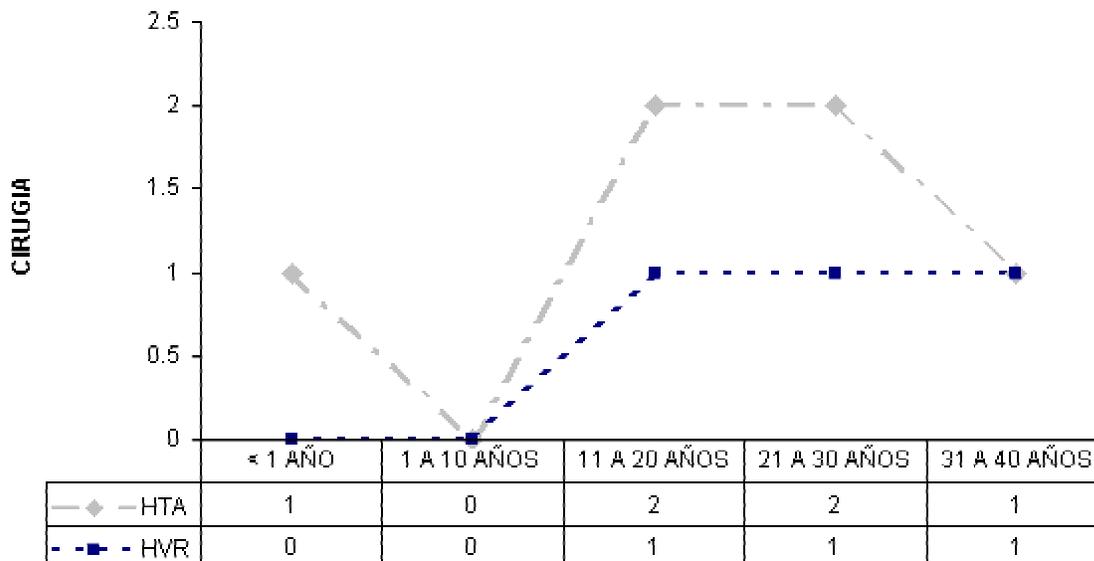
C. Histerectomía vaginal reconstructiva con miorrafia de elevadores = 3

VARIABLES PREOPERATORIAS

4. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LAS CIRUGÍAS ANTES DE LA COLPOSACROPEXIA .

TIEMPO	HTA	HVR
< 1 AÑO	1	0
1 A 10 AÑOS	0	0
11 A 20 AÑOS	2	1
21 A 30 AÑOS	2	1
31 A 40 AÑOS	1	1

Tiempo transcurrido de las cirugías



En este cuadro y gráfica se representa el tipo de cirugía realizada y el tiempo transcurrido de ella, tomando en cuenta la técnica de histerectomía ya sea histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal reconstructiva. Como factor de riesgo para prolapso de cúpula vaginal.

VARIABLES PREOPERATORIAS

5 COLPOPERINOPLASTIA

TERAPIA DE REMPLAZO POST HISTERECTOMÍA

VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	No.	VSA	TRH	COLPOPERINOPLASTIA
50-54	1	1	1	0
55-59	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0
65-69	3	3	1	0
70-74	2	2	1	1
75-79	3	0	1	1
80 Y MAS	0	0	0	0

En este cuadro se representa la edad de las pacientes en quinquenios

Colperinoplastia con colposuspensión son = 2

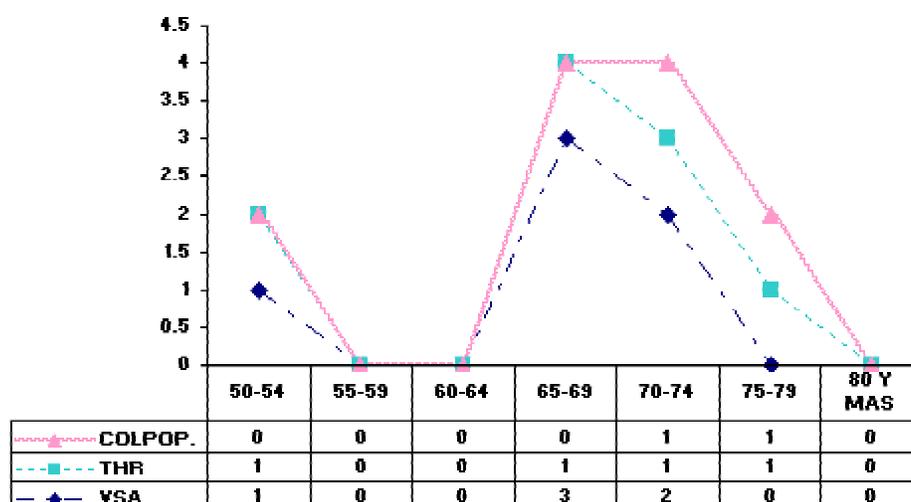
Vida sexual activa = 6

Terapia de remplazo post histerectomía = 4.

VARIABLES PREOPERATORIAS

5. TIPO DE CIRUGÍA COLPOPERINOPLASTIA. VIDA SEXUAL ACTIVA. TERAPIA DE REPLAZO POST HISTERECTOMÍA.

En esta grafica se representan de acuerdo a la edad de la paciente cierta sintomatología en la vida sexual activa, terapia de reemplazo post histerectomía y por último la colpoperinoplastia.



VARIABLES PREOPERATORIAS

6. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A PROLAPSO DE CUPULA ANTES DE REALIZAR COLPOSACROPEXIA.

CISTOCELE

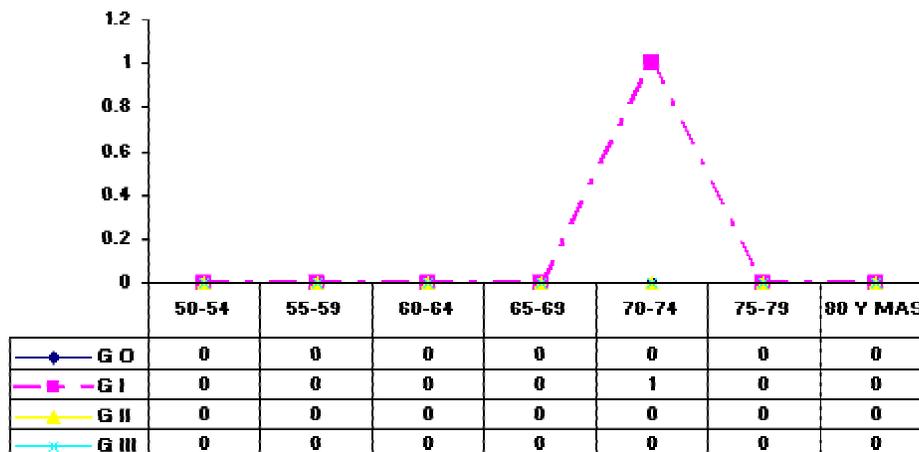
En el cuadro y gráfica se representa el número de pacientes que presentaban a la exploración vaginal cistocele en sus diferentes grados y edad en la que se presenta .

CISTOCELE

EDAD	G O	G I	G II	G III
50-54	0	0	0	0
55-59	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0
65-69	0	0	0	0

70-74	0	1	0	0
75-79	0	0	0	0
80 Y MAS	0	0	0	0

CISTOCELE



VARIABLES PREOPERATORIAS

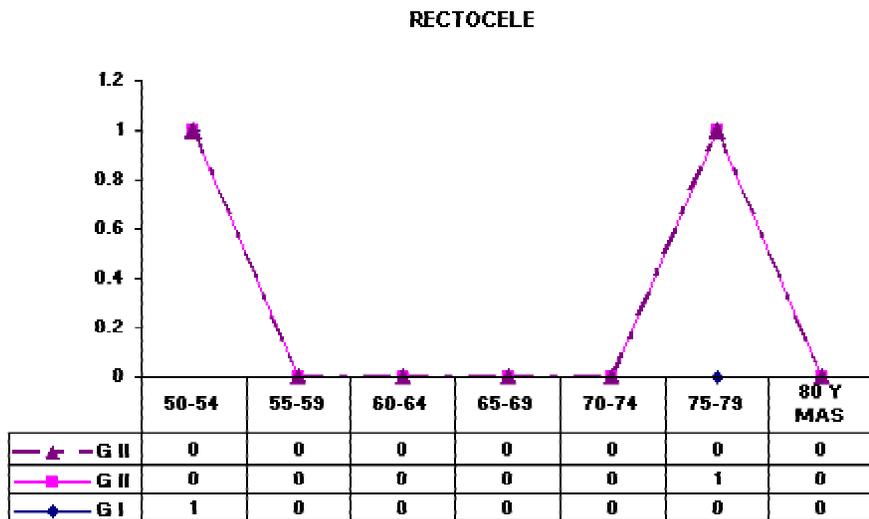
6.- PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PROLAPSOS DE CUPULA ANTES DE REALIZAR COLPOSACROPEXIA

RECTOCELE

En este cuadro y grafica se representan el número de pacientes que presentaron rectocele en sus diferentes grados, tomando en cuenta la edad de las pacientes.

EDAD	RECTOCELE		
	G I	G II	G III
50-54	1	0	0
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0
65-69	0	0	0

70-74	0	0	0
75-79	0	1	0
80 Y MAS	0	0	0



VARIABLES PREOPERATORIAS

6.- PATOLOGÍAS ASOCIADAS A PROLAPSO DE CUPULA ANTES DE REALIZAR COLPOSACROPEXIA

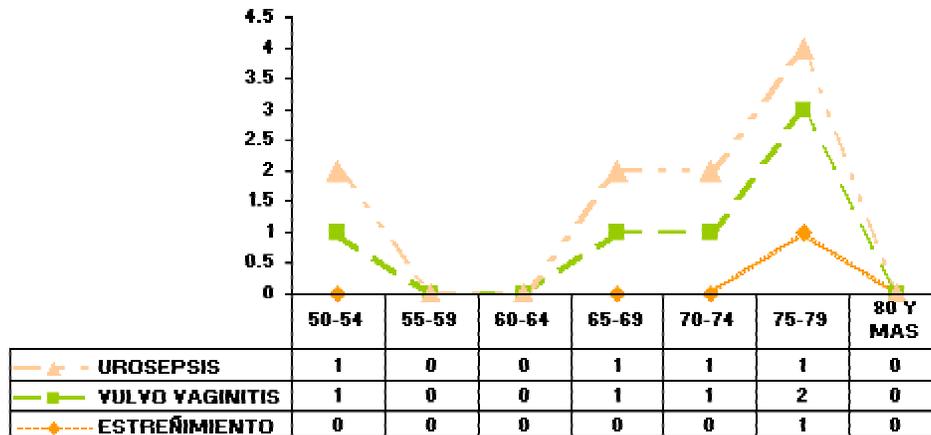
- INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS
- VULVAGINITIS
- ESTREÑIMIENTO

En este cuadro y grafica se representa el número de pacientes que presentan infección de vías urinarias, estreñimiento, vulvaginitis, tomando en cuenta la edad de las pacientes

EDAD	ESTREÑIMIENTO	VULVO VAGINITIS	UROSEPSIS
50-54	0	1	1
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0

65-69	0	1	1
70-74	0	1	1
75-79	1	2	1
80 Y MAS	0	0	0

PATOLOGIAS



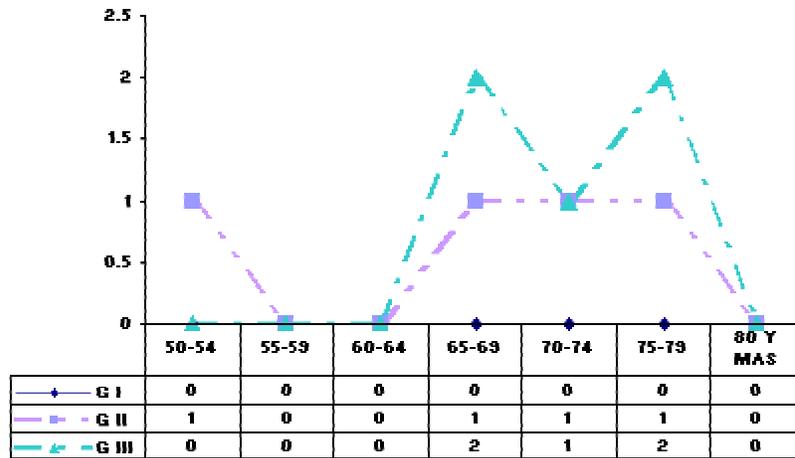
VARIABLES PREOPERATORIAS

7. GRADO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL POST HISTERECTOMÍA

En este cuadro y gráfica se representan a las 9 pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal u abdominal teniendo en cuenta el grado del prolapso de cúpula y la edad de la paciente.

EDAD	PROLAPSO DE CUPULA		
	G I	G II	G III
50-54	0	1	0
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0
65-69	0	1	2
70-74	0	1	1
75-79	0	1	2
80 Y MAS	0	0	0

PROLAPSO DE LA CUPULA



VARIABLES POST QUIRUGICAS

La información obtenida de los formatos aplicados a nuestras 9 pacientes que se les realizó la corrección de prolapso de cúpula por vía abdominal colposacropexia técnica de moschcowitz , se le ha dado seguimiento después del procedimiento realizado , 3 de ellas fue de un año y la 6 restantes continúan en seguimiento ya que se realizó el procedimiento correctivo a principios de este año; así la información obtenida de las variables post quirúrgicas se representaran con cuadros y graficas para ser analizados y discutidos para sacar conclusiones sobre la aplicación de la técnica correctiva vía abdominal .

c. Variables post operatorias se representan en un cuadro y graficas las representan las variables de cuerpo extraño , dispareunia,cistitis, urosepsis, vulvo Vaginitis,

resequedad vaginal. Encontrando con cuerpo extraño a 7 de ellas en todos los grupos de edad , dispareunia 0, cistitis 2 ,urosepsis 3 ,vulvovaginitis 2 , resequedad vaginal 5 y 2 de ellas no se grafican ni se representan en el cuadro ya que no presentaron ninguna de las variables.

2 Cistocele solo se representa en un cuadro ya que no se puede graficarlo pues al realizar la colposacropexia y técnica de moschcowitz se corrige sin presentar ninguna complicación corrigiéndose el cistocele grado I del grupo de 70 –74 a.

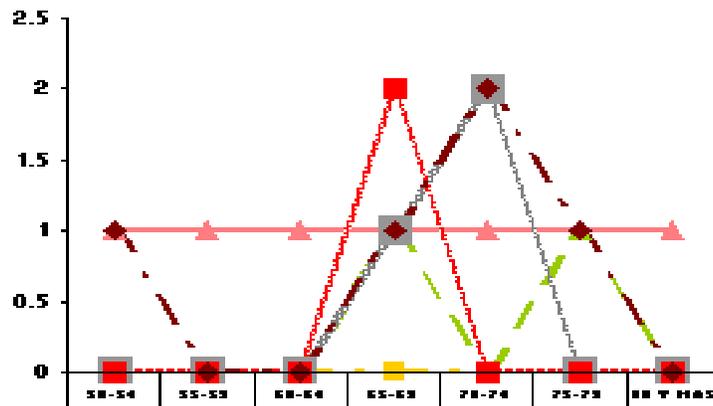
VARIABLES POST OPERATORIAS

1. Sintomatología post operatoria

En este cuadro y gráfica se representan de acuerdo a la edad de las pacientes la sintomatología y patologías post quirúrgicas de la colposacropexia y técnica de moschcowitz.

EDAD	SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO	DISPAREUNIA	CISTITIS	UROSEPSIS	VULVO VAGINITIS	RESEQUEDAD VAGINAL
50-54	1	0	0	0	0	1
55-59	1	0	0	0	0	0
60-64	1	0	0	0	0	0
65-69	1	0	1	1	2	1
70-74	1	0	0	2	0	2
75-79	1	0	1	0	0	1
80 Y MAS	1	0	0	0	0	0

SIG. Y SIMTO. POST. BX.



Síntoma	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+ años
SENS. CP+ EIT.	1	1	1	1	1	1	1
DISPARENIA	0	0	0	0	0	0	0
CISTITIS	0	0	0	1	0	1	0
MELIPEPSIS	0	0	0	1	2	0	0
TULT+ TACINITIS	0	0	0	2	0	0	0
RESEREDAD FACIAL	1	0	0	1	2	1	0

No. PROG.	EDAD	CISTOCELE							
		G 0		G I		G II		G III	
		CON	SIN	CON	SIN	CON	SIN	CON	SIN
1	54 AÑOS		X		X		X		X
2	65 AÑOS		X		X		X		X
3	69 AÑOS		X		X		X		X
4	69 AÑOS		X		X		X		X
5	70 AÑOS		X		X		X		X
6	74 AÑOS		X		X		X		X
7	75 AÑOS		X		X		X		X
8	78 AÑOS		X		X		X		X
9	78 AÑOS		X		X		X		X

RESULTADOS 1

En este cuadro y grafica se representan los resultados 1 en los cuales se toman en cuenta a las 9 pacientes que fueron sometidas a la colposacropexia vía abdominal y técnica de moschcowitz para corrección del prolapso de cúpula post histerectomía teniendo la conservación de la anatomía de la cúpula vaginal en todas ellas , y sin presentar ninguna de las variables descritas en dicho cuadro.

RESULTADOS 2

En este cuadro y grafica se representan los resultados 2 en los cuales se toman en cuenta a las 9 pacientes que fueron sometidas a la colposacropexia vía abdominal y técnica de moschcowitz y otra cirugía correctiva del piso pélvico como es la miorrafia de los elevadores y así teniendo en cuenta las complicaciones transoperatorias y post operatorias en nuestras pacientes .3 miorrafias de los elevadores sin complicaciones trans o post operatorias en conjunto con la técnica de colposacropexia vía abdominal y técnica de moschcowitz teniendo buenos resultado como la conservación de la anatomía de la vagina y del piso pélvico al no presentar rectocele. Y el resto de las pacientes que solo se les realiza la colposacropexia vía abdominal en conjunto con la técnica de moschcowitz , no presentan complicaciones transoperatorias ,ni postoperatorias, así también presentando corrección de los defectos del piso pélvico en el caso de presentar rectocele. Y cistocele en sus diferentes grados que presentaban las pacientes. Y por supuesto de la presencia del prolapso de cúpula vaginal en los diferentes grados, el cual se corrige con éxito con la técnica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y la técnica de moschcowitz.

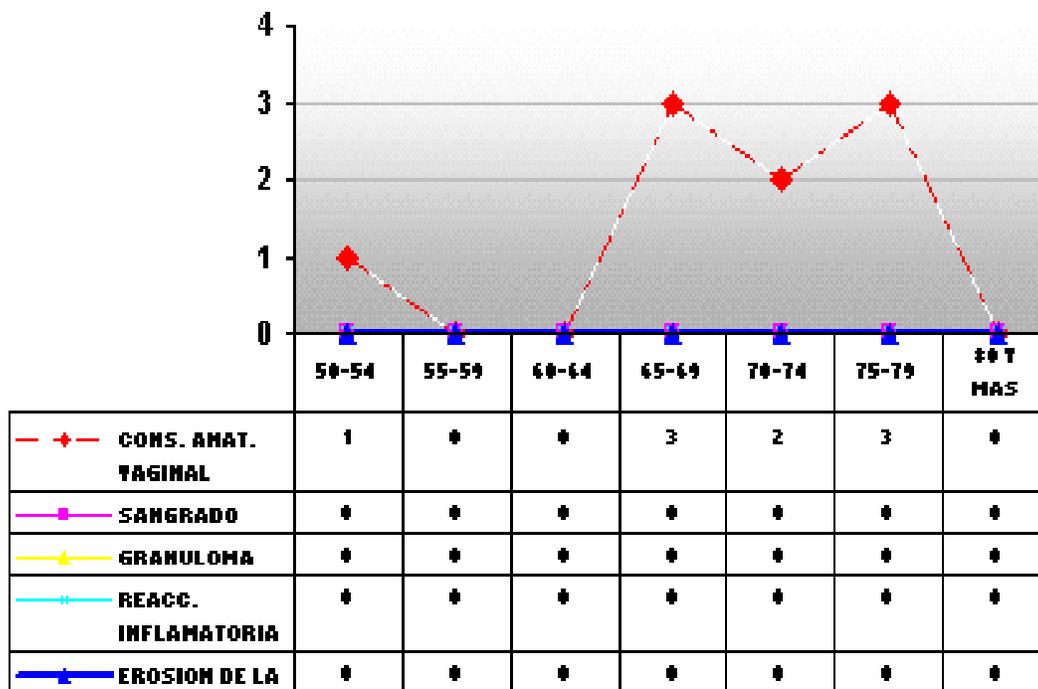
RESULTADOS 1

En este cuadro y grafica se representan los resultados postoperatorios de acuerdo a la edad y las variables que se tomaron en cuenta en nuestras 9 pacientes sometidas al procedimiento de la colposacropexia y técnica de moschcowitz.

CONSRV. ANAT. VAGINAL	SANGRADO	GRANULOMA	REACC. INFLAMATORIA	EROSION DE LA CUPULA
1	0	0	0	0

0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
3	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
0	0	0	0	0

RESULTADOS (1)



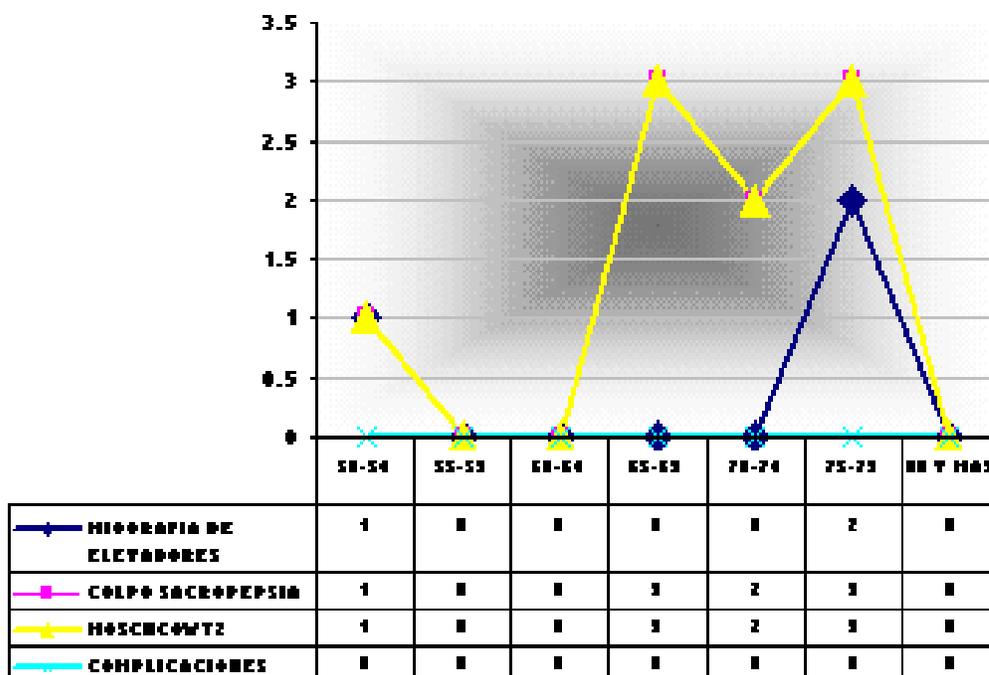
RESULTADOS

RESULTADOS 2

En este cuadro y grafica se representan los resultados de la colposcopia y técnica de moscowitz en nuestras 9 pacientes tomando en cuenta que se realizaron 3 miorrrafias de elevadores y así sin presentar complicaciones durante , después de la cirugía .

EDAD	MIORAFIA DE ELVADORES	COLPO SACROPEPSIA	MOSCHWTZ	COMPLICACIONES
50-54	1	1	1	0
55-59	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0
65-69	0	3	3	0
70-74	0	2	2	0
75-79	2	3	3	0
80 Y MAS	0	0	0	0

RESULTADOS (2)



RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSION

Al realizar este tipo de estudio de investigación tiene el propósito de poder relatar nuestras experiencias , logros y resultados en los cuales encontramos que nuestras 9 pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico correctivo vía abdominal de la colposacropexia y técnica de moschcowitz por prolapso de cúpula vaginal post histerectomía independientemente de la técnica que se utilizara ya sea por vía abdominal con técnica intrafascial o extrafascial o histerectomía vaginal reconstructiva

, acompañada de otras cirugías correctivas del piso pélvico y tomando en cuenta otros factores como la edad , menopausia, terapia de reemplazo hormonal , enfermedades crónicas , coinciden con lo relatado en la literatura que utilizamos de apoyo en esta investigación . (1)(3).

Así analizando sobre todo como factor para presentar el prolapso de cúpula vaginal los procedimientos correctivos de defectos del soporte de órganos pélvicos, histerectomía ya sea vaginal u abdominal y la calidad de los tejidos de nuestras pacientes parece no relacionarse con el acceso quirúrgico , pero sí con la incidencia y la ocurrencia del prolapso de cúpula .

Ya que en este caso de nuestro estudio tuvimos de las 9 pacientes tratadas 6 de ellas tenían histerectomía total abdominal y 3 de ellas tenían histerectomía vaginal reconstructiva teniendo mayor número de prolapso de cúpula en histerectomías vía abdominal que podría deberse a una mala calidad de los tejidos o en su defecto a una fijación inadecuada de los ligamentos cardinales y uterosacros al manguito.

De acuerdo a la bibliografía consultada respecto a este factor podemos tener coincidencia ya que no siempre se relaciona el prolapso de cúpula a histerectomías vía abdominal , ya que la ocurrencia al prolapso de cúpula se observa más en las pacientes que se le realiza histerectomía vaginal o por prolapso uterino u otros defectos de soporte de órganos pélvicos por lo tanto el acceso quirúrgico no se puede relacionar pero si con la indicación y la ocurrencia del prolapso de cúpula vaginal.(1)(3).Al implementar esta técnica descrita como método correctivo del prolapso de cúpula por vía abdominal en nuestras 9 pacientes con esta complicación poco frecuente se obtuvieron resultados favorables ya que por parte de los médicos adscritos del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro y médicos residentes del servicio de ginecología y obstetricia del tercer y cuarto año se recibió capacitación para poder realizar esta técnica quirúrgica correctiva por un médico adscrito del servicio con un diplomado en cirugía uroginologica y dar el tratamiento adecuado a nuestras 9 pacientes con prolapso de cúpula obteniendo resultados buenos y satisfactorios para nuestras pacientes , ya que al dar seguimiento post quirúrgico en la consulta externa del servicio de ginecología no presentaron complicaciones transoperatorias, ni postoperatoria , así al corregir esta complicación la sintomatología referida por ellas antes de la cirugía desaparece , y se conserva a la

exploración vaginal la anatomía de la cavidad vaginal , y reparación de otros defectos del piso pélvico, a todas ellas se les realiza la colposacropexia y técnica de moschcowitz . y a dos de ellas en el mismo tiempo quirúrgico se realiza miorrafia de los elevadores por presentar desgarros del perine. Teniendo una adecuada calidad de vida. respecto al material utilizado en nuestra técnica se nos proporciono sin ningún contratiempo .

En **conclusión** se cumplen nuestros objetivos propuestos , nuestras hipótesis ya que al realizar esta investigación en el Hospital General Dr. . Darío Fernández Fierro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado siendo un hospital de segundo nivel se pudo implementar una técnica quirúrgica la cual esta descrita en la literatura y no hay experiencia en nuestro país como es la colposacropexia y técnica de moschcowitz como tratamiento correctivo vía abdominal en las pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal y abdominal , obteniendo resultados satisfactorios tanto para los médicos adscritos , médicos residentes del servicio de ginecología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro ya que se obtuvo capacitación para poder realizar esta técnica quirúrgica , en las pacientes con prolapso de cúpula obteniéndose resultados satisfactorios en nuestras nueve pacientes logrando un gran reto de habilidad quirúrgica ya que no se presentaron complicaciones y se conservo la anatomía de la cavidad vaginal y corrección de otros defectos del piso pélvico , y por el momento no se ha presentado residivancia del prolapso de cúpula por lo que se ha dado una mejor calidad de vida a nuestras pacientes.

Al enfrentarnos a este logro de la implementación de la técnica de la colposacropexia y técnica de moschcowitz en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro podremos publicar y comparar sobre nuestras experiencias y resultados con los descritos en la literatura nacional e internacional sobre este tratamiento dando prestigio a nuestra institución y a nuestro Hospital, ya que en nuestro país existe poca información sobre el uso de esta técnica , siendo considerada como la **técnica estándar de oro como tratamiento definitivo en prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal o vía abdominal., corroborándose en este estudio de investigación.**

GLOSARIO

PROLAPSO DE CUPULA: Se trata de la caída o descenso de la cúpula vaginal, tras la realización de una Histerectomía abdominal o vaginal, complicación grave y de solución difícil.

PROLAPSO UTERINO: El descenso del útero se denomina histerocele, en general se asocia a un mayor o menor grado de cistocele o rectocele, en ocasiones hay una eversión total de las paredes vaginales y del útero en su interior, si se asocia a enterocele, puede producirse incarceraciones del intestino delgado, añadiendo una complicación mayor al prolapso.

RECTOCELE, ENTEROCELE: Es el descenso del tabique vaginal posterior acompañado por una saculación más o menos importante del recto, e incluso de asas intestinales.

CISTOCELE: Se define como el descenso de la vejiga acompañada por el del tabique vaginal anterior, de forma que la pared vaginal anterior se hace visible a través del introito en mayor o menor medida en relación con la intensidad del trastorno.

URETROCELE: Es un término que se utiliza para señalar el descenso de la uretra, que rara vez aparece aislado, también se ha utilizado para designar la eversión circular de la mucosa uretral a través del meato urinario, que puede aparecer sin prolapso y cuya importancia clínica es pequeña.

COLPOCELE: La forma anatomoclínica más corriente del prolapso genital es el colpocele, hernia Vaginal o protrusión de las paredes vaginales a través del introito vulvar

POP: Prolapso de órganos pelvianos.

DM: Diabetes Mellitus.

TRH: Terapia de reemplazo hormonal.

HTA: Histerectomía total abdominal.

HVR: Histerectomía vaginal reconstructiva.

ANEXOS

FORMATO PREOPERATORIO

Nombre: _____.	
Edad: _____.	
Expediente: _____	Peso: _____
Ocupación: _____	Talla: _____
Enfermedades crónicas degenerativas: DM SI NO HAS SI NO COLAGENOPATIAS SI NO ENF. PULMONARES SI NO	
Antecedentes Gineco – Obstétricos: Fecha de última menstruación: Papanicolau: Gestas: Partos:	
Cesáreas: Vida sexual activa: si no con dispareunia sin dispareunia Cirugías previas: Histerectomía abdominal con técnica: a. intrafascial: con anexos sin anexos b. extrafascial: con anexos sin anexos tiempo que ha transcurrido de que se realizó la cirugía.----- histerectomía vaginal reconstructiva: con cistouretroplastia miorrafia de elevadores. Colpoperinoplastia a. técnica con colposuspensión Terapia de reemplazo hormonal: a. duración post histerectomía si no exploración física: cistocele grado I II III con o sin incontinencia urinaria de esfuerzo prolapso de cúpula grado I II III rectocele grado I II III enterocele grado I II III estreñimiento vulvovaginitis de repetición urosepsis de repetición	

FORMATO POST QUIRÚRGICO		
Sensación de cuerpo extraño:	si	no
Dispareunia:	si	no
Cistitis:	si	no
Vulvovaginitis de repetición :	si	no
Urosepsis de repetición:	si	no
Estreñimiento:	si	no
A LA EXPLORACIÓN FÍSICA		
EXPLORACIÓN VAGINAL		
Cistocele grado	I	II III
Con incontinencia urinaria de esfuerzo:	si	no
Conservación de la anatomía de la vagina:	si	no
EXPLORACIÓN VAGINAL ARMADA		
SE ENCUETRA:		
Sangrado		
Granuloma		
Erosión de la cúpula vaginal		
Reacción inflamatoria		
Otras		

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Rock .Janes III.** Te Linde Ginecología Quirúrgica tomo II, edición 8va y 9na ,1998. 2006. editorial Panamericana. Buenos Aires . pp de la 8va 1030- 1067. pp9na 1001-1093.
- 2.-K.E.Andersson E.Davi y cols .** 1er congreso nacional disfuncion del piso pélvico 2004 .España . pp 149.
- 3.-Alfred E.Bent. Donald R.Ostergard y cols.**Ostergard uroginecología y disfunción del piso pélvico, edición 5ta,editorial Mac Graw Hill.pp 19 – 42. 81-104.
- 4.-Janer Sepúlveda .Eliana Quintero y cols .**Prolapso de la cúpula vaginal revisión y manejo médico y quirúrgico, revista colombiana gene-50-1 año 2004 pp1-8.
- 5.-**Revista Chilena de obstetricia y ginecología Cirugía mínima invasión .año 2005. pp 1-9.
- 6.-A.Hernández Alcántara.** Disfunción del piso pelviano.Prolapso de órganos pelvianos.revista actualidad obstetricia ginecología vol XIII, n 3 y 4 mayo junio / julio agosto 2001. pp 11- 21.
- 7.-A.Hernández Sánchez, M Bellon del Amo, y cols.**Trabajos originales revista ACTUALIDADES .editorial medica Madrid 2001 pp.1-9.
- 8.-Káser,Hirsh,Iklé.**Atlas de Cirugía Ginecologica .edición 5ta editorial 2003. Marban. Madrid España.pp.119-121 . 278 – 279.
- 9.-William J.Mann .Thomas G. Stavall.** Gynecologic Surgery. Edición 7ma 1996 editorial Chorchill Living Satane . pp 361 – 375.
- 10.- Oscar Gómez. Enrique Rueda .**Métodos reconstructivos por vía abdominal .encolombia.com/gine-50-1-prolapso-vaginal12.htm. pp 1-10.
- 11.-Addison WA., Timmons MC.** Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía abdominal. In Clínicas obstetricas y ginecológicas México ,interamericana mc graw hill 1993 . 4 935-944.
- 12.-E.Moral y A.de la Orden.**II Congreso nacional sobre disfunciones del suelo pelviano.sección de suelo pelviano sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2004 . pp 3- 21.

**13.-revista Chilena de obstetricia y ginecología –b – PROMONTOFIJACIÓN
VERSUS IVS.**

**14.-E.Martín, A.Martínez, R.Usandizaga,J.Santisteban.editorialmedica.com./Actual-
Mayo-Agos01-Trab3.pdf.pp1-10.Madrid España.**

INDICE

Introducción

Prólogo

Resumen

CAPITULO I

Planteamiento del problema..... 5

CAPITULO II

Antecedentes..... 2

CAPITULO III

Anatomía del soporte pélvico..... 8

Pelvis ósea..... 14

Musculatura pélvica..... 16

Perineo..... 19

Cuerpo Perineal..... 20

Sistemas de soporte visceral pélvico y ejes de apoyo..... 21

CAPITULO IV

Aspectos epidemiológicos del prolapso de órganos pélvicos..... 29

CAPITULO V

Definición de prolapso de cúpula..... 30

Etiología del prolapso de órganos pélvicos..... 31

Clasificación del prolapso de cúpula..... 33

Sintomatología del prolapso de cúpula vaginal..... 37

CAPITULO VI

Técnica quirúrgica..... 38

CAPITULO VII

Objetivos..... 42

Hipótesis..... 43

Justificación..... 44

Metodología de la investigación..... 45

Organización, presentación y análisis..... 49

Resultados, análisis y discusión.....	63
GLOSARIO.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	73

INTRODUCCION

Se realiza el presente estudio de investigación con la finalidad principal de obtener el título de posgrado de la especialidad de ginecología y obstetricia , con el cual culminará una de las etapas de mi vida académica y el ejercicio de la misma.

Se decide realizar este protocolo de estudio en nuestro servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Dr Darío Fernández Fierro ya que nos enfrentamos a una complicación tal vez no tan frecuente que es el prolapso de cúpula vaginal en pacientes con el antecedente de una histerectomía ya sea vaginal u abdominal. en la actualidad las mujeres alcanzan edades mas avanzadas y se ven casos de eversión masiva de la vagina siendo este un problema , que no acorta la vida pero disminuye significativamente la calidad de vida, considerándose una causa de discapacidad y por ello constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecólogo el proporcionar alivio , integridad y restablecimiento de las funciones normales de las estructuras que forman el piso pélvico , mas aun es un desafío mayor al enfrentarse con un prolapso de cúpula junto con la ocurrencia simultanea de otros defectos del soporte del piso pélvico , es por ello que se decide realizar este proyecto de investigación ya que se busca información sobre el tratamiento correcto y el empleo de la técnica quirúrgica de la **Colposacropexia y técnica de moschowitz** en las instituciones de salud de nuestro país y en nuestro propio hospital siendo nula, por lo que se decide implementarla en un periodo de tiempo que fue del mes de marzo del 2005 hasta agosto del 2006 , y asi obtener experiencias , logros y resultados para documentarlos y otorgar a nuestro hospital siendo de un 2do nivel prestigio y avances en la aplicación de métodos quirúrgicos de vanguardia dentro del servicio de ginecología y obstetricia y del

ISSSTE.

PRÓLOGO

Nuestra profesión tiene como premisa el cuidado y vigilancia de la salud de nuestras pacientes, las cuales presentan diferentes cambios a través de su transición en al etapas de su vida, todas ellas de interés porque cada una guarda cambios que implican cambios emocionales y físicos en las persona, compañera del hombre y dadora de emociones, procreadora de los hijos y vigilante constante del buen manejo familiar, es de esperar nuestro interés en una etapa en la cual el climatérico presenta una serie de cambios físicos siendo uno de ellos las diferentes distopias genitales, que alteran la vida social y sexual, se integra la presente tesis en la cual se plantea una técnica quirúrgica para el manejo del prolapso de cúpula vaginal, técnica que no es nueva sin embargo no se realiza en forma habitual, y el propósito es establecerla y que nuestro grupo de médicos la tenga como una opción de terapéutica.

RESUMEN

El propósito de este estudio es el poder relatar nuestras experiencias , logros y resultados en el uso de la técnica de colposacropexia vía abdominal en conjunto con la técnica de moschcowitz en pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal u abdominal en el Hospital General Dr Dario Fernández Fierro del ISSSTE que abarca del mes de marzo 2005, al mes de agosto del 2006 ya que esta técnica es descrita en los libros de técnicas quirúrgicas , sin embargo en nuestro país y en nuestras instituciones , este tipo de cirugías son poco utilizadas aún en hospitales de gran concentración .

Se les dio el tratamiento quirúrgico a 9 pacientes con edad promedio de 78 años todas con antecedentes de histerectomía vaginal (3) e histerectomía total abdominal (6), así teniendo en cuenta otros factores como tiempo transcurrido de la cirugía cirugías correctivas del piso pélvico , vida sexual actual, terapia de reemplazo hormonal , enfermedades crónicas , o presentar nuevamente algún tipo de prolapso de organos pélvicos mas el prolapso de cúpula, presentando la sintomatología de sensación de cuerpo extraño , infecciones repetitivas de vías urinarias.

En nuestra técnica malla de mersilene, prolene y seda para la sacropexia y técnica de moschcowitz , la malla se fija al ligamento anterior del sacro y la técnica de moschcowitz para obliterar el fondo de saco de douglas con seda,.

No se presentaron complicaciones y nuestras pacientes recibieron el tratamiento adecuado para prolapso de cupula vaginal siendo una complicación post histerectomía , obteniendo resultado favorables y mejorar su calidad de vida.

y para nuestro servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Dario Fernández Fierro y a nuestra Institución el ISSSTE , es un gran avance en téc-

Cas quirúrgicas ginecológicas.

SUMMARY

The purpose of this study is to be able to tell our experiences, achievements and Results with the use of technique of abdominal sacral colpopexy together with The technique of Moschowitz in patients with of the prolapse of the vaginal In the General Hospital Dr Darío Fernández Fierro of the ISSSTE from March 2005 to August 2006 since this technique is described in books of gynecologic surgery even when in our country and in our institutions this kind of surgeries, are not very used even in hospitals of great affluence.

nine patients with average age from 78 year old, received surgical treatment.

These patients had antecedents of hysterectomy taking into consideration other Matters such as the time since the corrective surgery of the dysfunction of the Pelvic floor all the disorders such as the prolapse of pelvic organs, of the prolapse Of the vaginal cupula., active sexual, TRH, chronic illnesses or to show again Some kind of sensation of foreign body, illness vaginal among the most relevant.

In the surgery used mersilene mesh, prolene, seda in the sacral colpopexy used The mersilene mesh and prolene permanent sutures in the peritoneum ostium From the sacral promontory, y the seda in the culdesac is obliterated by the Moschowitz operation, no one nobody presences complications.

Or when the results of the surgical treatment satisfactory with patients and for

The General Hospital Dr Darío Fernández Fierro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al enfrentarnos con pacientes en la consulta externa del servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro con una complicación como es el **prolapso de cúpula vaginal** y es poco frecuente en nuestro medio y la cual se puede presentar en meses u años después de haberse realizado una histerectomía ya sea vaginal o abdominal nos vemos ante un reto ya que debemos de proporcionar alivio permanente ,integridad y restablecimiento de las funciones normales de las estructuras que forman el piso pélvico y mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes, por lo que se plantea **implementar la técnica quirúrgica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y técnica de moschcowitz en pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea abdominal o vaginal a través de documentación y experiencias en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.**

Ya que no se encuentran antecedentes sobre la aplicación y experiencias de esta **Técnica quirúrgica en las Instituciones de Salud en nuestro País**

ANTECEDENTES

Desde los tiempos de Hipócrates, se conoce que las mujeres se quejan de la protrusión de los tejidos vaginales, en la actualidad las mujeres alcanzan edades mas avanzadas y se ven mas casos de eversión masiva de la vagina siendo este un problema, que no amenaza, ni acorta la vida, disminuye significativamente la calidad de vida, considerándose una causa de discapacidad y limitación de muchas de sus actividades

cotidianas, por ello constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecólogo el proporcionar alivio permanente, integridad y restablecimiento de las funciones normales de las estructuras que forman el piso pélvico, mas aun al enfrentarse a un desafío mayor como es el prolapso de cúpula después de una histerectomía ,sea vaginal o abdominal, junto con la ocurrencia simultanea de otros defectos del soporte de la pelvis .⁽¹⁾

Los acontecimientos importantes de la historia del tratamiento quirúrgico de la eversión dirigida hacia la restauración de la anatomía y la función de la vagina se realizaron revisiones bibliográficas más de 43 bien documentadas de las operaciones realizadas para el prolapso de cúpula vaginal tanto por vía abdominal como vaginal.⁽¹⁾

Las operaciones abdominales o combinadas, abdominal–vaginal para el prolapso de la cúpula vaginal han sido descritas por Ward, Langmade y cols., Richardson y Williams, Beechman, Ridley y otros ⁽¹⁾ Unas breves descripciones de estas operaciones han sido revisadas por Addison y col. La técnica abdominal mas ampliamente aceptada es la COLPOSACROPEXIA SACRA ABDOMINAL.⁽¹⁾⁽²⁾

Las publicaciones tempranas de Arthure, Savage y Falk describían la fijación directa del útero prolapsado al saco a través de una insición abdominal. Embrey utilizo un puente suspensorio de la fascia abdominal para efectuar esta fijación, el concepto de utilizar un material interpuesto para la suspensión de la cúpula vaginal al sacro fue una innovación que hizo posible la suspensión sin tensión esto es importante si la longitud

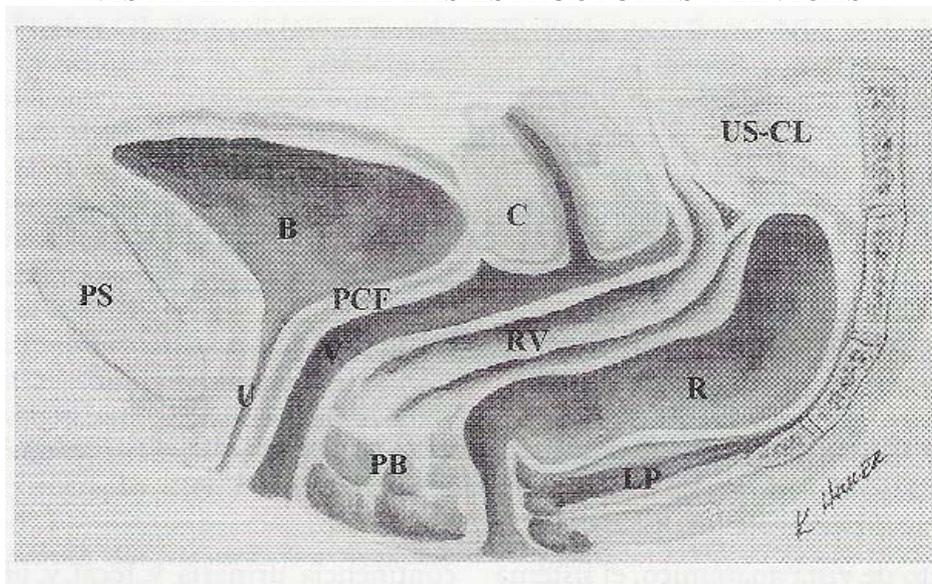
de la vagina ha sido comprometida por cirugías previas, en cuyo caso la cúpula vaginal no puede extenderse al sacro para su fijación teniendo buenos resultados. Birnbaum utilizó malla de teflón y enfatizó la importancia y ventajas de esta técnica para restablecer el eje vaginal normal y preservar la profundidad vaginal. Paul Zwifel en Alemania fue probablemente el primer médico que intentó una solución quirúrgica de este problema ya que en 1892 describe una técnica de fijación sacrotuberosa para la suspensión de la cúpula vaginal. En 1912 Moschcowitz Av. Realiza la culdoplastia por vía abdominal. En 1925 Lefort describe la primera colpocesis. En 1927 Miller describe la primera suspensión de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros. En 1951 la idea de fijar la cúpula vaginal a la pared pélvica posterior baja corresponde a al austriaco Amreich quien en 1942 describió la VAGINE FISURA SACROTUBERALIS VAGINALIS fijaba la cúpula vaginal al Ligamento Sacrotuberoso. En 1968 Ritcher , alumno de Amreich describe la primera fijación al ligamento sacroespínoso para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal. En 1963 Inmon describió la primera fijación al ligamento iliococcígeo para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal, un estudio de casos y controles de Christopher y cols, comparó entre la fijación de la cúpula vaginal al ligamento Sacroespínoso–Iliococcígeo, no encuentra diferencias entre las dos técnicas en cuanto a eficacia, incidencia de cistocele postoperatorio, dolor y hemorragia.

En 1962 Lane realiza la primera colposacropexia con malla por vía abdominal. En 1992 siguiendo las publicaciones de Cowan, Morgan, Hendee, Berry, Addison, Zinder, Krantz Timmons y cols DEMOSTRARON LA EFICACIA DE LA COLPOSACROPEXIA ABDOMINAL con el empleo de un puente suspensorio sintético para la corrección duradera del prolapso de cúpula vaginal. En 1994 Dorsey y Cundiff y Nezhat llevaron a cabo las primeras descripciones de la colposacropexia por laparoscopia ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

ANATOMIA DEL SOPORTE PÉLVICO

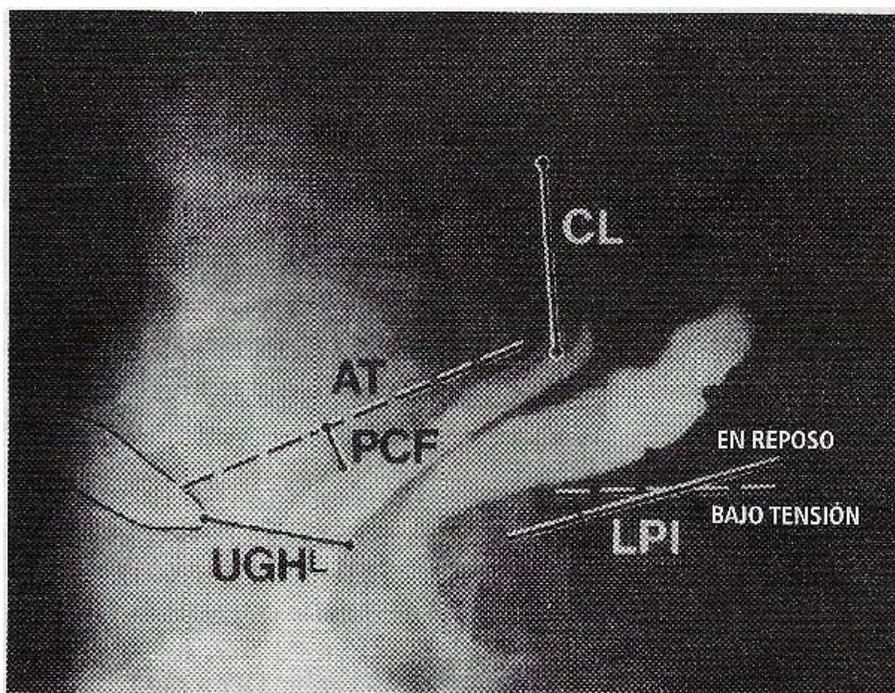
El sistema de soporte visceral pélvico se localiza entre el peritoneo parietal y la fascia parietal que recubre la cuenca muscular de la pelvis femenina. La finalidad de este sistema de apoyo es conservar las relaciones espaciales entre el cuello uterino y la vagina, la vejiga, la uretra, el recto y el conducto anal entre sí dentro de los confines de la pelvis.⁽³⁾ La función primordial de estos órganos consiste en el almacenamiento, distensión y evacuación y deben de conservarse sus relaciones anatómicas normales a fin de llevar a cabo sus funciones fisiológicas dentro de la normalidad. En la mujer nùlipara en posición de pie, la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto se orientan en un eje más horizontal, de manera particular cuando se incrementan las presiones pélvicas. La placa elevadora del suelo pélvico es paralela a estos órganos y suministra un retén dinámico muscular contra ellos. Esta orientación es de importancia crucial para prevenir el prolapso de los órganos pélvicos. Cuando la porción superior de la vagina se halla en su posición normal, el cuello uterino lo está nivel de las espinas isquiáticas. El fondo de saco vaginal posterior se extiende sobre el cóccix, por detrás, la parte baja del sacro, a nivel medial, y los ligamentos sacroespinosos en sentido lateral. La uretra, el tercio distal de la vagina y el conducto anal poseen una orientación más vertical. Cada uno mide de 3 – 4 cm de longitud, estos elementos pélvicos más bajos reciben el apoyo del cuerpo peritoneal y los trígonos urogenital y anal del perineo. Cuando se trastornan estas relaciones anatómicas normales, sobreviene a menudo la disfunción en la forma de incontinencia urinaria y fecal y prolapso vaginal.⁽³⁾

VISTA LATERAL DE LAS ESTRUCTURAS PELVICAS



B vejiga, C cuello uterino, LP placa elevadora , PB cuerpo perineal, PCF fascia pubocervical, PS sínfisis del pubis , R recto , RV tabique rectovaginal, U uretra, US-CL complejo de los ligamentos uterosacos y cardinales, V vagina.

VISTA LATERAL DE LAS ESTRUCTURAS PELVICAS



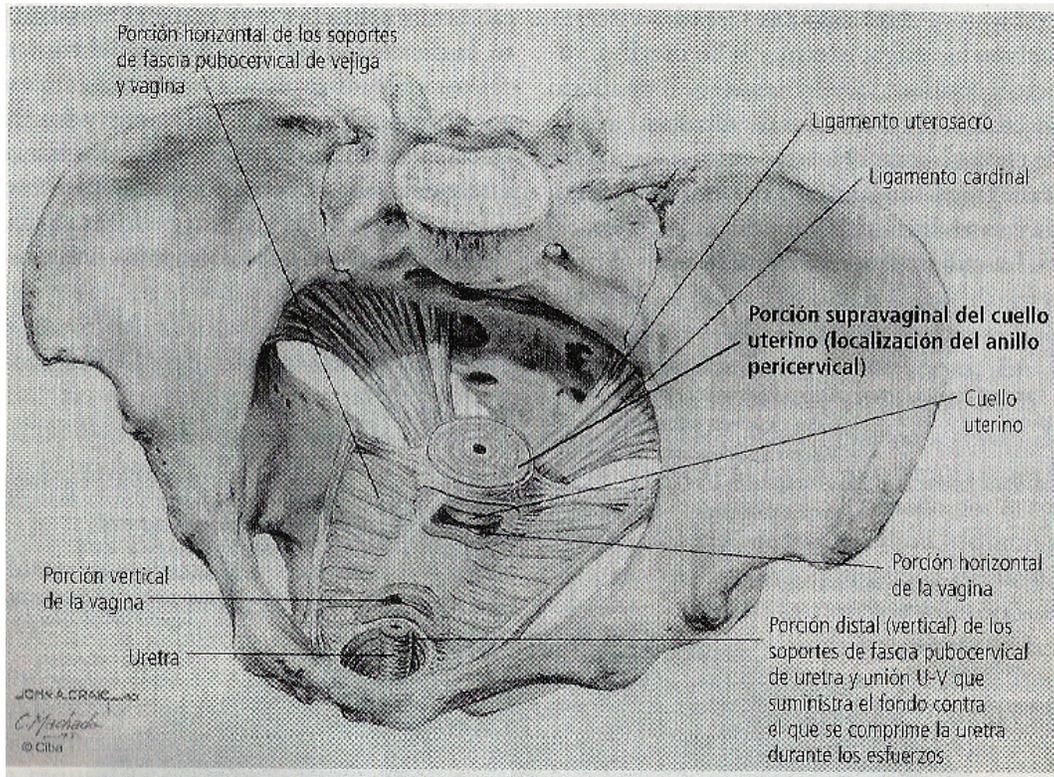
Vista en posición de pie en una radiografía lateral de pelvis

AT arco tendinoso de la fascia pélvica, CL ligamento cardinal, LPI inclinación de la placa elevadora (en reposo línea continua , bajo tensión línea continua) PCF fascia pubocervical. UGH longitud del hiato urogenital.

Al sistema de soporte visceral pélvico lo integran tejidos conjuntivos viscerales que rodean y apoyan de manera mecánica a las vísceras pélvicas y sus vasos nervios, ganglios y conductos linfáticos. Estos soportes viscerales forman una redecilla desde el reborde pélvico a lo largo de la parte más alta de las paredes laterales y la dorsal de la pelvis hasta el nivel anatómico de la espina isquiática donde toda la red prosigue en sentido horizontal, en la mujer que se encuentra en posición erguida, hasta los músculos obturadores internos hacia los lados y de los huesos púbicos y el cuerpo perineal por debajo. Esta red de apoyo se continúa y es interdependiente con la cuenca pélvica muscular tridimensional. sin embargo, dichos tejidos conjuntivos viscerales varían en composición, espesor, fuerza y elasticidad según los requerimientos mecánicos y fisiológicos de soporte en cada localización particular dentro de ella.⁽³⁾

Los soportes viscerales más altos para el cuello uterino y la parte alta de la vagina (COMPLEJOS DE LOS LIGAMENTOS CARDINALES Y UTEROSACROS) son cintas suspensorias flexibles llamadas también vainas tónicas. Por su parte los soportes horizontales medio pélvicos de la fascia pubocervical y tabique rectovaginal son de tejidos más densos o tabiques propiamente dichos, que tienen como finalidad hacer las veces de soporte central a manera de hamaca y establecer inserciones laterales contra las paredes musculares para suministrar apoyo a la vejiga y el recto. Los tejidos de soporte pélvico más bajos son muy fuertes y se fusionan con la fascia parietal del músculo pubococcígeo y el cuerpo perineal con el objeto de estabilizar la uretra, el tercio inferior de la vagina y el conducto anal. En última instancia, los tejidos conjuntivos viscerales y sus cintas e inserciones septales se conectan con la fascia parietal de la cuenca pélvica muscular, que está firmemente adherida a la pelvis ósea.⁽³⁾

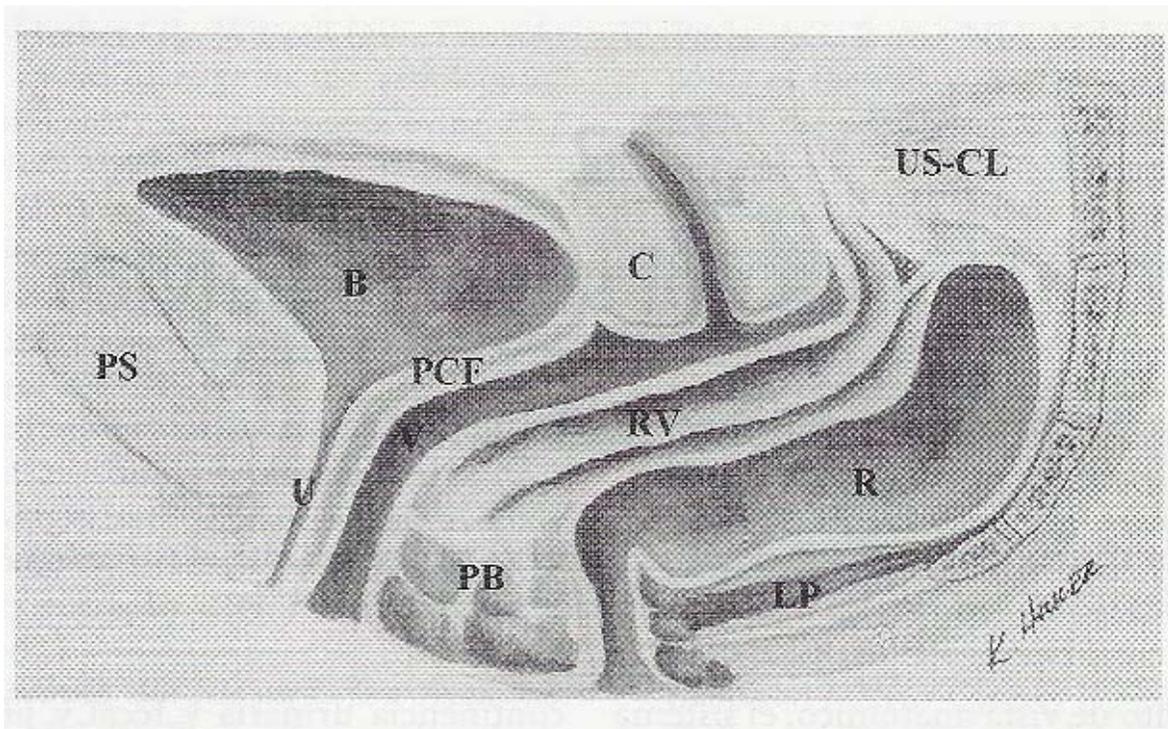
SOPORTES VISCERALES E INSERCIONES DEL CUELLO, VAGINA. VEJIGA Y RECTO.



Desde el punto de vista **mecánico** la fascia parietal es una matriz densa de tejido conjuntivo conformada por fibras de colágena predominantemente que entran en coalescencia con fascículos gruesos, que a continuación se entrelazan en una lámina tridimensional muy fuerte. El riego vascular es limitado y son escasos los fibroblastos activos dentro de este tejido conjuntivo denso. La fascia parietal cubre la cuenca muscular esquelética dentro de la pelvis. En contraste, la fascia visceral es una red tridimensional laxa de colágena, elastina y músculo liso con un riego vascular más rico. Esta red expansiva contiene una sustancia básica blanda con diferentes células de tejido conjuntivo diseminadas a lo largo de sus fibras. Esta matriz visceral rodea y soporta a nivel periférico a las vísceras de las cavidades abdominal y pélvica. La fascia visceral es flexible y elástica, pero solo dentro de ciertos parámetros. Si este tejido conjuntivo visceral se estira de manera mecánica más allá de estos límites, se rompen, la identificación de la fascia visceral pélvica es el concepto clave sobre el que descansan los conocimientos actuales de los defectos del soporte pélvico.⁽³⁾

La **fascia visceral pélvica**, conocida también como **fascia endopélvica**, tienen; Dos funciones de primera importancia.

La primera consiste en suspender las vísceras de manera mecánica sobre el suelo pélvico.⁽³⁾ En la mujer de pie, la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto se encuentran en un eje más horizontal, sobre la placa elevadora muscular, tal orientación horizontal crea un mecanismo de válvula de aleta que es de importancia crítica para prevenir el prolapso vaginal.⁽³⁾



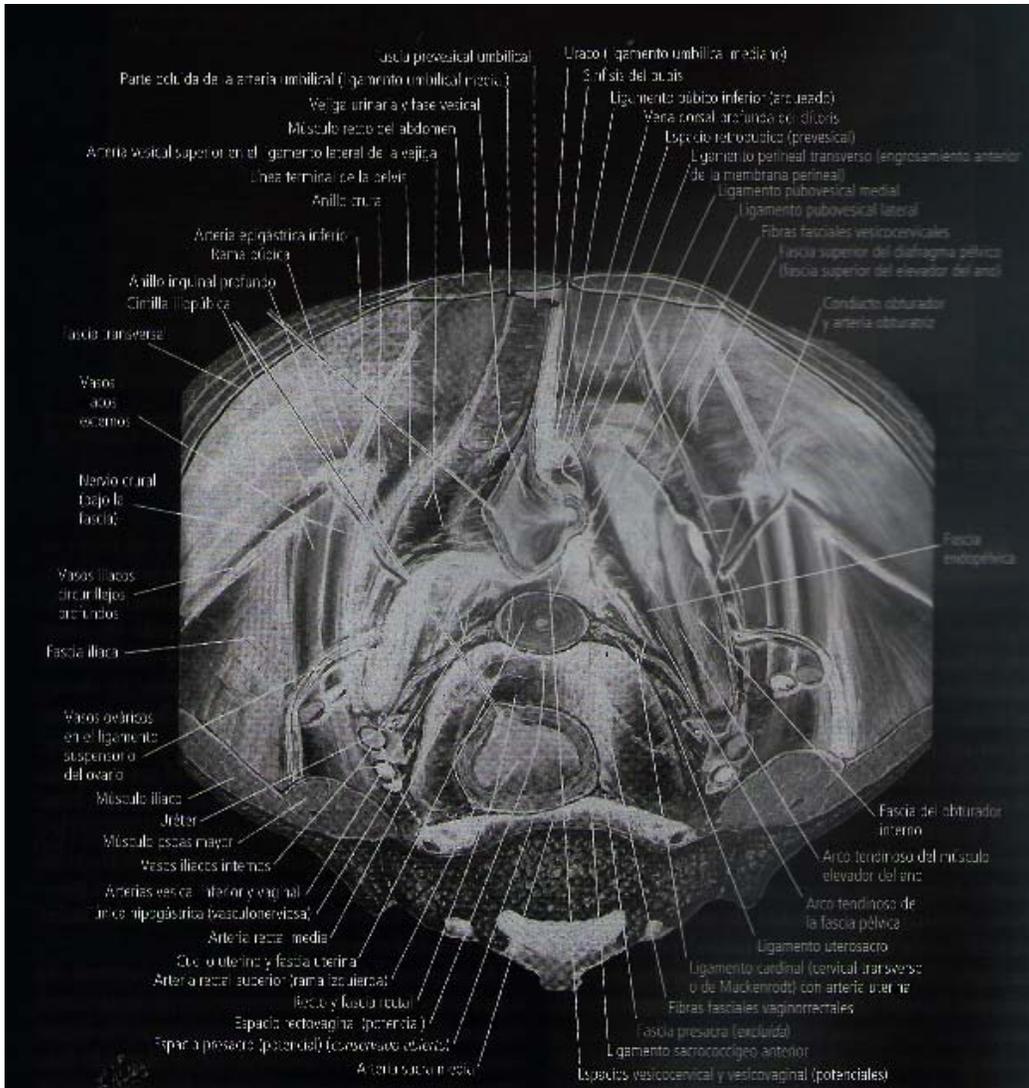
Durante la elevación de la presión abdominal o los esfuerzos de valsalva, la fuerza generada induce un empuje perpendicular hacia abajo contra el eje longitudinal de la vagina y las vísceras pélvicas, esta fuerza comprime los órganos contra la placa elevadora, que se contrae de manera simultánea, el atrapamiento resultante, lo mismo que la contracción del hiato elevador muscular, previene el prolapso de los órganos.⁽³⁾ La segunda finalidad de la fascia visceral de soporte es funcionar como un conjunto de conductos flexibles y soportes físicos para los vasos sanguíneos, los nervios viscerales y el tejido linfático que sirven a las vísceras.⁽³⁾ En este caso la función se puede clasificar en dos amplias categorías:

A.) cápsulas faciales viscerales y

B.) cintas suspensoras de soporte e inserciones septales (túnicas y tabiques).

Las cápsulas faciales viscerales envuelven la vejiga, uretra, cuello uterino, vagina, recto y conducto anal y se insertan de modo estrecho en la cubierta de músculo liso circundante de cada víscera. Dentro de estas cápsulas se reconocen vasos sanguíneos, nervios viscerales, ganglios y vasos linfáticos y tejido adiposo (tejido areolar). La cubierta facial de cada víscera hueca suministra soporte durante el almacenamiento, la distensión y la evacuación del contenido.⁽³⁾

Por añadidura, estas cápsulas viscerales sirven como inserciones para las vainas y los tabiques faciales viscerales. Dichos elementos faciales envuelven a todos los componentes anatómicos que discurren desde las vísceras pélvicas y hacia ellas.⁽³⁾ Al hacerlo, conectan los órganos pélvicos con la fascia parietal que recubre a músculos y huesos y los fija contra las paredes pélvicas, posteriores, laterales y anteriores. Las túnicas y tabiques faciales endopélvicas varían en cuanto resistencia, espesor, y composición, según sean las necesidades de soporte de esa zona en particular dentro de la pelvis.⁽³⁾



La integridad de la red de soporte pélvico depende de los elementos que constituyen la pelvis: huesos, ligamentos, músculos, fascia parietal y tejido conjuntivo visceral de soporte, como se ha descrito. A continuación se unifican en los conceptos anatómicos importantes para explicar el soporte visceral pélvico.⁽³⁾

PELVIS ÓSEA

La pelvis ósea es una concha rígida exterior sobre la que se insertan los músculos pélvicos y los ligamentos óseos. El hueso coxal, conocido también como iliaco, se articula por detrás con el sacro a nivel de las articulaciones sacroiliacas y por delante con el hueso púbico a nivel de la sínfisis del pubis. La pelvis ofrece carga de peso, locomoción y soporte a los órganos pélvicos y las estructuras anatómicas accesorias. En adición brinda la transmisión apropiada de la presión desde la parte alta del cuerpo a través de la columna vertebral hacia las extremidades inferiores.

El hueso iliaco está formado por la fusión de tres huesos más pequeños: ilion, isquion, y pubis⁽³⁾. el ilion es la porción superior de la pelvis, el isquion conforma la porción Inferoposterior de ésta, por último, el pubis representa la sección inferoanterior.

Estos huesos de mayor tamaño se fusionan entre sí a nivel del acetábulo y se articulan en la sínfisis del pubis.⁽³⁾ El estrecho o entrada de la pelvis verdadera (línea terminal) se constituye en ambos lados la sínfisis del púbis, la rama superior de este hueso, la línea arqueada del ilion, la porción alar del sacro y el promontorio de este último en la mujer en posición erguida este estrecho crea un ángulo de 60 a 65 grados respecto al plano horizontal o suelo. El borde anterior del agujero isquiático mayor tiene una orientación casi vertical. La arteria iliaca interna discurre a lo largo de este borde y ayuda a establecer la túnica del ligamento cardinal. Este borde anterior del agujero isquiático mayor termina en una proyección roma que apunta en sentido medial llamada espina isquiática. Esta última está 2 a 3 cm por arriba del nivel de la cresta pubica. Tal orientación suministra una relación casi horizontal entre la superficie posterior del hueso púbico y la espina isquiática. Esta relación es de importancia crítica para definir el eje horizontal del soporte pélvico con objeto de comprender la manera en la que la fascia pubocervical intacta previene los cistocelos y enterocelos anteriores (prolapso de la pared vaginal anterior) y de manera en que el tabique rectovaginal intacto impide los rectocelos y enterocelos posterior (prolapso de la pared vaginal posterior). El ligamento sacroespinoso se proyecta en sentido medial y hacia atrás desde la espina isquiática hasta las superficies lateral y anterior de la porción más baja del sacro y cóccix. Este ligamento convierte a la escotadura isquiática mayor en el agujero isquiático mayor. Sobre su superficie pélvica el ligamento sacroespinoso se encuentra cubierto por el músculo coccígeo, que es muy delgado, este músculo se vuelve fibrótico y ligamentoso en las mujeres de edad avanzada. En una relación anatómica por debajo de la espina isquiática se identifica el agujero isquiático menor, por lo que discurre el tendón del músculo obturador interno en su proyección hacia su inserción sobre el trocánter mayor del fémur. El ligamento sacrotuberoso transcurre en sentido medial y hacia arriba desde la tuberosidad isquiática en dirección de las superficies laterales y posteriores de la mitad inferior del sacro. Este ligamento forma el borde posterior del estrecho pélvico y el perineo.⁽³⁾

El agujero obturador es una gran ventana oval formada por los cuerpos y las ramas del pubis y el isquion , la membrana obturatriz cubre esta abertura por delante y hacia los lados a nivel del borde del agujero obturador , se halla un surco en el cuerpo del pubis para el paso de los vasos y el nervio obturadores.

El músculo obturador interno se origina en todo el borde óseo del agujero obturador y a partir del lado pélvico de la membrana obturatriz con la finalidad de construir la pared lateral pélvica.⁽³⁾

MUSCULATURA PÉLVICA

La pelvis femenina es una cuenca de músculos esqueléticos, tiene una pared anterior, una pared posterior, dos laterales y un suelo, la parte de arriba está abierta, la pared frontal es simplemente el dorso de la sínfisis del pubis cada pared lateral se integra con el músculo obturador interno respectivo. La pared posterior se conforma con el sacro a nivel central y los músculos piramidales de la pelvis a los lados, cada uno de estos músculos se originan en las superficies anterior y lateral del sacro en sus porciones media y superior, a continuación sigue una trayectoria lateral por el agujero isquiático mayor para insertar se en el trocánter mayor del fémur, en conjunto con el tendón del músculo obturador interno, que abandona la pelvis a través del agujero isquiático menor. Los músculos elevadores del ano, al igual que el músculo cocciógeo, localizado mas hacia atrás, forman el suelo de la pelvis, se observa un engrosamiento curvilíneo de la fascia parietal que cubre al músculo obturador interno desde las superficies posteriores y lateral del hueso pubis hacia la espina isquiática queda origen a los músculos elevadores del ano, este engrosamiento se denomina arco tendinoso elevador del ano , o músculo de la línea blanca, la porción anterior de cada músculo elevador del ano procede de la rama superior del hueso púbico y el extremo anterior del músculo obturador interno a lo largo de esta línea, se conoce como porción pubococciógea de los músculos elevadores del ano, cada músculo pubococciógeo rodea al tercio inferior de la vagina y se inserta en el rafe anococciógeo y sobre el cóccix.⁽³⁾

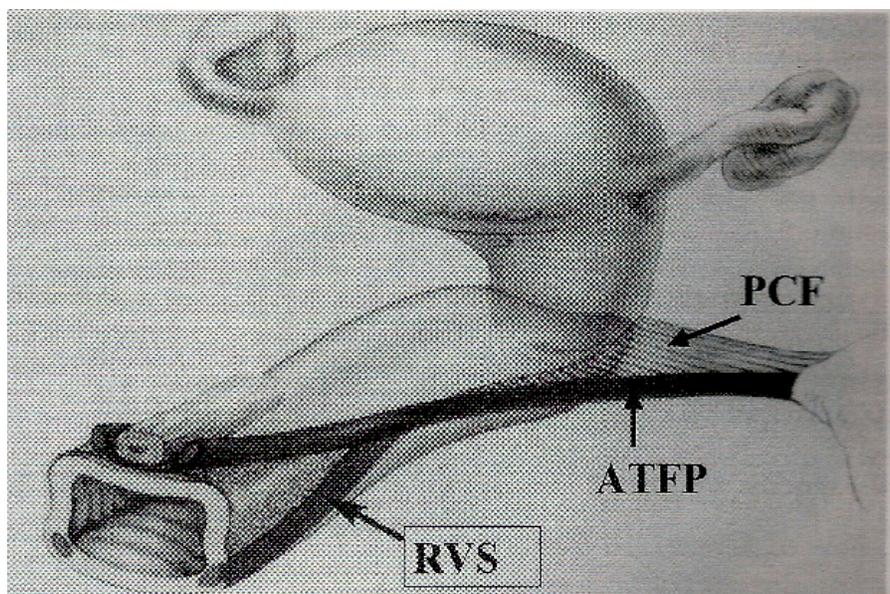
La parte más inferior y medial del músculo pubococcígeo proviene de la porción más baja del cuerpo del pubis y pasa hacia atrás alrededor del recto para formar un cabestrillo cuya finalidad es crear una unión rectoanal de 90 grados tal porción del músculo se llama puborrectal, este músculo cuando se contrae, tira de la unión rectoanal hacia la sínfisis del pubis, esa acción es de vital importancia para conservar la continencia fecal sólida, el hiato elevador es la separación especial de estos músculos en un lado desde sus músculos hermanos en el otro lado a nivel de la línea media, el surco hace posible el paso de la uretra y la vagina hacia el perineo.(3).

La porción más posterior del músculo elevador del ano es un músculo delgado, aunque aún fuerte, de solo 3 a 4 mm de espesor denominado músculo iliococcígeo, también se origina en la línea blanca muscular en su trayectoria hacia la espina isquiática, este músculo se inclina hacia abajo en dirección de la línea media y emiten fibras que se entrecruzan con la cubierta longitudinal del recto. A continuación se fusionan con su músculo hermano del lado opuesto justamente por delante del rafe anococcígeo y forma la placa elevadora, de 3 a 4 cm de largo, en la mujer que se conserva de pie, la placa elevadora posee una orientación en un plano horizontal desde la unión rectoanal hasta el cóccix la placa elevadora muscular es dinámica desde el punto de vista fisiológico, ya que cambia de modo constante su tensión para ajustar las presiones intrapélvicas cambiantes.(3) Los músculos del grupo elevador del ano reciben inervación de ambos lados, la superficie pélvica está inervada por ramos eferentes sacros, pertenecientes a los nervios sacros, segundo, tercero y cuarto, la superficie perineal o inferior recibe su inervación de ramas de cada nervio pudiendo.(3).

Es de importancia que la fascia parietal de los músculos elevadores del ano se encuentra engrosada a lo largo de la línea recta desde el arco púbico hasta la espina isquiática a cada lado, esta línea engrosada sirve como inserción final de los soportes horizontales de la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal, dicha estructura lineal se conoce como arco tendinoso de la fascia pélvica o línea blanca facial.(3).

En sentido oblicuo hacia atrás y abajo desde la línea blanca facial, a cada lado del punto medio de la vagina, se proyecta un engrosamiento de la fascia parietal sobre el

ARCO TENDINOSO DE LA FASCIA RECTOVAGINAL . TUNICAS MUSCULOS FASCIAS ESPACIOS DE LA PELVIS



Inserción del tabique rectovaginal y el arco tendinoso de la fascia pélvica a la pared lateral de la pelvis . los defectos laterales del tabique rectovaginal deben de suturarse contra la línea de inserción a nivel de la pared lateral pélvica.

RVS : Tabique rectovaginal. ATFP: Arco tendinoso de la fascia pélvica. PCF: Fascia pubocervical.

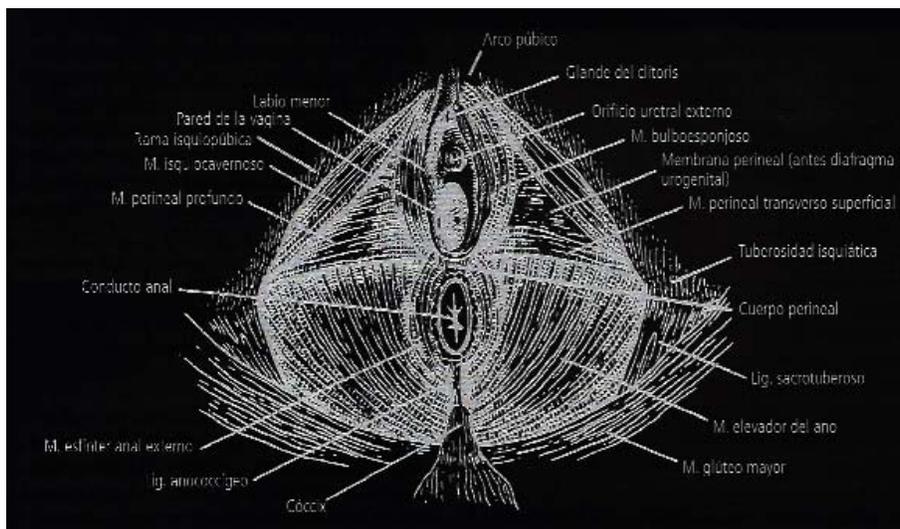
PERINEO

Por debajo de los músculos elevadores del ano se reconocen los músculos del perineo, que cubren la salida de la pelvis, esta zona está limitada por delante por el arco púbico y por detrás por la punta del cóccix , hacia los lados las ramas isquiopúbicas , las tuberosidades isquiáticas y los ligamentos sacrotuberosos otorgan al perineo una forma romboidea.(3) El perineo se puede subdividir en mayor grado aún si se traza una línea transversal enfrente de las tuberosidades isquiáticas, de este modo, la región se di-viden en dos partes triangulares , estos dos triángulos no están situados en el mismo plano horizontal, sino a su vez ligeramente angulados entre sí, la división posterior contiene el conducto anal y se conoce como triángulo anal.

La porción anterior aloja la vagina y la uretra y se conoce como triángulo urogenital , a dicho triángulo lo divide la membrana perineal en compartimentos superficial y

profundo , que se encuentran fijados al cuerpo perineal entre la vagina y el ano la estructura de soporte clave en el triángulo urogenital es la membrana perineal, que abarca el espacio entre las dos ramas isquiopúbicas , la membrana y cuerpo perineales son enlaces importantes para la conexión de la fascia endopélvica que rodea a la vagina y la uretra con los elementos fibromusculares que circundan las salidas de estas vísceras.(3)

CUERPO PERINEAL Y PERINEO FEMENINO



CUERPO PERINEAL.

El cuerpo perineal es la región del perineo ubicada entre la salida de la vagina y el ano , es una estructura piramidal tridimensional cuya orientación en la paciente erguida determina que su base sea paralela al suelo, la parte más alta del cuerpo perineal se localiza a nivel de la unión del tercio inferior y el tercio medio de la vagina , la altura del cuerpo perineal es de 3 a 4 cm, en el cuerpo perineal se insertan los músculos bulbocavernosos, los perineales transversos superficiales, una porción de los músculos elevadores del ano y otros elementos fibromusculares, de manera más notoria el tabique rectovaginal ; este último contribuye a estabilizar el cuerpo perineal en todas sus inserciones superiores a los ligamentos uterosacos y en seguida al sacro. Como resultado, existe una limitada movilidad hacia abajo del cuerpo perineal en la mujer nulípara.(3).

SISTEMA DE SOPORTE VISCERAL PÉLVICO Y EJES DE APOYO.

Una vez descritos de forma sinóptica los huesos , ligamentos, y músculos de la pelvis femenina, es preciso comprender el soporte vaginal y de los órganos pélvicos con una descripción de la fascia visceral o endopélvica y el concepto de los tres ejes del soporte pélvico en la mujer en posición de pie. La vejiga, vagina y recto se estabilizan en la pelvis por acción de tejidos conjuntivos viscerales, que permiten sus funciones independientes de almacenamiento , distensión y evacuación , tres ejes de soporte conservan la posición central de estos órganos pélvicos .⁽³⁾.

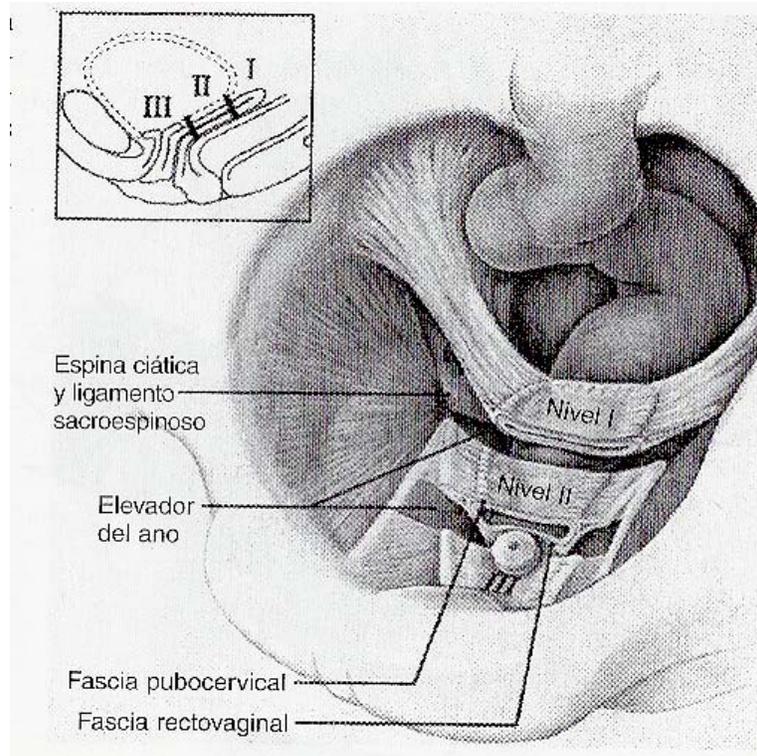
Se observan problemas del soporte pélvico sobre todo en la paciente que se encuentran en posición erguida, ya sea de pie o sentada, el tejido conjuntivo visceral suministra el material físico de soporte.(3).

El **primer eje de soporte vaginal** (nivel I de **DELANCEY**) es el eje vertical superior, que facilita la compresión del complejo formado por los ligamentos cardinal y uterosacro ,esta túnica facial contiene fibras suspensoras que entran en coalescencia con cintas anatómicas, estas últimas sirven para traccionar la parte alta de la vagina, el cuello uterino y el segmento uterino inferior hacia atrás en dirección del sacro , de modo que las vísceras se hallen colocadas sobre la placa elevadora de soporte.(3).

El **segundo eje de soporte** (nivel II de **DELACEY**) es el eje horizontal que transcurre desde la espina isquiática hasta la superficie posterior del hueso púbico. Los soportes laterales, o paravaginales, de la vejiga, dos tercios superiores de la vagina y el recto se derivan de este eje. (3).

El **tercer eje de soporte** (nivel III de **DELACEY**) o de eje vertical inferior es perpendicular al plano del hiato elevador y los triángulos urogenital y anal y define la orientación vertical del tercio inferior de vagina, uretra y conducto anal.(3).

SISTEMA DE SOPORTE VISCERAL PÉLVICO Y EJES DE APOYO.



EJE VERTICAL SUPERIOR: SUSPENSIÓN

El eje vertical superior está orientado , como su nombre lo indica, en sentido vertical desde la unión sacroiliaca, a nivel del reborde pélvico , hasta la espina isquiática y se proyecta a lo largo del borde anterior del agujero isquiático mayor sigue la trayectoria y la dirección de los vasos iliacos internos, la túnica del ligamento cardinal es un conjunto amplio de fibras de colágena viscerales en forma de abanico que envuelven a la arteria y la vena iliacas internas en capas de láminas , dichas láminas se fusionan y forma una túnica que está orientada en sentido vertical y sigue a la arteria y vena uterinas hasta la cápsula facial visceral del cuello uterino, que se denomina anillo pericervical; tales fibras cuentan también con inserciones en el segmento uterino inferior y la parte alta de la vagina.

Las de la parte alta de la vagina forma el paracolpo y se observan a través de la vagina como fondos de saco laterales, en virtud de su estrecha relación con los vasos ilíacos internos y uterinos, la túnica del ligamento cardinal se conoce como cinta vascular, por detrás y hacia los lados la túnica del ligamento cardinal se fija por sí misma con firmeza a la fascia parietal de los músculos piramidales de la pelvis y obturadores internos respectivos lo mismo que a la fascia parietal del borde anterior del agujero isquiático mayor.⁽³⁾.

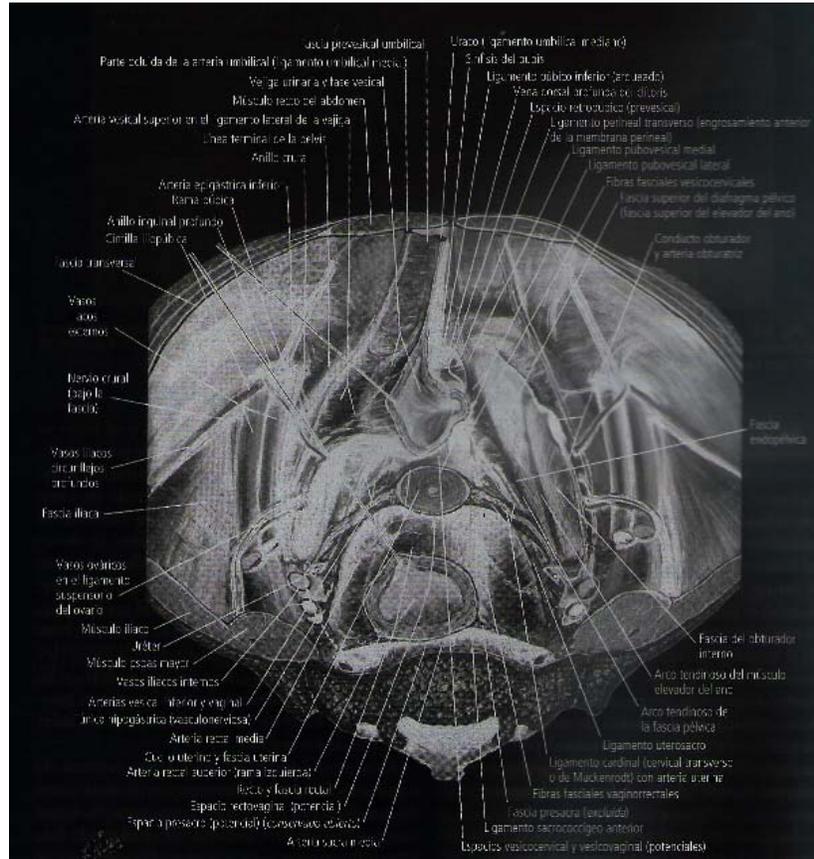
La porción del ligamento uterosacro de la túnica del ligamento cardinal es un engrosamiento más denso de tejido conjuntivo visceral situado en las porciones medial e inferior de esta túnica; cada ligamento uterosacro se engruesa y estrecha a medida que se inserta en las superficies posterior y laterales del anillo pericervical, los ligamentos uterosacros se incurvan a continuación alrededor del recto en sentido horizontal y se insertan en la resistente fascia presacra que recubre a la segunda, tercera y cuarta vértebras sacras, por este motivo, cada ligamento uterosacro puede considerarse como una cinta sacra.⁽³⁾.

Los ligamentos cardinales y los uterosacros forman un complejo de tejidos de tejidos de soporte visceral para la parte alta de la vagina y el cuello uterino y; después de la histerectomía, para el maguito vaginal, tiran de la parte alta de la vagina en sentido horizontal una vez más hacia el sacro y de este modo, la suspenden sobre la placa elevadora muscular.⁽³⁾ *Desde el punto de vista anatómico la inserción de los ligamentos cardinales y uterosacros sobre el anillo pericervical se suspende a nivel de las espinas isquiáticas, en el plano clínico el desprendimiento de los complejos de los ligamentos cardinal y uterosacro (túnicas o cintas) del anillo pericervical ocurre a nivel de las espinas isquiáticas y representa la razón anatómica para el desarrollo del descenso uterino, el prolapso de la bóveda vaginal después de histerectomía y enterocele.^{*(3)}.

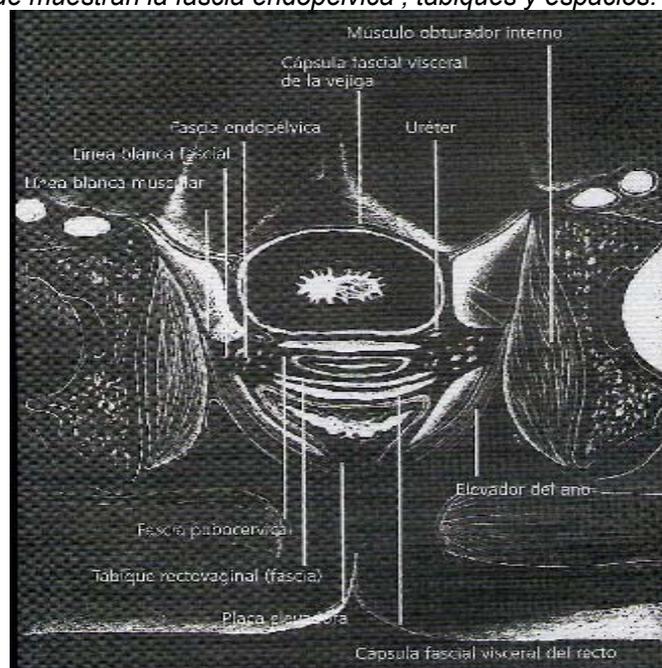
EJE HORIZONTAL: INSERCIÓN EN LA PARED LATERAL.

El eje de soporte vaginal horizontal explica la orientación horizontal de la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto. Las dos plataformas fasciales que se encargan de la orientación horizontal de estas vísceras son la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal (fascia). Ambos elementos anatómicos son flexibles, de forma trapecoide y paralelos entre sí con la vagina. No obstante, el origen anatómico de cada una de estas estructuras es diferente. Comprender el horizontal permite explicar el soporte de la pared vaginal anterior (prevención de cistocele) y el soporte de la pared vaginal posterior (prevención de los rectoceles). En el plano horizontal del soporte pélvico, la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal acaban por insertarse a los lados en cada pared pélvica a nivel del arco tendinoso de la fascia pélvica o la línea blanca fascial. ⁽³⁾. La fascia pubocervical, o cubierta fibromuscular de la pared vaginal, es un engrosamiento de la cubierta facial visceral de la vagina por delante. El término fascia pubocervical es una referencia clínica y quirúrgica, no una designación histológica a cada lado de esta capa fibromuscular se inserta de manera indirecta en la línea blanca facial por medio de un tabique visceral transversal corto (1 a 2 cm de ancho) conocido como fascia endopélvica, que cubre la distancia entre el arco púbico y la espina isquiática, recordando la relación casi horizontal entre la superficie posterior del hueso púbico y la espina isquiática, la fascia pubocervical está fusionada de modo estrecho con el epitelio vaginal y ofrece una plataforma física sobre la que descansa la vejiga; cuando esta intacta, la fascia pubocervical y sus inserciones laterales de la línea blanca facial impiden la formación de cistocele, que es el prolapso de la pared vaginal anterior. Tiene la misma importancia el borde posterior de la fascia pubocervical, que se fusiona con el anillo pericervical y hace contacto a continuación con los complejos de ligamentos cardinales y ligamentos uterosacros, como consecuencia, la integridad de la fascia pubocervical para prevenir el prolapso de la pared vaginal anterior incluye no sólo sus inserciones en las líneas blancas faciales, si no también su fusión con el anillo pericervical, esta relación coloca a la parte alta de la vagina en sentido horizontal sobre la placa elevadora. ⁽³⁾.

Túnicas y espacios fasciales endopélvicas.



Eje horizontal : inserción de la pared lateral. Corte coronal a través de la unión de los tercios superiores y medio de la vagina que muestran la fascia endopélvica , tabiques y espacios.



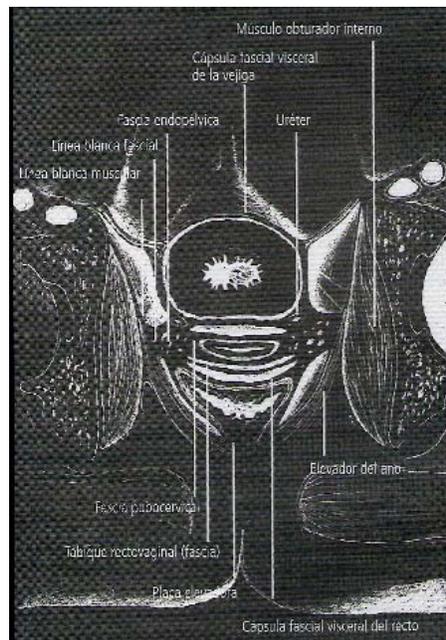
A nivel inferior, la fascia pubocervical transcurre por debajo de la uretra y se inserta en la membrana perineal, cerca del tercio más bajo de la uretra.(3).Las flexiones anteriores de la fascia pubocervical alrededor de la uretra se insertan por debajo del arco púbico para ayudar a estabilizar a esta última, a estas flexiones anteriores ligamentos pubouretrales, ya que intervienen en la incontinencia urinaria a nivel mediouretral, por añadidura, la fascia pubocervical forma una hamaca de tejido conjuntivo visceral por debajo de la unión uretrovesical, lo que explica otro mecanismo de continencia urinaria, los surcos anterolaterales que se observan en la mujer nùlipara normal durante la exploración vaginal son manifestaciones de la fascia pubocervical en su sitio de inserción sobre cada fascia endopélvica, que a su vez se inserta en cada línea blanca facial en ambos lados.⁽³⁾.La fascia pubocervical se fusiona con el anillo fascial visceral que rodea a la porción supravaginal del cuello uterino, con lo que contribuye a la formación del anillo pericervical de tejido de soporte; el anillo pericervical es el encargado de la continuidad del soporte pélvico desde los complejos de los ligamentos cardinales y uterosacros del eje de soporte vertical superior hasta el eje de soporte horizontal de la fascia pubocervical y el tabique rectovaginal.(3) La transición de los soportes verticales superiores hacia los soportes horizontales tiene lugar a nivel del foco del anillo pericervical, que se ubica desde el punto de vista anatómico a nivel de las espinas isquiáticas en ambos lados, por este motivo, los soportes verticales superiores se continúan con los soportes horizontales a nivel de las espinas isquiáticas.(3).

El tabique rectovaginal (llamado también fascia rectovaginal) es la plataforma horizontal de tejido de soporte visceral entre la vagina y el recto, dicha fascia no es una cubierta fascial endopélvica engrosada, sino una plataforma fascial endopélvica separada y formada por la fusión de dos capas de peritoneo que se han modificado desde el punto de vista histológico, El tabique rectovaginal se adhiere al ápice del cuerpo perineal por debajo y en última instancia lo hace, por ambos lados, a la fascia parietal de los músculos pubococcígeos, y por detrás, al fondo de saco peritoneal y los dos ligamentos uterosacros en el sitio en que éstos se insertan en el anillo pericervical.(3).

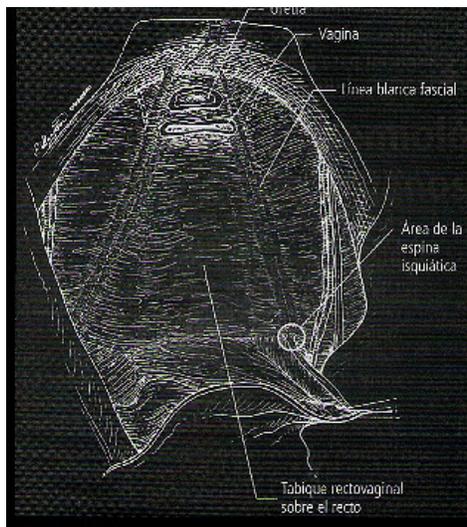
El tabique recto vaginal posee una orientación horizontal en la paciente que se encuentra en posición erguida y , por este motivo , es paralelo a la plataforma fascial pubocervical que suministra el soporte a la vejiga , se proyecta entre las cubiertas fasciales viscerales de la vejiga y el recto.(3).

Cuando de encuentra intacto el tabique rectovaginal impide desde el punto de Vista clínico la formación de rectoceles o prolapsos de la pared vaginal posterior Además el tabique rectovaginal intacto suspende en realidad al cuerpo perineal Desde el sacro mediante sus inserciones en los ligamentos uterosacos.(3).La mitad más alta del tabique rectovaginal se inserta en ambos lados a cada fascia iliococcígea por medio de la fascia endopélvica se adhiere a la línea blanca fascial , a medida que el tabique rectovaginal discurre hacia el cuerpo perineal a nivel de la porción media de la vagina , se inserta en el engrosamiento lineal de la fascia iliococcígea , el arco tendinoso de la fascia rectovaginal , con lo que se dirige hacia el ápice del cuerpo perineal , esta adhesión es la que produce los surcos posterolaterales que se identifican en la paciente nulípara en la mitad frontal de la vagina.(3)

Corte coronal a través de la unión de los tercios superior y medio de la vagina que muestra la fascia endopélvica , tabiques y espacios.



Tabique rectovaginal se conecta con los ligamentos uterosacros por arriba , la fascia de los elevadores por los lados y el cuerpo perineal en el sentido distal



EJE VERTICAL INFERIOR : FUSIÓN .

El eje de soporte vertical inferior es el que produce la orientación vertical de la uretra , tercio inferior de la vagina y el conducto anal, este eje se proyecta en sentido perpendicular a través del hiato elevador y el perineo, con inclusión de los triángulos urogenital y anal. El hiato elevador es el que produce la orientación vertical del tercio inferior de la vagina, el ángulo de unión de 90 grados(a causa del cabestrillo puborrectal) y en hamaca fascial pubocervical en la unión uretrovesical , en el compartimiento profundo del triángulo urogenital se localizan los ligamentos pubouretrales en la porción media de la uretra, justamente por arriba de la membrana perianal , el cuerpo perineal es también el encargado de cerrar el introito vaginal, en tanto que el triángulo anal del perineo, del funcionamiento del conducto anal y el ano.(3).

El eje de soporte vertical inferior se forma con las inserciones directas y la fusión de las cápsulas fascial viscerales alrededor de la porción distal de la uretra , el tercio inferior de la vagina (fibras de Luschka) y el conducto anal dirigido a la fascia parietal de los músculos pubococcígeo y puborrectal , además de la membrana perineal y cuerpo perineal.(3)

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS

Los aspectos epidemiológicos del prolapso de órganos pélvicos constituye un campo que ha recibido mucha atención en el material publicado, pero aún no puede comprenderse por completo.⁽³⁾

Existen diversos problemas para definir el prolapso de órganos pélvicos así la AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY lo define como una protrusión de dichos órganos hacia el interior o exterior del conducto vaginal esta definición podría incluir, desde el punto de vista técnico, a una mujer con la relajación más discreta del cuello uterino, de modo que éste descendiera 1 a 2 cm dentro del conducto vaginal con la maniobra de vansalva completa procedencia uterina, **en la actualidad no existe una definición clara que permita distinguir entre el soporte normal y el prolapso de los órganos pélvicos y aunque son manifiestos los extremos del soporte pélvico para la mayoría de los profesionales de la salud, puede ser difícil identificar los casos más sutiles. sin una definición clara de lo que representa el prolapso de órganos pélvicos no es fácil describir sus aspectos epidemiológicos.**⁽³⁾⁽⁴⁾⁽¹⁾

La incidencia de los defectos del soporte de los órganos pélvicos es inexacta ya que establecer la diferencia entre el prolapso normal de los órganos pélvicos y el anormal es complicado por que no se cuenta con conocimientos acerca de la distribución del soporte de los órganos pélvicos en la población femenina normal.⁽³⁾

Así al encontrarse con este problema la información sobre la incidencia de prolapso de cúpula vaginal es escasa, sin embargo en algunas publicaciones se tiene que cerca del 14% de la población es mayor de 65 años de edad y se calcula que este porcentaje aumentará hasta casi un 20% en el 2000 o poco después; la incidencia **de prolapso de cúpula vaginal consecutivo a cualquier tipo de histerectomía va de 0.5 al 2 % , y que es más frecuente en mujeres blancas que negras.**⁽⁴⁾⁽³⁾⁽¹⁾

DEFINICIÓN DE PROLAPSO DE CÚPULA.

El prolapso de cúpula es la eversión masiva de la vagina, que generalmente está acompañado de enterocele y puede o no estar acompañado de rectocele y/o cistocele.⁽⁵⁾

MECANISMOS DE SOPORTE VAGINAL.

Los músculos que dan soporte a la vagina son:

- A. DIAFRAGMA PELVICO:** formado por el músculo elevador del ano y el coccígeo (ISQUIOCCIGEO).

- B. DIAFRAGMA UROGENITAL:** formado por el músculo transverso profundo del perine y la fascia profunda del perine (o aponeurosis perineal media)el músculo coccigeo se origina en la cara interna de la espina ciática y en el borde anterior de la escotadura ciática mayor , termina en la cara y borde anterior de las dos últimas vértebras sacras y en las dos vértebras coccígeas innervado por ramos del plexo sacro. ⁽⁵⁾.

El músculo elevador de ano está compuesto por tres fascículos:

- El pubococcígeo y el ileocccígeo.

- El pubococcígeo tiene dos fascículos, el músculo pubovaginal y el púborectal. el pubococcígeo se origina en la cara interna del pubis hasta el canal obturador, insertándose el ligamento anococcígeo.

- El fascículo iliococcígeo se origina en la cara interna de la espina ciática y en el arco tendinoso del elevador del ano. Termina el ligamento anococcígeo y en el hueso cóccix la membrana perineal fija la vagina y el cuerpo perineal a la entrada de la pelvis ósea sostiene el piso pélvico contra los efectos del aumento de presión intrabdominal y contra la gravedad.

ETIOLOGÍA DEL PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS

Se han identificado de manera sostenida paridad creciente, edad avanzada, procedimientos quirúrgicos previos para corregir los defectos del soporte pélvico como factores de riesgo del prolapso, entre otros que se toman en cuenta es el parto vaginal o abdominal, histerectomías, defectos congénitos raza, estilo de vida y estados patológicos crónicos que elevan la presión intrabdominal.⁽³⁾⁽⁶⁾

Por lo que el prolapso puede ser congénito y, con mucha más frecuencia, adquirido. En cualquier caso su origen es multifactorial, en 1998 Bump y Norton consideran un esquema etiopatogénico más amplio y más acorde con la realidad de los factores etiopatogénicos como:

Factores predisponente.

Las anomalías anatómicas y neurológicas, como la extrofia vesical o lesiones mielodisplásicas, son factores predisponentes, pero poco frecuentes y por tanto con poca incidencia en su prevalencia, es lo que puede explicar el prolapso de la mujer joven o de la nulípara, esto es lo que sucede en sx de marfan, aunque el prolapso genital congénito no es muy frecuente puede observarse en recién nacidas con meningocele y en casos de espina bífida por alteraciones en la inervación y en el desarrollo muscular del suelo pélvico.

Factores estimulantes o determinantes

El factor principal, determinante de la disfunción del piso pélvico a largo plazo, es el parto vaginal es considerado como un factor de riesgo más sólido y aunque aumenta su influencia con la paridad, parece ser que su aumento disminuye después del segundo parto. La influencia del parto se produce a través de las lesiones en los músculos y nervios y rotura directa de los tejidos, los cuales se producen en partos traumáticos, el parto por cesárea tiene un efecto protector.⁽³⁾⁽⁶⁾

Factores promotores

Si no pueden modificarse los factores predisponentes y desencadenantes, la prevención puede dirigirse a los factores que se denominan promotores que son:

Estreñimiento: el pujo excesivo, que acompaña al estreñimiento, produce distensión del nervio pudendo, causa importante de lesión nerviosa y un descenso perineal.

Trabajo o deporte: está demostrado que los esfuerzos laborales continuados e intensos, favorecen la aparición de la disfunción del suelo pélvico.

Otros factores

Edad: la prevalencia creciente del prolapso de órganos pélvicos en una población conforme envejece. Y se duplica la incidencia por cada decenio de vida.

Obesidad: se relaciona con la disfunción del suelo pelviano y con la incontinencia de orina.

Histerectomía: la función de la histerectomía como factor etiológico es motivo de controversia, ya que existe una interrogante y consiste en saber si el acceso para realizarla influye en el desarrollo posterior de presentar defectos del soporte pélvico, de la misma forma que determinar la técnica quirúrgica que se emplee se dice que este tipo de trastornos son menos frecuentes tras la histerectomía total, para cervical o subtotal y otras intervenciones quirúrgicas, como la cirugía histerectomía radical, histerectomía vaginal la sección de los ligamentos uterosacros y ligamentos cardinales sin obliteración del fondo de saco pueden presentar posterior defectos de prolapso de la bóveda vaginal. Sin embargo aunque la vía de la operación puede no predecir el desarrollo subsecuente de prolapso de cúpula, existe una correlación entre el prolapso y la indicación inicial para efectuar la histerectomía y es más a menudo después de una histerectomía vaginal o no realizar adecuada fijación de los ligamentos y obliteración del fondo de saco.(3) (6)

Así el prolapso de cúpula vaginal se puede presentar tras la histerectomía sea cual sea la técnica empleada.

Es evidente la relación existente entre tabaquismo, tos crónica y la disfunción del piso pélvico y el envejecimiento de los tejidos propios, no obstante la menopausia no es claro el papel que desempeña y cirugías previas para corregir defectos del soporte pélvico

Factores de descompensación

La diabetes, la insuficiencia vascular o cardiaca congestiva pueden descompensar situaciones hasta entonces estables, al igual que los esfuerzos físicos intensos.

Se puede concluir que desde el punto de vista fisiopatológico, es la consecuencia del debilitamiento del sostén pelviano, responsable de la sujeción de estos órganos.⁽³⁾⁽⁶⁾

CLASIFICACION DE PROLAPSO DE CUPULA.

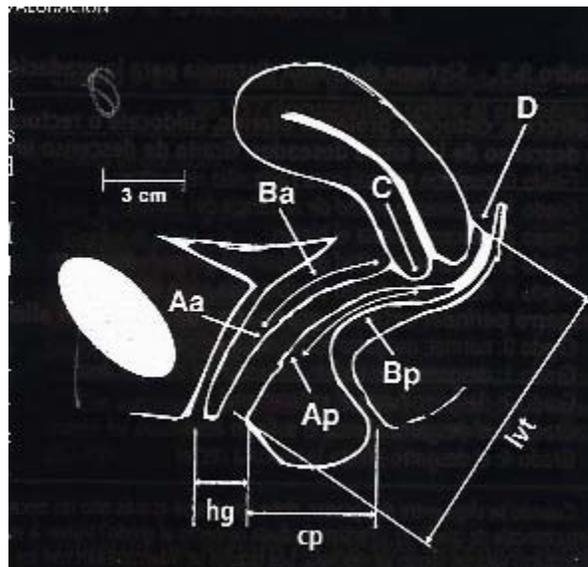
En 1995, la Sociedad Americana Uroginecología, la Asociación de Cirujanos Ginecólogos Americanos y la Sociedad Internacional para el estudio de la Incontinencia, adoptaron un sistema de valoración del prolapso de los órganos pelvianos ya que los hallazgos de la exploración son reproducibles cuando la paciente cambia de una posición sentada a una de bipedestación.⁽³⁾⁽⁶⁾

Los instrumentos a utilizar para la exploración un espéculo bivalvo y un instrumento para medir, la exploración se hace en forma sistemática en las caras vaginales anteriores, posteriores, superiores y el introito, la paciente debe pujar intensamente para poder valorar correctamente.⁽³⁾⁽⁶⁾

Se define el anillo himeneal como punto de referencia para las estructuras vaginales porque es de difícil identificación, se reconoce el ápice vaginal o el cuello mediante el espéculo, el sistema asigna números negativos (en cm), a las estructuras, que no se han prolapsado más allá del anillo himeneal y positivos a las que protruyen por fuera de esta estructura.

Una estructura que desciende a nivel del anillo himeneal se clasifica como 0 cm. se utilizan denominaciones como pared vaginal anterior, pared vaginal posterior y cúpula vaginal. A semejanza del modelo propuesto por Badén y Walker en 1972 se usan puntos de referencia para describir la topografía vaginal . Hay 3 anteriores (A, B, C,) y 3 posteriores (A , B, D) .⁽⁷⁾⁽³⁾

Esquema de rejillas y líneas



Seis puntos Aa ,Ba, C, D, Bp, y Ap. Hiatogenital (hg), cuerpo perineal(cp), longitud vaginal total(lvt) empleados para cuantificar el soporte de los órganos pélvicos.

Se toman dos medidas externas y se anota la profundidad de la vagina, el uso de una rejilla de 3 x3 , constituye , un método fácil para registrar estas medidas.

REGISTRO DE REJILLA DE TRES POR TRES

Punto Aa Pared anterior Hiato genital	Punto Ba Pared anterior Cuerpo perineal	Punto C Cuello o mangito Longitud vaginal Total
Punto Ap Pared posterior	Punto Bp Pared posterior	Punto D Fondo de saco Posterior

⁽³⁾⁽⁷⁾

Puntos A:

Se localizan 3 cm por arriba de introito himeneal en la línea media de las paredes anterior y posterior de la vagina .

El punto **Aa** : corresponde a la unión uretrovesical.

Los puntos A a y Ap (posterior) pueden tener valores entre – 3 cm (en una mujer sin prolapso) y + 3(en una mujer con prolapso máximo).

Puntos B:

Se definen como la porción más baja del segmento vaginal entres el punto A y la cúpula de la cara anterior y posterior. A diferencia de los puntos A que son fijos , los B varían dependiendo del grado de prolapso . Los puntos B es lo mas difícil del sistema.

Si el punto A es el que protruye mas, el punto B es el mismo porque el punto más bajo de la pared vaginal en reposo (PUNTO B) , estará inmediatamente adyacente al punto A . En una mujer con eversión completa el punto B será el mismo que el C en la cara anterior y el mismo que el D en la posterior.

Punto C:

Es la parte más distal del cuello uterino o en mujeres con histerectomía el maguito vaginal.

Punto D:

Es el fondo del saco vaginal posterior y suele omitirse en las mujeres después de la histerectomía total, siempre es más alto que el punto C. Tras la histerectomía conviene utilizar el punto D para asignar el punto más alto de la suspensión residual de la pared vaginal posterior.

Longitud vaginal: se mide en reposo en cm, se puede medir sin hacer compresión o bien con el dedo y después se mide la distancia. es la medida menos reproducible de la exploración. Hiato genital: Se mide el meato uretral externo en la línea media a la parte posterior del anillo himeneal.

En mujeres con prolapso intenso, el hiato genital suele estar ensanchado, lo que indica descenso perineal o debilitamiento del diafragma pelviano. Cuerpo perineal : Se mide de la parte media del anillo himeneal a la porción media del orificio anal. Tras la aplicación de estos criterios la clasificación por etapas del prolapso

SISTEMA DE CLASIFICACION ORDINAL DEL POP.

Etapa 0 Los puntos Aa , Ap , Ba, y Bp se encuentran en todos a - 3 cm y cualquier punto C o D no está mas de - (x - 2) cm

Etapa I No se satisfacen los criterios para la etapa 0 y el punto de guía del prolapso se halla a Menos de - 1 cm.

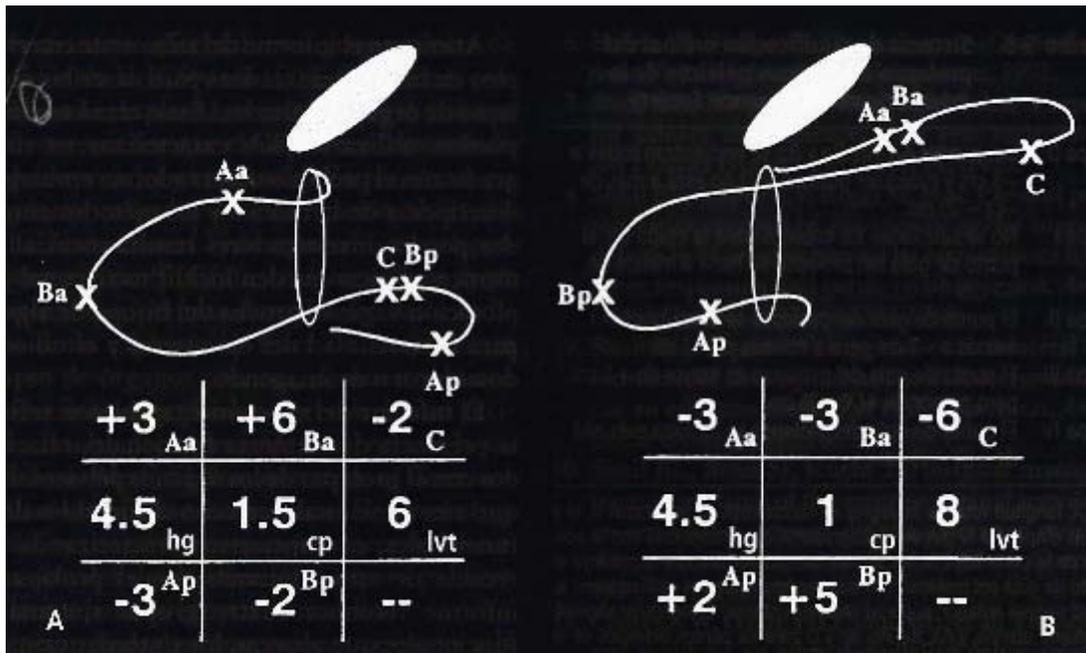
Etapa II El punto de guía del prolapso se ubica por lo menos a - 1 cm pero a no más de +1cm

Etapa III El punto de guía del prolapso es mayor de + 1 cm pero menor de + (x - 2) cm.

Etapa IV El punto de guía del prolapso se localiza más allá del + (x-2) cm

X LONGITUD TOTAL DE LA VAGINA EN CM EN LAS ETAPAS 0 ,III Y IV.(3)(7)

Esquema de rejillas y líneas de un defecto predominante del soporte anterior



El punto guía del prolapso es la parte alta de la pared vaginal anterior, el punto Ba (+6). Se observa alargamiento importante de la pared anterior abombada el punto Aa es distal al máximo (+3) y la cicatriz del manguito vaginal está 2 cm por arriba del himen (C= - 2), La cicatriz del manguito experimenta un descenso de 4 cm por que encontraría en -6 (longitud vaginal total) si estuviera soportado de manera perfecta.

CLASIFICACION DE PROLAPSO

Se clasifica en 3 grados:

GRADO I : NO LLEGA A INTROITO.

GRADO II : LLEGA AL INTROITO.

GRADO III : VA MAS ALLA DEL INTROITO.

SINTOMATOLOGÍA DEL PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL.

Las pacientes con prolapso de cúpula vaginal refieren:

- Protrusión de tejido o bulto a través del introito.
- Sensación de cuerpo extraño vaginal.
- Dolor dorsal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Ocasionalmente sangrado.
- Infección de vías urinarias de repetición.

Así a la exploración se visualiza el abombamiento vaginal con los esfuerzos y la palpación del espesor de estos tejidos con percepción de la presencia o ausencia de arrugas son aspectos importantes para identificar los sitios en que la red fascial endopélvica visceral está rota. Estas roturas del soporte visceral se presentan más a menudo en los sitios de inserción periférica y pocas veces a nivel central.^{(3).(8).(15).}

TECNICA QUIRÚRGICA

COLPOSACROPEXIA:

El prolapso de cúpula vaginal es una complicación poco frecuente de la histerectomía ya sea vaginal u abdominal sin embargo se desconoce la incidencia del mismo ya que puede aparecer en meses o años después haberse realizado la cirugía , para la corrección del mismo se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas correctivas tanto vía vaginal u abdominal.⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾⁽¹³⁾.

En este caso solo valoraremos el uso de la técnica quirúrgica por vía abdominal de **colposacropexia, y técnica de moschcowitz** teniendo en cuenta que el objetivo principal de cualquier procedimiento de suspensión de la cúpula vaginal debe de ser elevar la cúpula vaginal tan cerca de su posición anatómica original como sea posible, ya que al restaurar la anatomía, mantendrá y restablecerá la función sexual normal y aliviara los síntomas y se restablecerá la función vesical normal e intestinal.⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾⁽⁵⁾⁽¹³⁾.

Es importante iniciar un tratamiento local con estrógenos antes de la cirugía en pacientes con atrofia urogenital así valorar el estado general de los tejidos y la existencia de prolapso de órganos pélvicos.

TÉCNICA DE COLPOSACROPEXIA.

INDICACIONES

El uso de esta técnica quirúrgica vía abdominal correctiva del prolapso de cúpula siendo una complicación no frecuente post histerectomía ya sea vía vaginal o abdominal en nuestras pacientes del servicio de ginecología.

MATERIAL A USAR:

1. Material sintético: Malla de Mersilene.
Prolene del número
Seda del número
2. Instrumental: Instrumental quirúrgico para realiza histerectomía.
Instrumental quirúrgico para legrado.

RECURSOS HUMANOS:

Ginecólogos y residentes del servicio de ginecología y obstetricia.
Enfermeras quirúrgicas.
Anestesiólogos.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Preparación prequirúrgica:

Se recomienda llevar a la paciente con preparación mecánica del recto, restricción de dieta durante 12 hrs. Se coloca a la paciente en posición de litotomía con estribos de allen o colocación de la paciente en decúbito dorsal con las piernas flexionada y abiertas (en posición de yoga).El lavado quirúrgico de la paciente que abarca el abdomen hasta tercio superior de los muslos , incluyendo la cavidad vaginal , posteriormente se procede a colocar la sonda foley vesical del número 14 o 16, y colocación en la cavidad vaginal Del mango de la legra del numero 4 para manipular la cúpula vaginal. Se recomienda el ingreso a la cavidad abdominal por línea media infraumbilical ya que brinda una exposición óptima de la pelvis y la región anterior del sacro, además de brindar la posibilidad de extensión de la incisión en los casos necesario. Puede realizarse la incisión de pfannenstiel, es una buena alternativa .Al ingresar a la cavidad abdominal se coloca un separador de Sulllivan O'Connor o uno de Balfour, se procede a realizar la adeherenciolisis requerida , posteriormente se procede a realizar y exponer la cúpula prolapsada para facilitar su fijación .

Para identificar la cúpula puede se útil el mango de una legra, un dilatador de hegar o simplemente los dedos. Se procede a realizar la disección del peritoneo a nivel de la cúpula vaginal y disección del peritoneo de la vejiga en dirección opuesta de la cúpula vaginal, anterolateral y el peritoneo posterior de la cúpula vaginal. Posteriormente se visualiza la integridad de la cúpula posterior a realizar cuidadosamente la disección del peritoneo, y encontrar el muñón o huella de donde fue extirpado el cuello uterino, cuando se observa o está presente éste debe de ser

Meticulosamente imbrincado con suturas no absorbible prolene del uno en forma De rectángulo o cuadrado abarcando el ancho de la cúpula 3 a 4 puntos simples

A través del espesor sustancial de la pared vaginal, posteriormente se mide el tamaño de la malla de mersilene que va de la cúpula vaginal al promontorio, de una forma rectangular, así se realiza un punto con prolene a nivel de cara posterior de la cúpula. Posteriormente se retrae el colon sigmoidees hacia a la izquierda, y se incide el peritoneo posterior en la línea media un poco por arriba del promontorio, y se extiende la incisión hasta s3 – s4, sin lesionar los vasos presacros ya que debe realizarse una disección cuidadosa de tejido perisacro, una vez lograda la exposición se procede a colocar de 3 a 4 suturas permanentes con prolene del uno en el periostio de la cara anterior del sacro en los niveles s3 – s4 cuidando de no lesionar los plexos vasculares y agujeros sacros anteriores, la malla no debe quedar a tensión, posteriormente a esta colocación se realiza la obliteración del saco de Douglas para el manejo de enteroceles, la prevención de este en pacientes con un saco de Douglas profundo y retroversión uterina.

Técnica de culdoplastia de moschcowitz la cual se utiliza para la obliteración del saco de douglas la cual consiste en suturar juntos ambos ligamentos uterosacros o la escisión del peritoneo del saco de douglas. Se cierra el peritoneo del saco de douglas con suturas en bolsa de tabaco con material no absorbible en este caso utilizamos seda del uno incluyendo los ligamentos uterosacros y la cara posterior de la vagina. Se debe tener cuidado de no incluir los uréteros en la sutura, de igual manera se deberá de excluir el recto. Como prevención, la técnica puede realizarse a ambos lados del recto y en cada hemipelvis llamándose las dos suturas de moschcowitz. Otra complicación de la obliteración de Douglas es la sutura superficial del peritoneo deje un orificio en el cual el intestino puede quedar encarcelado, para prevenirlo, nosotros siempre intentamos cubrir el peritoneo más superficial con peritoneo vesical.

Una vez realizado ambas técnicas en conjunto se procede a realizar el cierre de la hoja posterior del peritoneo cubriendo completamente la malla ya fijada al sacro y la técnica de moschcowitz junto con el peritoneo superficial vesical.

COMPLICACIONES

- Lesión a vasos perisacros, hemorragia, choque hipovolemico.
- Lesión a órganos de vecinos.
- Retención urinaria.
- Infección de tracto urinario.
- Abscesos retroperitoneales.
- Trombosis.
- Incarceramiento del recto.
- Erosión o desgarros de la cúpula vaginal por la malla.

(1),(4),(5),(8),(9),(10)

OBJETIVOS

Corrección del prolapso de cúpula vaginal con técnica de colposacropexia vía abdominal y técnica de Moschcowitz.

OBJETIVO GENERAL:

Implementar la técnica quirúrgica de la colposacropexia y moschcowitz por vía abdominal como tratamiento correctivo en pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal o abdominal , basándonos en documentación y el uso de esta técnica quirúrgica en nuestro hospital.

OBJETIVO PARTICULAR:

Que se reflexione y se considere la necesidad de implementar la técnica quirúrgica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y moschcowitz de forma permanente dentro del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr.Darío Fernández Fierro, fomentando así de manera integral el estudio, reflexión, el análisis y capacitación no solo del personal médico adscrito y médicos residentes en formación del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, si no también del todo el personal médico de esta rama adscrita al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no hay experiencia en nuestro país, referente a esta técnica, y de acuerdo a las experiencias y los resultados obtenidos en nuestro hospital podrá implementarse en los hospitales de nuestro país.

Objetivo Especifico:

Implementar la técnica quirúrgica vía abdominal colposacropexia y técnica de Moschcowitz en nuestro grupo de pacientes del servicio de ginecología con prolapso de cúpula vaginal como complicación post-histerectomía basándonos en documentación y nuestras experiencias, logros y reconocer con que equipo humano y material contamos en el Hospital Gral Dr. Darío Fernández Fierro en un periodo que abarca del mes de marzo del año 2005 al mes de agosto del año del 2006, para poder implementar esta técnica.

HIPÓTESIS.

I .- A través del uso de la documentación emanada de prestigiosos hospitales Iberoamericanos se puede analizar la factibilidad de implementar en forma permanente esta técnica quirúrgica dentro de los hospitales del ISSSTE.

II.- Mediante el fomento de la práctica de esta técnica quirúrgica en el Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro se producirá un cúmulo de experiencias valiosas que podrán ser documentadas y difundidas en el mundo de la ginecología mexicana.

III.- Mostrar que la implementación en el Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro de esta técnica quirúrgica legítima y eficaz , mejora considerablemente la calidad de vida de nuestras pacientes que presentan prolapso de cúpula vaginal otorgando al tiempo prestigio , seriedad y avances en la aplicación de métodos quirúrgicos de vanguardia dentro del Hospital.

JUSTIFICACIÓN

El poder realizar este tipo de estudio en la especialidad de ginecología y Obstetricia en el Hospital Gral. Darío Fernández Fierro nos permitirá demostrar y aplicar los conocimientos aprendidos sobre técnicas quirúrgicas correctivas en ginecología en nuestro grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal, a a pesar de que una complicación poco frecuente , pero independientemente de ello el poder implementa esta técnica quirúrgica correctiva en corto plazo nos dará experiencias , logros , resultados que podremos compartir dentro de nuestra Institución y a otras instituciones de nuestro país .

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se decide realizar este estudio sobre la implementación de esta técnica quirúrgica ya que a pesar de que es poco frecuente el uso de ella y la presencia del prolapso de cúpula vaginal en nuestro medio nos enfrentamos a pacientes con este problema el cual debemos resolver para mejorar su calidad de vida, por lo que la información que recabaremos sobre esta técnica quirúrgica, poco usada en nuestro país, utilizaremos libros de técnicas quirúrgicas, Uroginecología, revistas médicas, el uso de Internet y el uso del servicio de la consulta externa de ginecología del Hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro en donde se utilizara un cuestionario diseñado para el grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal, y poder obtener nuestras variables, ser analizadas obtener resultados y poderlos representar por medio de cuadros y gráficas, discutir y poder sacar conclusiones.

Cabe señalar que al elaborar este trabajo nos apoyamos en el método científico, de ahí que se expone la problemática que fundamenta esta investigación, sus objetivos, hipótesis, fuentes de información y justificación del uso de esta técnica quirúrgica.

A continuación se citan los tipos de investigación que se desarrollaron durante la elaboración de la presente tesis:

LONGITUDINAL:

Se busca el seguimiento de las pacientes que son diagnosticadas con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía abdominal o vaginal, y utilizar la técnica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y técnica de moschcowitz y valorar los resultados de esta técnica como tratamiento para nuestras pacientes.

PROSPECTIVO:

Por implementar el tratamiento quirúrgico correctivo vía abdominal en las pacientes que son diagnosticadas con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía vía abdominal o vaginal (técnica quirúrgica colposacropexia y moschcowitz) para

mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y obtener experiencia en corto plazo del uso de esta técnica quirúrgica en nuestro hospital.

EXPLORATORIA:

Por que a través del uso de documentación e implementación de la técnica quirúrgica de la colposacropexia y moschcowitz y experiencias obtenidas como tratamiento correctivo del prolapso de cúpula vaginal en nuestro grupo de pacientes podremos corroborar las hipótesis planteadas en nuestro trabajo de investigación.

ABIERTA:

Por que las variables que fueron obtenidas por medio de un cuestionario para las pacientes con prolapso de cúpula pueden ser modificables y comprobadas con la documentación obtenida en los libros de técnicas quirúrgicas de ginecología, de Uroginecología, revistas de ginecología o Uroginecología, así como artículos del Internet

CLINICA, EXPERIMENTAL, APLICADA, BIOMÉDICA:

Por que este tipo de estudio en la especialidad de ginecología y obstetricia en el hospital Gral. Dr. Darío Fernández Fierro nos permitirá demostrar y aplicar los conocimientos aprendidos sobre técnicas quirúrgicas correctivas en nuestro grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal , obteniéndose diferentes variables de cada una de ellas por medio de cuestionarios y utilizar materiales sintéticos para la promonto fijación nos dará a corto plazo experiencias, logros y prestigio y resultados que podremos compartir dentro de nuestra institución y otras instituciones de nuestro país ya que esta técnica esta descrita en los libros pero no es aplicada en nuestro país.

Por ello **nuestra población a estudiar** es el grupo de pacientes de la

consulta externa del servicio de ginecología del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, que presentan prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea abdominal o vaginal que presenten sensación de cuerpo extraño o asociar otros padecimientos del piso pélvico ya sea anterior o posterior , como cistocele en os diferentes grados , uretrocele , rectocele, procedimientos quirúrgicos correctivos del piso pélvico, enfermedades crónicas , y antecedentes ginecológicos de importancia.

El **tamaño de nuestra muestra** obtenida de la consulta externa del Servicio de ginecología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro son **9** pacientes ; a las cuales se les estudiaron criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

*edad, peso, talla

* Pacientes femeninas con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía abdominal o vaginal.

*histerectomía vaginal reconstructiva.

*sensación de cuerpo extraño

*incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a cistocele, rectocele.

Enterocele, estreñimiento, vulvovaginitis de repetición, urosepsis.

*antecedentes gineco-obstétricos

*cirugías previas

*terapia hormonal de reemplazo

Criterios de exclusión

+ Riesgo quirúrgico elevado.

+cardiopatías.

+hipertensión arterial descontrolada.

+diabetes mellitus descontrolada.

+hemopatías

+colagenopatias

+enfermedades pulmonares.

La **cédula de recolección de datos** utilizada para sacar nuestras variables a Estudiar en nuestras 9 pacientes con prolapso de cúpula es la siguiente:

VARIABLES

Las variables a estudiar en nuestro trabajo son:

Variables pre- operatorias

- .Edad
- .Peso
- .Talla
- .Enfermedades crónico degenerativas
 - a . DM
 - b. HAS

Procedimientos Quirúrgicos

- a. histerectomía total abdominal
 - Intrafascial
 - Sin anexos con anexos
 - Extrafascial
 - Sin anexos con anexos
 - Tiempo transcurrido de la cirugía
- b. histerectomía vaginal reconstructiva
 - Con cistourethroplastia y tiempo transcurrido de la cirugía
 - Con miorrafia de los elevadores y tiempo transcurrido de la cirugía

Vida sexual activa
Con dispareunia o sin dispareunia

Terapia hormonal de reemplazo
duración post histerectomía

Colpoperinoplastia		
Con colposuspensión		
Cistocele	Prolapso de cúpula	Rectocele
Grado 0 I II III	Grado 0 I II III	grado 0 I II III

PATOLOGÍAS

Urosepsis
Vulvovaginitis
Estreñimiento

Variables post - quirúrgicas

Síntomas post quirúrgicos

Sensación de cuerpo extraño
Dispareunia
Cistitis
Urosepsis
Vulvovaginitis
Resequedad vaginal

CISTOCELE

Grado 0 I II III

RESULTADOS 1

Conservación de la anatomía vaginal
Sangrado
Granuloma
Reacción inflamatoria
Erosión de la cúpula

RESULTADOS 2

Miorrafia de los elevadores
Colposacropexia
Moschcowitz
Complicaciones

ORGANIZACION PRESENTACION Y ANALISIS

La información recabada sobre cada una de las variables que se estudiaron en nuestra investigación serán organizadas, presentadas y analizadas de la siguiente manera:

PREOPERATORIAS

La información obtenida de los formatos aplicados a nuestras 9 pacientes se organizaran en cuadros y gráficas. 1. En el 1er cuadro se representan como factores de riesgo las enfermedades crónicas que presentan nuestras pacientes tomando en cuenta en ellas su edad la edad que se pone en numero progresivo, la talla y el peso, el cual se grafica por medio de puntos observamos que la edad media de presentar el prolapso de cúpula y enfermedades crónicas con las que se correlaciona el prolapso de cúpula vaginal es de los 78 años de edad. Así encontramos que 3 de ellas tienen diabetes mellitus compensada, y 4 hipertensión arterial controlada.

2. Se representa por medio de un cuadro y grafica de barras el riesgo de presentar alguna complicación ya sea preoperatorio, transoperatoria o postoperatoria de nuestras pacientes con enfermedades crónicas como un factor de riesgo siendo Diabetes Mellitus con un 33.3% y para Hipertensión arterial sistémica en un 44.4%.

3. Los procedimientos quirúrgicos previos a realiza la colposacropexia y técnica de moschowitz para corrección de prolapso de cúpula se representaran por medio de cuadros y gráficos en los cuales estos procedimientos se toman como factor de riesgo para presentar prolapso de cúpula se toma en cuenta la edad la cual se agrupa en quinquenios, tipo de histerectomía ya sea abdominal o vaginal. De la histerectomía total abdominal se toma en cuenta :Si es intrafascial teniendo 2 una de 69 a y otra de 74 a, una con conservación de anexos y otra sin conservación de anexos. Extrafascial 4 con edades de 65^a, 69^a,70^a,78^a, todas con conservación de anexos Histerectomía vaginal reconstructiva son 3 con edades de 54^a, 75^a, 78^a, todas con miorrafia de elevadores.

4. Tiempo transcurrido del procedimiento quirúrgico realizado antes de realizar de la colposuspensión y la técnica de moschcowitz aquí se representara por medio de un cuadro en donde se toma en cuenta el tiempo transcurrido del la histerectomía ya sea abdominal u vaginal y el tiempo va desde menos de un año hasta 40 años de evolución encontrando asi Histerectomía total abdominal ya sea intra o extrafascial son 6 que van desde menos de un año hasta 40 años de tiempo transcurrido. Histerectomía vaginal reconstructiva son 3 teniendo un promedio de tiempo transcurrido que va desde los 11años hasta el rango de 40 años. En que se realizo la cirugía previa. Tanto el tipo de cirugía y tiempo transcurrido se tomo en cuenta ya que consideran factores de riesgo o factor predisponente para presentar prolapso de cúpula, independientemente de la técnica realizada y el tiempo transcurrido de haber se realizado la cirugía en este estudio que se realizo en las 9 pacientes se Observo que el prolapso de cúpula se presentó en las pacientes con histerectomía abdominal y el tiempo de haberse realizado y presentado esta complicación fue en menos de un año . lo cual se demuestra en los cuadros y las gráficas.

5. En este grupo se toma en cuenta aun la colporrafia con colposuspensión como procedimiento quirúrgico previo, así la terapia de reemplazo posterior a realizarse la histerectomía y la vida sexual activa si se acompaña de dispareunia o no. Se representan en un cuadro y gráficos en las cuales se encuentran: Vida sexual activa con dispareunia 2 y 4 sin dispareunia, con terapia de reemplazo post histerectomía 4 , colporrafia con colposuspensión 2 pacientes. Se toman en cuenta esta variables ya que los estrógenos o la terapia de reemplazo se considera que puede tener cierto efecto protector en las pacientes de estas edades ya que se pierde cierta elasticidad de los tejidos estos pueden actuar para dar elasticidad y reparar la humedad o fuerza del tejido del piso pélvico, así presentar dispareunia en caso de presentar el prolapso de cúpula o ser secundario a falta de estrógenos que no están presentes.

6. Estos cuadros y graficas representan patologías asociadas en las pacientes de nuestro estudio así mencionadas en la literatura de apoyo que encontramos , ya que el prolapso de cúpula es una complicación tardía post histerectomía , suele acompañarse de otros padecimientos del piso pélvico como son el cistocele , rectocele en sus diferentes grados de presentación en la exploración vaginal simple, así también presentar infección de vías urinarias ,vulvovaginitis, o estreñimiento.

No. PROG.	EDAD	PESO	TALLA	ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS	
				D.M.	H.A.S.
1	54 AÑOS	65	1.65		
2	65 AÑOS	68	1.60	1	1
3	69 AÑOS	70	1.60		1
4	69 AÑOS	60	1.54		
5	70 AÑOS	75	1.60		
6	74 AÑOS	69	1.64	1	
7	75 AÑOS	66	1.55		
8	78 AÑOS	89	1.54	1	1
9	78 AÑOS	70	1.60		1

Teniendo 1 cistocele grado I en grupo de edad de 70 – 74 años.

Teniendo un rectocele grado II en el grupo de edad de 75 – 79 años

Teniendo 5 vulvovaginitis en diferentes grupos de edades, 4 urosepsis,

Un estreñimiento.

7.-En este cuadro y graficas se valoro en la exploración vaginal simple el Grado de prolapso de cúpula que presentan las pacientes de nuestro estudio y las cuales fueron sometidas a colposacropexia y técnica de moschcowitz. Encontramos un prolapso de cúpula grado II en el grupo de edad de los 50 – 54 Años. Encontramos un prolapso de cúpula grado II en el grupo de edad de los 65- 69 y en ese mismo grupo de edad se presentan dos prolapsos de cúpula grado III. En el grupo de edad de los 70 – 74 años se encuentran 1 prolapso de cúpula grado II y uno de grado III. En el grupo de edad de los 75 – 79 años encontramos un prolapso grado II y dos grado III.

VARIABLES PREOPERATORIAS

1. FACTORES DE RIESGO

En este cuadro se representa en número progresivo a las 9 pacientes sus edades talla , peso y enfermedades crónico degenerativas como es la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial .

Observando que la edad de presentación es después de la 4ta década de la vida.

Teniendo en edad promedio de presentación para prolapso de cúpula son los 78 años de edad.

VARIBLES PREOPERATORIA

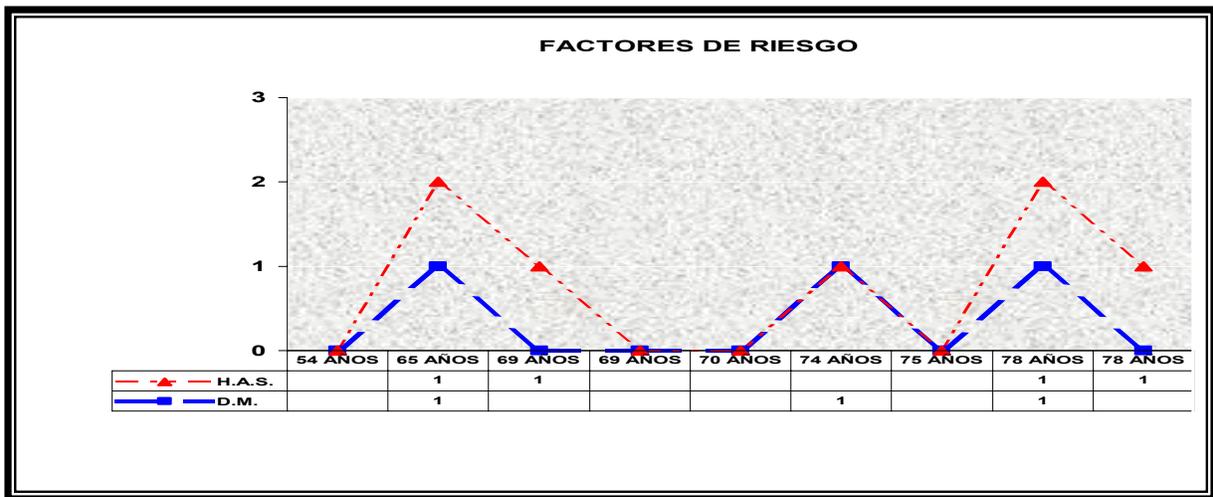
1. FACTORES DE RIESGOS

En esta gráfica podemos observar que de nuestras 9 pacientes solo 7 de ellas tienen como factor de riesgo la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y la edad, las 3 constantes solo la edad

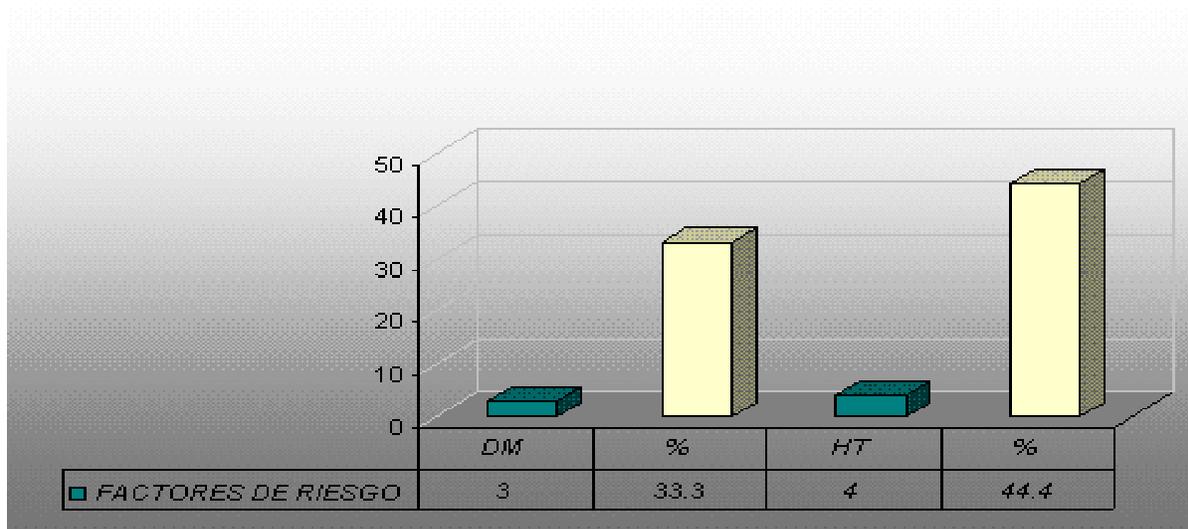
VARIABLES PREOPERATORIAS

2. FACTORES DE RIESGO

En este cuadro y gráfica podemos observar que las enfermedades crónicas como factores de riesgo para la poder realizar al cirugía de colposacropexia en nuestro estudio son la DIABETES MELLITUS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL teniendo un porcentaje cada una de ellas para complicaciones.



No.	DM	%	HAS	%
9	3	33.3	4	44.4

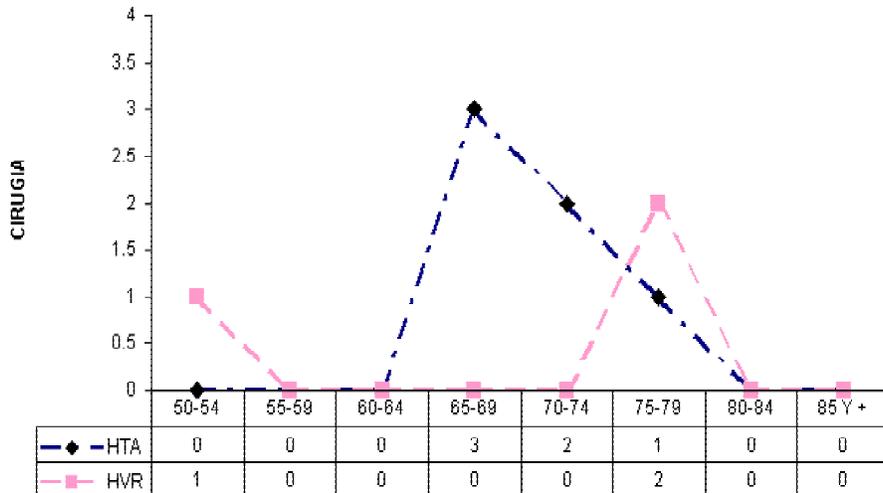


VARIABLES PREOPERATORIAS

3.-PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS ANTES DE LA COLPOSACROPEXIA.

EDAD	No.	HTA	HVR
50-54	1	0	1
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0
65-69	3	3	0
70-74	2	2	0
75-79	3	1	2
80-84	0	0	0
85 Y +	0	0	0
TOTAL	9	6	3

EDAD EN QUINQUENIOS HTA 6 HVR 3



En este cuadro y gráfica se representan los procedimientos quirúrgicos que se realizaron a las 9 pacientes antes de ser sometidas a la colposacropexia .

1. Se agrupan en quinquenios sus edades .

2. La histerectomía total abdominal y las histerectomía vaginal reconstructiva .

A. Histerectomía total abdominal intrafascial = 2

B. Histerectomía total abdominal extrafascial = 4

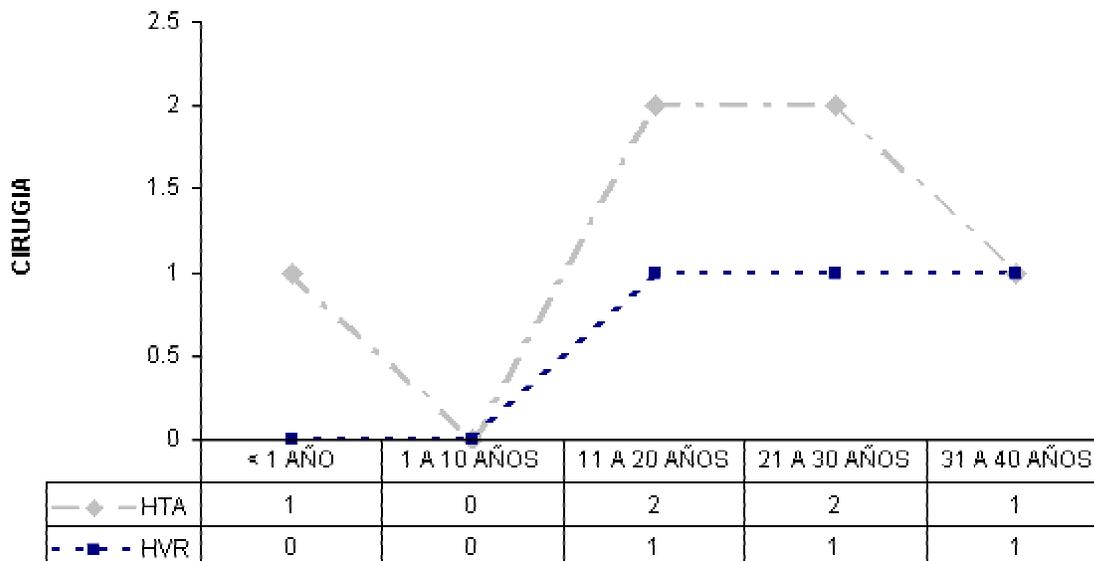
C. Histerectomía vaginal reconstructiva con miorrafia de elevadores = 3

VARIABLES PREOPERATORIAS

4. TIEMPO TRANSCURRIDO DE LAS CIRUGÍAS ANTES DE LA COLPOSACROPEXIA .

TIEMPO	HTA	HVR
< 1 AÑO	1	0
1 A 10 AÑOS	0	0
11 A 20 AÑOS	2	1
21 A 30 AÑOS	2	1
31 A 40 AÑOS	1	1

Tiempo transcurrido de las cirugías



En este cuadro y gráfica se representa el tipo de cirugía realizada y el tiempo transcurrido de ella, tomando en cuenta la técnica de histerectomía ya sea histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal reconstructiva. Como factor de riesgo para prolapso de cúpula vaginal.

VARIABLES PREOPERATORIAS

5 COLPOPERINOPLASTIA

TERAPIA DE REMPLAZO POST HISTERECTOMÍA

VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	No.	VSA	TRH	COLPOPERINOPLASTIA
50-54	1	1	1	0
55-59	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0
65-69	3	3	1	0
70-74	2	2	1	1
75-79	3	0	1	1
80 Y MAS	0	0	0	0

En este cuadro se representa la edad de las pacientes en quinquenios

Colperinoplastia con colposuspensión son = 2

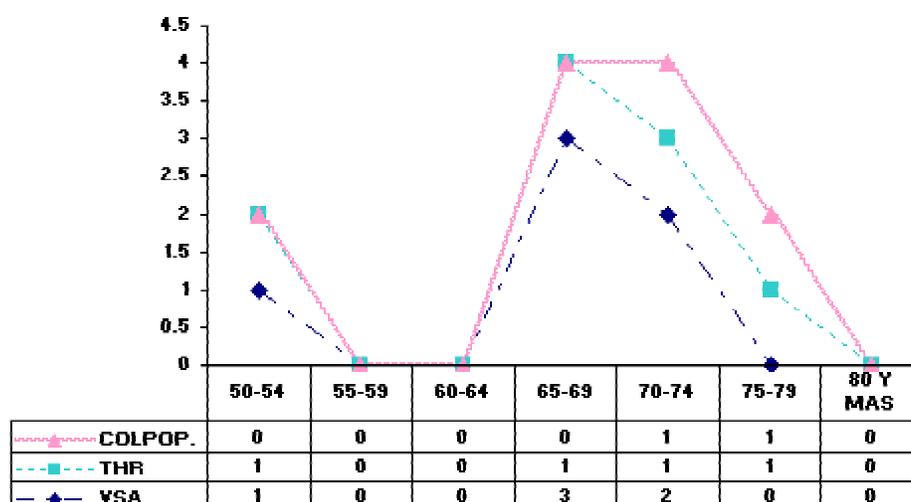
Vida sexual activa = 6

Terapia de remplazo post histerectomía = 4.

VARIABLES PREOPERATORIAS

5. TIPO DE CIRUGÍA COLPOPERINOPLASTIA. VIDA SEXUAL ACTIVA. TERAPIA DE REEMPLAZO POST HISTERECTOMÍA.

En esta grafica se representan de acuerdo a la edad de la paciente cierta sintomatología en la vida sexual activa, terapia de reemplazo post histerectomía y por último la colpoperinoplastia.



VARIABLES PREOPERATORIAS

6. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A PROLAPSO DE CUPULA ANTES DE REALIZAR COLPOSACROPEXIA.

CISTOCELE

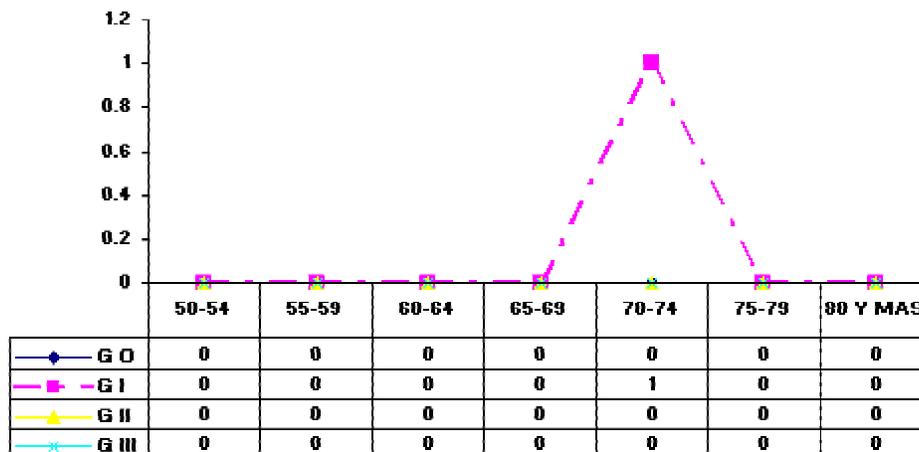
En el cuadro y gráfica se representa el número de pacientes que presentaban a la exploración vaginal cistocele en sus diferentes grados y edad en la que se presenta .

CISTOCELE

EDAD	G 0	G I	G II	G III
50-54	0	0	0	0
55-59	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0
65-69	0	0	0	0

70-74	0	1	0	0
75-79	0	0	0	0
80 Y MAS	0	0	0	0

CISTOCELE



VARIABLES PREOPERATORIAS

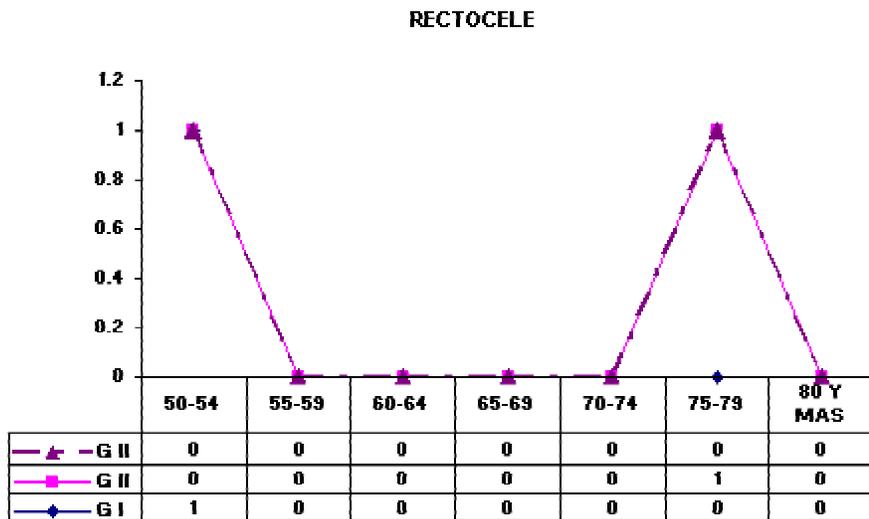
6.- PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN PROLAPSOS DE CUPULA ANTES DE REALIZAR COLPOSACROPEXIA

RECTOCELE

En este cuadro y grafica se representan el número de pacientes que presentaron rectocele en sus diferentes grados, tomando en cuenta la edad de las pacientes.

EDAD	RECTOCELE		
	G I	G II	G III
50-54	1	0	0
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0
65-69	0	0	0

70-74	0	0	0
75-79	0	1	0
80 Y MAS	0	0	0



VARIABLES PREOPERATORIAS

6.- PATOLOGÍAS ASOCIADAS A PROLAPSO DE CUPULA ANTES DE REALIZAR COLPOSACROPEXIA

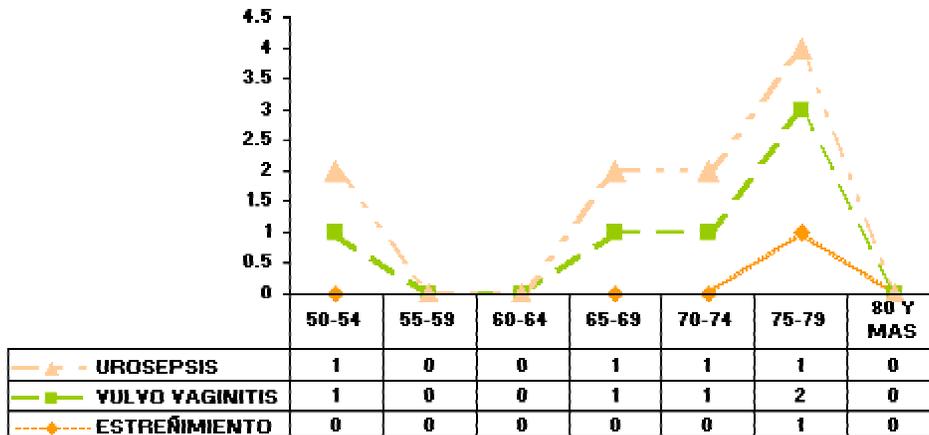
- INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS
- VULVAGINITIS
- ESTREÑIMIENTO

En este cuadro y grafica se representa el número de pacientes que presentan infección de vías urinarias, estreñimiento, vulvaginitis, tomando en cuenta la edad de las pacientes

EDAD	ESTREÑIMIENTO	VULVO VAGINITIS	UROSEPSIS
50-54	0	1	1
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0

65-69	0	1	1
70-74	0	1	1
75-79	1	2	1
80 Y MAS	0	0	0

PATOLOGIAS



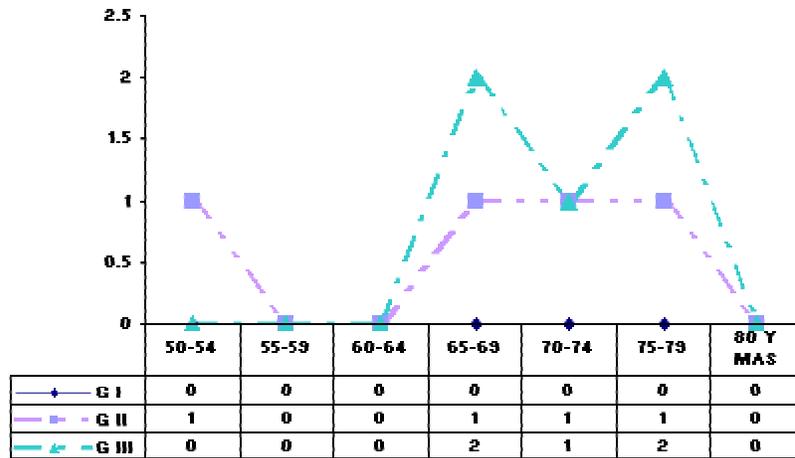
VARIABLES PREOPERATORIAS

7. GRADO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL POST HISTERECTOMÍA

En este cuadro y gráfica se representan a las 9 pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal u abdominal teniendo en cuenta el grado del prolapso de cúpula y la edad de la paciente.

EDAD	PROLAPSO DE CUPULA		
	G I	G II	G III
50-54	0	1	0
55-59	0	0	0
60-64	0	0	0
65-69	0	1	2
70-74	0	1	1
75-79	0	1	2
80 Y MAS	0	0	0

PROLAPSO DE LA CUPULA



VARIABLES POST QUIRUGICAS

La información obtenida de los formatos aplicados a nuestras 9 pacientes que se les realizó la corrección de prolapso de cúpula por vía abdominal colposacropexia técnica de moschcowitz , se le ha dado seguimiento después del procedimiento realizado , 3 de ellas fue de un año y la 6 restantes continúan en seguimiento ya que se realizó el procedimiento correctivo a principios de este año; así la información obtenida de las variables post quirúrgicas se representaran con cuadros y graficas para ser analizados y discutidos para sacar conclusiones sobre la aplicación de la técnica correctiva vía abdominal .

c. Variables post operatorias se representan en un cuadro y graficas las representan las variables de cuerpo extraño , dispareunia,cistitis, urosepsis, vulvo Vaginitis,

resequedad vaginal. Encontrando con cuerpo extraño a 7 de ellas en todos los grupos de edad , dispareunia 0, cistitis 2 ,urosepsis 3 ,vulvovaginitis 2 , resequedad vaginal 5 y 2 de ellas no se grafican ni se representan en el cuadro ya que no presentaron ninguna de las variables.

2 Cistocele solo se representa en un cuadro ya que no se puede graficarlo pues al realizar la colposacropexia y técnica de moschcowitz se corrige sin presentar ninguna complicación corrigiéndose el cistocele grado I del grupo de 70 –74 a.

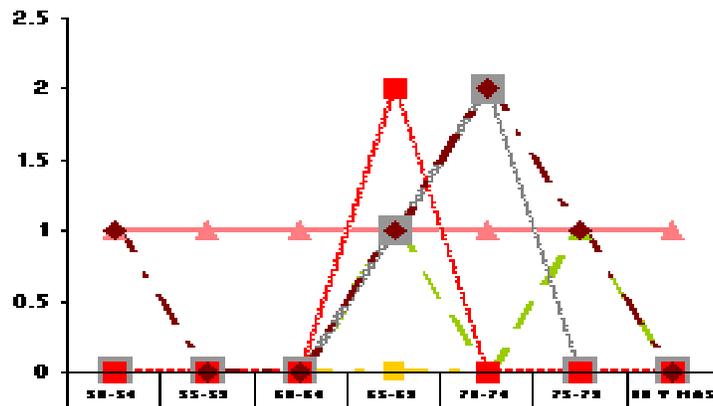
VARIABLES POST OPERATORIAS

1. Sintomatología post operatoria

En este cuadro y gráfica se representan de acuerdo a la edad de las pacientes la sintomatología y patologías post quirúrgicas de la colposacropexia y técnica de moschcowitz.

EDAD	SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO	DISPAREUNIA	CISTITIS	UROSEPSIS	VULVO VAGINITIS	RESEQUEDAD VAGINAL
50-54	1	0	0	0	0	1
55-59	1	0	0	0	0	0
60-64	1	0	0	0	0	0
65-69	1	0	1	1	2	1
70-74	1	0	0	2	0	2
75-79	1	0	1	0	0	1
80 Y MAS	1	0	0	0	0	0

SIG. Y SIMTO. POST. BX.



	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 Y MÁS
—▲— SENS. CP+ EIT.	1	1	1	1	1	1	1
—■— DISPARENIA	0	0	0	0	0	0	0
—▲— CISTITIS	0	0	0	1	0	1	0
—■— M+SEPSIS	0	0	0	1	2	0	0
—■— TULT+ TACINITIS	0	0	0	2	0	0	0
—◆— RESEREDAD TÁGICAL	1	0	0	1	2	1	0

No. PROG.	EDAD	CISTOCELE							
		G 0		G I		G II		G III	
		CON	SIN	CON	SIN	CON	SIN	CON	SIN
1	54 AÑOS		X		X		X		X
2	65 AÑOS		X		X		X		X
3	69 AÑOS		X		X		X		X
4	69 AÑOS		X		X		X		X
5	70 AÑOS		X		X		X		X
6	74 AÑOS		X		X		X		X
7	75 AÑOS		X		X		X		X
8	78 AÑOS		X		X		X		X
9	78 AÑOS		X		X		X		X

RESULTADOS 1

En este cuadro y grafica se representan los resultados 1 en los cuales se toman en cuenta a las 9 pacientes que fueron sometidas a la colposacropexia vía abdominal y técnica de moschcowitz para corrección del prolapso de cúpula post histerectomía teniendo la conservación de la anatomía de la cúpula vaginal en todas ellas , y sin presentar ninguna de las variables descritas en dicho cuadro.

RESULTADOS 2

En este cuadro y grafica se representan los resultados 2 en los cuales se toman en cuenta a las 9 pacientes que fueron sometidas a la colposacropexia vía abdominal y técnica de moschcowitz y otra cirugía correctiva del piso pélvico como es la miorrafia de los elevadores y así teniendo en cuenta las complicaciones transoperatorias y post operatorias en nuestras pacientes .3 miorrafias de los elevadores sin complicaciones trans o post operatorias en conjunto con la técnica de colposacropexia vía abdominal y técnica de moschcowitz teniendo buenos resultado como la conservación de la anatomía de la vagina y del piso pélvico al no presentar rectocele. Y el resto de las pacientes que solo se les realiza la colposacropexia vía abdominal en conjunto con la técnica de moschcowitz , no presentan complicaciones transoperatorias ,ni postoperatorias, así también presentando corrección de los defectos del piso pélvico en el caso de presentar rectocele. Y cistocele en sus diferentes grados que presentaban las pacientes. Y por supuesto de la presencia del prolapso de cúpula vaginal en los diferentes grados, el cual se corrige con éxito con la técnica correctiva vía abdominal de la colposacropexia y la técnica de moschcowitz.

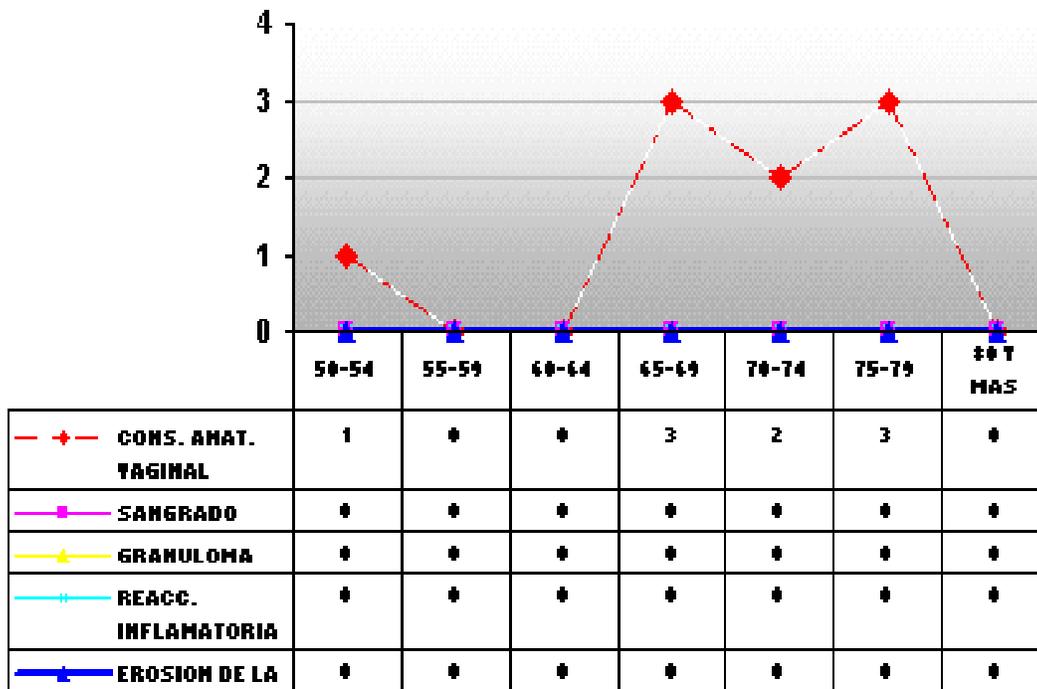
RESULTADOS 1

En este cuadro y grafica se representan los resultados postoperatorios de acuerdo a la edad y las variables que se tomaron en cuenta en nuestras 9 pacientes sometidas al procedimiento de la colposacropexia y técnica de moschcowitz.

CONSRV. ANAT. VAGINAL	SANGRADO	GRANULOMA	REACC. INFLAMATORIA	EROSION DE LA CUPULA
1	0	0	0	0

0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
3	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
0	0	0	0	0

RESULTADOS (1)



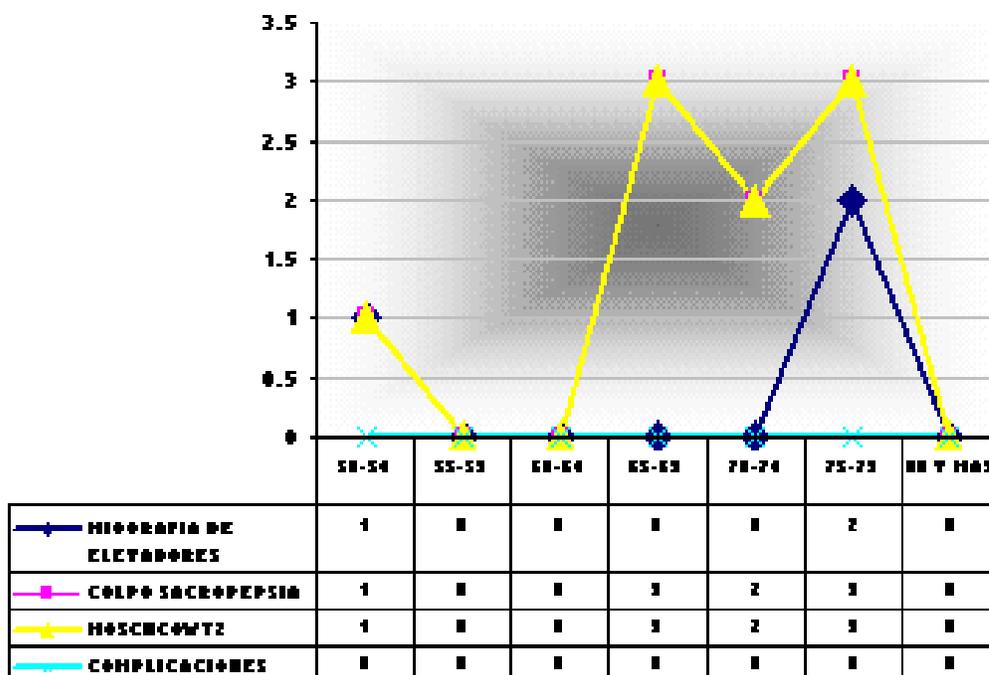
RESULTADOS

RESULTADOS 2

En este cuadro y grafica se representan los resultados de la colposacropexia y técnica de moschcowitz en nuestras 9 pacientes tomando en cuenta que se realizaron 3 miorrrafias de elevadores y así sin presentar complicaciones durante , después de la cirugía .

EDAD	MIORAFIA DE ELVADORES	COLPO SACROPEPSIA	MOSCHWTZ	COMPLICACIONES
50-54	1	1	1	0
55-59	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0
65-69	0	3	3	0
70-74	0	2	2	0
75-79	2	3	3	0
80 Y MAS	0	0	0	0

RESULTADOS (2)



RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSION

Al realizar este tipo de estudio de investigación tiene el propósito de poder relatar nuestras experiencias , logros y resultados en los cuales encontramos que nuestras 9 pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico correctivo vía abdominal de la colposacropexia y técnica de moschcowitz por prolapso de cúpula vaginal post histerectomía independientemente de la técnica que se utilizara ya sea por vía abdominal con técnica intrafascial o extrafascial o histerectomía vaginal reconstructiva

, acompañada de otras cirugías correctivas del piso pélvico y tomando en cuenta otros factores como la edad , menopausia, terapia de reemplazo hormonal , enfermedades crónicas , coinciden con lo relatado en la literatura que utilizamos de apoyo en esta investigación . (1)(3).

Así analizando sobre todo como factor para presentar el prolapso de cúpula vaginal los procedimientos correctivos de defectos del soporte de órganos pélvicos, histerectomía ya sea vaginal u abdominal y la calidad de los tejidos de nuestras pacientes parece no relacionarse con el acceso quirúrgico , pero sí con la incidencia y la ocurrencia del prolapso de cúpula .

Ya que en este caso de nuestro estudio tuvimos de las 9 pacientes tratadas 6 de ellas tenían histerectomía total abdominal y 3 de ellas tenían histerectomía vaginal reconstructiva teniendo mayor número de prolapso de cúpula en histerectomías vía abdominal que podría deberse a una mala calidad de los tejidos o en su defecto a una fijación inadecuada de los ligamentos cardinales y uterosacros al manguito.

De acuerdo a la bibliografía consultada respecto a este factor podemos tener coincidencia ya que no siempre se relaciona el prolapso de cúpula a histerectomías vía abdominal , ya que la ocurrencia al prolapso de cúpula se observa más en las pacientes que se le realiza histerectomía vaginal o por prolapso uterino u otros defectos de soporte de órganos pélvicos por lo tanto el acceso quirúrgico no se puede relacionar pero si con la indicación y la ocurrencia del prolapso de cúpula vaginal.(1)(3).Al implementar esta técnica descrita como método correctivo del prolapso de cúpula por vía abdominal en nuestras 9 pacientes con esta complicación poco frecuente se obtuvieron resultados favorables ya que por parte de los médicos adscritos del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro y médicos residentes del servicio de ginecología y obstetricia del tercer y cuarto año se recibió capacitación para poder realizar esta técnica quirúrgica correctiva por un médico adscrito del servicio con un diplomado en cirugía uroginologica y dar el tratamiento adecuado a nuestras 9 pacientes con prolapso de cúpula obteniendo resultados buenos y satisfactorios para nuestras pacientes , ya que al dar seguimiento post quirúrgico en la consulta externa del servicio de ginecología no presentaron complicaciones transoperatorias, ni postoperatoria , así al corregir esta complicación la sintomatología referida por ellas antes de la cirugía desaparece , y se conserva a la

exploración vaginal la anatomía de la cavidad vaginal , y reparación de otros defectos del piso pélvico, a todas ellas se les realiza la colposacropexia y técnica de moschcowitz . y a dos de ellas en el mismo tiempo quirúrgico se realiza miorrafia de los elevadores por presentar desgarros del perine. Teniendo una adecuada calidad de vida. respecto al material utilizado en nuestra técnica se nos proporciono sin ningún contratiempo .

En **conclusión** se cumplen nuestros objetivos propuestos , nuestras hipótesis ya que al realizar esta investigación en el Hospital General Dr. . Darío Fernández Fierro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado siendo un hospital de segundo nivel se pudo implementar una técnica quirúrgica la cual esta descrita en la literatura y no hay experiencia en nuestro país como es la colposacropexia y técnica de moschcowitz como tratamiento correctivo vía abdominal en las pacientes con prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal y abdominal , obteniendo resultados satisfactorios tanto para los médicos adscritos , médicos residentes del servicio de ginecología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro ya que se obtuvo capacitación para poder realizar esta técnica quirúrgica , en las pacientes con prolapso de cúpula obteniéndose resultados satisfactorios en nuestras nueve pacientes logrando un gran reto de habilidad quirúrgica ya que no se presentaron complicaciones y se conservo la anatomía de la cavidad vaginal y corrección de otros defectos del piso pélvico , y por el momento no se ha presentado residivancia del prolapso de cúpula por lo que se ha dado una mejor calidad de vida a nuestras pacientes.

Al enfrentarnos a este logro de la implementación de la técnica de la colposacropexia y técnica de moschcowitz en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro podremos publicar y comparar sobre nuestras experiencias y resultados con los descritos en la literatura nacional e internacional sobre este tratamiento dando prestigio a nuestra institución y a nuestro Hospital, ya que en nuestro país existe poca información sobre el uso de esta técnica , siendo considerada como la **técnica estándar de oro como tratamiento definitivo en prolapso de cúpula vaginal post histerectomía ya sea vaginal o vía abdominal., corroborándose en este estudio de investigación.**

GLOSARIO

PROLAPSO DE CUPULA: Se trata de la caída o descenso de la cúpula vaginal, tras la realización de una Histerectomía abdominal o vaginal, complicación grave y de solución difícil.

PROLAPSO UTERINO: El descenso del útero se denomina histerocele, en general se asocia a un mayor o menor grado de cistocele o rectocele, en ocasiones hay una eversión total de las paredes vaginales y del útero en su interior, si se asocia a enterocele, puede producirse incarceraciones del intestino delgado, añadiendo una complicación mayor al prolapso.

RECTOCELE, ENTEROCELE: Es el descenso del tabique vaginal posterior acompañado por una saculación más o menos importante del recto, e incluso de asas intestinales.

CISTOCELE: Se define como el descenso de la vejiga acompañada por el del tabique vaginal anterior, de forma que la pared vaginal anterior se hace visible a través del introito en mayor o menor medida en relación con la intensidad del trastorno.

URETROCELE: Es un término que se utiliza para señalar el descenso de la uretra, que rara vez aparece aislado, también se ha utilizado para designar la eversión circular de la mucosa uretral a través del meato urinario, que puede aparecer sin prolapso y cuya importancia clínica es pequeña.

COLPOCELE: La forma anatomoclínica más corriente del prolapso genital es el colpocele, hernia Vaginal o protrusión de las paredes vaginales a través del introito vulvar

POP: Prolapso de órganos pelvianos.

DM: Diabetes Mellitus.

TRH: Terapia de reemplazo hormonal.

HTA: Histerectomía total abdominal.

HVR: Histerectomía vaginal reconstructiva.

ANEXOS

FORMATO PREOPERATORIO

Nombre: _____.	
Edad: _____.	
Expediente: _____	Peso: _____
Ocupación: _____	Talla: _____
Enfermedades crónicas degenerativas: DM SI NO HAS SI NO COLAGENOPATIAS SI NO ENF. PULMONARES SI NO	
Antecedentes Gineco – Obstétricos: Fecha de última menstruación: Papanicolau: Gestas: Partos:	
Cesáreas: Vida sexual activa: si no con dispareunia sin dispareunia Cirugías previas: Histerectomía abdominal con técnica: a. intrafascial: con anexos sin anexos b. extrafascial: con anexos sin anexos tiempo que ha transcurrido de que se realizó la cirugía.----- histerectomía vaginal reconstructiva: con cistourethroplastia miorrafia de elevadores. Colpoperinoplastia a. técnica con colposuspensión Terapia de reemplazo hormonal: a. duración post histerectomía si no exploración física: cistocele grado I II III con o sin incontinencia urinaria de esfuerzo prolapso de cúpula grado I II III rectocele grado I II III enterocele grado I II III estreñimiento vulvovaginitis de repetición urosepsis de repetición	

FORMATO POST QUIRÚRGICO		
Sensación de cuerpo extraño:	si	no
Dispareunia:	si	no
Cistitis:	si	no
Vulvovaginitis de repetición :	si	no
Urosepsis de repetición:	si	no
Estreñimiento:	si	no
A LA EXPLORACIÓN FÍSICA		
EXPLORACIÓN VAGINAL		
Cistocele grado	I	II III
Con incontinencia urinaria de esfuerzo:	si	no
Conservación de la anatomía de la vagina:	si	no
EXPLORACIÓN VAGINAL ARMADA		
SE ENCUETRA:		
Sangrado		
Granuloma		
Erosión de la cúpula vaginal		
Reacción inflamatoria		
Otras		

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Rock .Janes III.** Te Linde Ginecología Quirúrgica tomo II, edición 8va y 9na ,1998. 2006. editorial Panamericana. Buenos Aires . pp de la 8va 1030- 1067. pp9na 1001-1093.
- 2.-K.E.Andersson E.Davi y cols .** 1er congreso nacional disfuncion del piso pélvico 2004 .España . pp 149.
- 3.-Alfred E.Bent. Donald R.Ostergard y cols.**Ostergard uroginecología y disfunción del piso pélvico, edición 5ta,editorial Mac Graw Hill.pp 19 – 42. 81-104.
- 4.-Janer Sepúlveda .Eliana Quintero y cols .**Prolapso de la cúpula vaginal revisión y manejo médico y quirúrgico, revista colombiana gene-50-1 año 2004 pp1-8.
- 5.-**Revista Chilena de obstetricia y ginecología Cirugía mínima invasión .año 2005. pp 1-9.
- 6.-A.Hernández Alcántara.** Disfunción del piso pelviano.Prolapso de órganos pelvianos.revista actualidad obstetricia ginecología vol XIII, n 3 y 4 mayo junio / julio agosto 2001. pp 11- 21.
- 7.-A.Hernández Sánchez, M Bellon del Amo, y cols.**Trabajos originales revista ACTUALIDADES .editorial medica Madrid 2001 pp.1-9.
- 8.-Káser,Hirsh,Iklé.**Atlas de Cirugía Ginecologica .edición 5ta editorial 2003. Marban. Madrid España.pp.119-121 . 278 – 279.
- 9.-William J.Mann .Thomas G. Stavall.** Gynecologic Surgery. Edición 7ma 1996 editorial Chorchill Living Satane . pp 361 – 375.
- 10.- Oscar Gómez. Enrique Rueda .**Métodos reconstructivos por vía abdominal .encolombia.com/gine-50-1-prolapso-vaginal12.htm. pp 1-10.
- 11.-Addison WA., Timmons MC.** Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía abdominal. In Clínicas obstetricas y ginecológicas México ,interamericana mc graw hill 1993 . 4 935-944.
- 12.-E.Moral y A.de la Orden.**II Congreso nacional sobre disfunciones del suelo pelviano.sección de suelo pelviano sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2004 . pp 3- 21.

**13.-revista Chilena de obstetricia y ginecología –b – PROMONTOFIJACIÓN
VERSUS IVS.**

**14.-E.Martín, A.Martínez, R.Usandizaga,J.Santisteban.editorialmedica.com./Actual-
Mayo-Agos01-Trab3.pdf.pp1-10.Madrid España.**