



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA NO. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**"EVALUAR LA EFICACIA DE LA ABLACION DE NERVIOS UTEROSACROS
POR LAPAROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA"**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. MIRIAM SANTIAGO MIJANGOS

NO. DE REGISTRO INTERNO: 025/06

ASESORES:

DR. MARCOS KABABIE ATRI

DR. VICTOR SAÚL VITAL REYES

COLABORADORES:

DRA SONIA MARÍA VERDEJO RAMÍREZ

DRA LUZ MARÍA LISSET CANO LÓPEZ

DR JESÚS SANCHEZ CARRASCO



IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No 3 CMNR
DIRECCION DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD

MEXICO, D.F. 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

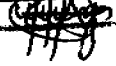
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Miriam Santiago

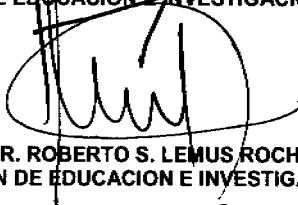
FECHA: 9 Marzo 2007

FIRMA: 

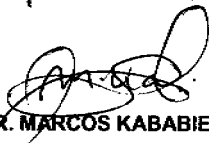




DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DR. ROBERTO S. LEMUS ROCHA
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



DR. MARCOS KABABIE ATRI
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE BIOLOGÍA
DE LA REPRODUCCIÓN Y GINECOENDOCRINOLOGÍA
ASESOR DE TESIS



DR. VICTOR SAÚL VITAL REYES
JEFE DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE BIOLOGÍA
DE LA REPRODUCCIÓN Y GINECOENDOCRINOLOGÍA
ASESOR DE TESIS

DRA SONIA MARÍA VERDEJO RAMÍREZ
DRA LUZ MARÍA LISSET CANO LÓPEZ
DR JESÚS SÁNCHEZ CARRASCO
MÉDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO DE BIOLOGÍA
DE LA REPRODUCCIÓN Y GINECOENDOCRINOLOGÍA
COLABORADORES



DRA. MIRIAM SANTIAGO MIJANGOS
RESIDENTE DE CUARTO AÑO
ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Por su amor y apoyo incondicional en todas mis decisiones. Por alentarme a continuar con mi preparación profesional.

A VERONICA:

Por el cariño, confianza, y comprensión. Por apoyarme siempre.

A FRIDA:

Por todo lo que me has enseñado, por ser lo mejor que me ha dado la vida.... Por esperar.

A MI TÍA ESTHER:

Por cuidarme siempre, por los consejos.

A MIS TÍOS: BRAULIA † Y JESÚS †

Por abrirme las puertas de su casa, por todo lo que me apoyaron, donde estén.....Gracias.

A HEIDI, ARACELI, E IBAN:

Por la confianza, la ayuda y compañía en estos cuatro largos y difíciles años.

A MIS ASESORES:

Por permitirme trabajar con ellos, por su gran apoyo, paciencia y el tiempo brindado.

A LOS MÉDICOS GINECOBSTETRAS DEL HGO NÚM 3:

Por el tiempo dedicado, por compartirme sus conocimientos y experiencias.

INDICE

	PAGINAS
RESUMEN.....	1
TITULO.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
RESULTADOS	13
GRÁFICAS.....	15
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27

RESUMEN

EVALUAR LA EFICACIA DE LA ABLACION DE NERVIOS UTEROSACROS POR LAPAROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA

Kababie Atrí, M., Vital Reyes, V. S., Verdejo Ramírez, S., Cano López, L., Sánchez Carrasco, J., Santiago Mijangos M.

INTRODUCCIÓN: El presente estudio evaluará la eficacia de la ablación de los nervios uterosacros por laparoscopia, en el tratamiento de la dismenorrea, así como las patologías asociadas a la dismenorrea secundaria.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de la ablación de nervios uterosacros por laparoscopia en el tratamiento de la dismenorrea de las pacientes atendidas en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3, Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de Enero de 2004 a Diciembre de 2005

DISEÑO: Estudio Descriptivo, Retrospectivo, de cohorte histórica.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los expedientes de todas las pacientes que fueron sometidas a ablación de nervios uterosacros por vía laparoscópica y que cumplieron con los criterios de inclusión, en el periodo de enero de 2004 a diciembre de 2005. Se incluyeron un total de 27 pacientes, registrándose sus datos personales, antecedentes ginecoobstétricos, tipo y tiempo de evolución de la dismenorrea, diagnóstico de envío al servicio, diagnóstico postquirúrgico y tratamiento específico de la patología asociada en el caso de las pacientes con dismenorrea secundaria, así como las complicaciones y el tratamiento postquirúrgico. Quedando distribuidas por diagnóstico postquirúrgico de la siguiente manera: 22 pacientes con dismenorrea secundaria, y 5 pacientes con dismenorrea primaria.

Por último, se capturó la información de las variables en el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para su análisis utilizando pruebas no paramétricas (prueba de U de Mann Whitney), y correlación de Pearson, se analizaron frecuencias, medias, porcentajes.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 27 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. La edad media de las pacientes fue de 23.93 años.

De las 27 pacientes incluidas en el estudio 3 tuvieron diagnóstico de dismenorrea leve (11.1%), 4 con dismenorrea moderada (14.8%) y 20 dismenorrea severa (74.1%). El tiempo de evolución de la dismenorrea tuvo una media de 46.7 meses.

El diagnóstico laparoscópico se distribuyó de la siguiente manera: 5 pacientes no tuvieron patología asociada por lo que se determinó cursaban con dismenorrea primaria (18.5%). Se diagnosticó endometriosis mínima en 7 pacientes (25.9%), Enfermedad pélvica inflamatoria en 4 pacientes (14.8%), 4 pacientes presentaron endometriosis leve (14.8%), 3 pacientes cursaron con congestión pélvica y 3 con enfermedad inflamatoria moderada (11.1%), 1 paciente con diagnóstico de enfermedad adherencial (3.7%).

Se realizó la Ablación de nervios uterosacros (LUNA) como técnica exclusiva en 19 pacientes (70.4%), LUNA más electrofulguración de focos endometriósicos en 5 pacientes (18.5%), LUNA más adherenciólisis en 1 paciente (3.7%), en 2 pacientes se realizaron los tres procedimientos (7.4%). Solo una paciente presentó complicaciones transoperatorias, la cual consistió en sangrado del epiplón.

Del grupo en estudio: 5 pacientes no requirieron tratamiento posterior a LUNA (18.5%), a 12 (44.4%) se les dio tratamiento a base de analgésicos no esteroideos, 2 (7.4%) recibieron hormonales orales, 5 de las pacientes con diagnóstico de endometriosis mínima recibieron tratamiento adicional, 2 (7.4%) fueron tratadas con Danazol, y 3 con análogos de la GnRH (11.1%), 2 pacientes recibieron antibioticoterapia por EPIC leve y moderada, a una paciente se le realizó Histerectomía total abdominal por continuar con dismenorrea severa.

Al año posterior al tratamiento quirúrgico, 9 pacientes cursaban asintomáticas (33%), 10 presentaban dismenorrea leve (37%), 5 dismenorrea moderada (18.5%), y 3 pacientes continuaron con dismenorrea severa (11.1%).

CONCLUSIONES: El presente estudio demuestra la necesidad de diseñar estudios de investigación más amplios con el objetivo, de obtener una mayor población de estudio que permita tener resultados más aplicables a la población tratada en esta unidad médica, y sirvan de fundamento para el manejo de las pacientes con este tipo de patología.

Palabras clave: Dismenorrea, Ablación laparoscópica de nervios uterosacros (LUNA).

TITULO

**EVALUAR LA EFICACIA DE LA ABLACION DE NERVIOS UTEROSACROS
POR LAPAROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA**

MARCO TEÓRICO

La dismenorrea se define como el dolor pélvico menstrual, constituye una alteración ginecológica muy común (1, 3).

Es la alteración ginecológica más frecuente y esta caracterizada por dolor menstrual de leve a severo que ocurre desde pocas horas antes o varios días previos a la menstruación; asociado a síntomas como náuseas, vómito, diarrea, cefalea (2,3).

Es la principal causa de ausentismo laboral y escolar (3)

La incidencia en mujeres en edad reproductiva va de 3 a 9 % (3).

Se desconoce el mecanismo exacto, pero se ha demostrado en algunos estudios que el dolor menstrual severo se acompaña de contracciones uterinas espásticas, siendo el resultado de un incremento de la absorción de prostaglandinas, de la isquemia uterina y del dolor. La isquemia tisular y el espasmo muscular causan dolor, además la contracción uterina aumenta el metabolismo del órgano lo que aumenta la producción de prostaglandinas, bradicinina e histamina (2, 3). Otra causa de dolor pélvico son las adherencias a nivel de órganos genitales (3). Siendo el factor psicológico otro factor que contribuye a agravar el síndrome doloroso (3).

CLASIFICACIÓN:

A) De acuerdo al origen se clasifica en:

1.- Primaria, esencial o idiopática. Definida como el dolor menstrual no asociado a alteraciones pélvicas y que ha sido asociado a ciclos ovulatorios (1,2, 4,11)

2.- Secundaria. Se refiere al dolor asociado a una patología la cual debe ser identificada como la enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, miomas submucosos, anomalías Mülllerianas, carcinoma endometrial, enfermedad adherencial, adenomiosis, congestión pélvica crónica (2, 3, 4, 8,11)

B) De acuerdo a la intensidad se clasifica en:

1.- Leve: cuando la sintomatología no interfiere con la actividad de la paciente (3)

2.- Moderada: la sintomatología interfiere con la actividad normal, y cede con la administración de con analgésicos orales (3)

3.- Severa: La sintomatología obliga a interrumpir las actividades normales de la paciente 15 o más veces al día, obliga a guardar reposo e interrumpe el sueño (3)

Los impulsos del dolor del cérvix, el cuerpo uterino y la porción proximal de las salpinges son transmitidas a través de fibras aferentes que acompañan los nervios simpáticos en la médula espinal, hacia los niveles lumbares y torácicos. El nervio simpático que surge del útero pasa a través del ligamento uterosacro y el ligamento cardinal hacia el plexo pélvico (2,3,5,10,11)

Las fibras parasimpáticos de S-1 a S-4 viajan con el nervio frénico a través del plexo pélvico (ganglio de Frankenhauser's) lateral al cérvix, alcanzando, la vejiga, el recto, y el útero (2,3, 5,11)

Los nervios presacros o plexo hipogástrico superior corre desde la bifurcación de la aorta a la unión de los cuerpos vertebrales de L-5 a S-1, formando a este nivel el plexo hipogástrico medio o presacro, el cual entra a la pelvis y se divide en plexo hipogástrico inferior izquierdo y derecho, constituyendo los nervios uterosacros (2, 3,5,10)

TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA:

El manejo médico de la dismenorrea incluye:

Medidas higiénico- dietéticas

Tratamiento hormonal

Analgésicos narcóticos y no narcóticos

Inhibidores de síntesis de prostaglandinas (2, 3, 6)

Dentro del tratamiento quirúrgico se encuentran los siguientes procedimientos:

Dilatación cervical

Ablación de nervios uterosacros

Neurectomía presacra (3)

Desde 1960 la dismenorrea ha sido tratada con drogas antiinflamatorias no esteroideas anticonceptivos orales y danazol, reportándose fallas en el tratamiento con estas drogas hasta del 20- 25 %, por lo que los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la dismenorrea han sido reconsiderados (1, 2, 6)

Los avances tecnológicos en la cirugía laparoscópica han hecho de la Ablación laparoscópica del nervio uterosacro (LUNA) y la neurectomía presacra procedimientos comunes para el manejo de dismenorreas que no responden al tratamiento médico, su eficacia sin embargo sigue siendo controversial (1,6)

La ablación de nervios uterosacros se define como la interrupción de las fibras nerviosas eferentes que salen del útero a nivel del ligamento uterosacro para disminuir el dolor pélvico (7, 9) puede realizarse con el uso de electrocauterios o

láser (1, 6). Este procedimiento fue descrito por primera vez por Ruggi en 1899 (2,8); sin embargo fue hasta 1955, que Doyle estudió los

resultados de la transección vaginal de nervios uterosacros para el manejo de la dismenorrea, como alternativa a la neurectomía presacra, obteniendo resultados similares a los reportados con la realización de neurectomía presacra (2,5, 8)

TÉCNICA:

Normalmente se realizan tres punciones para la colocación de los trocares, posterior a la inspección de la cavidad peritoneal se localiza el ligamento uterosacro, se moviliza el útero con un manipulador. Puede emplearse láser de CO₂ u otro instrumento cortante para cortar el ligamento a nivel de su inserción al cérvix, con movimientos de medial a lateral. El corte a este nivel abarca el máximo de fibras del nervio debido al paso del mismo a través del ligamento uterosacro. Puede emplearse el succionador-irrigador para hacer el ligamento uterosacro más prominente y proteger el uréter y los vasos uterinos; la profundidad del corte debe ser examinado frecuentemente, ya que la meta es el corte completo de los ligamentos uterosacros. El sangrado debe ser controlado cuidadosamente dada la cercanía del uréter y el recto. Algunos ginecólogos realizan vaporizaciones en la base del cérvix entre los ligamentos uterosacros (5)

Con este procedimiento se reporta la resolución de la dismenorrea hasta en un 70-92 % en algunas series (1), Feste: informó 70% de éxito con la realización de ablación laparoscópica del nervio uterosacro en pacientes con dismenorrea primaria. Asociado a endometriosis se reportan mejoría en 70-92%. Un estudio de 191 pacientes demostró reducción en un 50% del dolor en el 1er año (3). Lichten reportó una disminución del dolor en 50% de los casos. La eficacia a corto plazo se reporta de 80%, mientras que a largo plazo (12 meses) sólo el 50% permanecerá sin dolor (7,8,11)

Complicaciones de la técnica: Incluyen pérdida del soporte uterino, formación de adherencias y lesiones ureterales, hemorragia por lesión de los vasos iliacos, sangrado retroperitoneal por laceraciones en la vena sacra media, constipación hasta en el 93% de los casos, así como la recurrencia del dolor. Dentro de las complicaciones menos frecuentes se encuentran: ascitis probablemente secundaria al corte de los vasos linfáticos (5,11).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La dismenorrea constituye la alteración ginecológica más frecuente, con una incidencia en mujeres en edad reproductiva va de 3 a 9 %, en nuestro hospital las pacientes con este diagnóstico han recibido por lo general múltiples tratamientos médicos por lo que requieren en la mayoría de los casos de tratamiento quirúrgico, por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Es eficaz de la ablación de nervios uterosacros por laparoscopia en el tratamiento de la dismenorrea, además del tratamiento médico específico de la patología orgánica detectada en el caso de la dismenorrea secundaria?

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la eficacia de la ablación de nervios uterosacros por laparoscopia en el tratamiento de la dismenorrea.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar el uso de otros tratamientos complementarios a la ablación de los nervios uterosacros para el manejo de la resolución de la dismenorrea secundaria y los síntomas asociados

Conocer las patologías que se asocian a la dismenorrea secundaria

Evaluar las complicaciones transoperatorias y postoperatorias de la ablación de nervios uterosacros

Evaluar los resultados a largo plazo de la ablación laparoscópica de los nervios uterosacros como tratamiento de la dismenorrea.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de cohorte histórica, en el cual se incluyeron todas las pacientes que fueron sometidas a laparoscopia diagnóstico-terapéutica y se les realizó la ablación de nervios uterosacros como tratamiento único o coadyuvante para el manejo de la dismenorrea, en el período de Enero de 2004 a Diciembre de 2005, por los médicos del servicio de Biología de la Reproducción y Ginecoendocrinología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" y que cumplieron con los criterios de selección determinados para cumplir los objetivos del presente trabajo.

Se revisaron los expedientes clínicos registrándose el diagnóstico de envío, la edad de las pacientes, ritmo menstrual, tipo de dismenorrea, tiempo de evolución, síntomas asociados, diagnóstico y tratamiento posquirúrgicos, complicaciones, y tipo de dismenorrea un año posterior a la realización de la ablación de nervios uterosacros.

Se incluyeron un total de 27 pacientes de las cuales 22 tenían diagnóstico de dismenorrea secundaria y 5 pacientes con dismenorrea primaria.

El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 11.5, utilizando frecuencias simples, porcentajes, medias, y estadística no paramétrica con la prueba U de Mann Whitney, así como la correlación de Pearson.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Edad: 15 a 40 a.

Mujeres nulíparas y multíparas

Con Diagnóstico clínico de dismenorrea

Con o sin datos de esterilidad-infertilidad

Con o sin dispareunia

Pacientes sometidas a ablación de nervios uterosacros por vía laparoscópica por los médicos del servicio de Biología de la Reproducción Humana.

Pacientes que cuenten con seguimiento clínico postquirúrgico en la consulta externa.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con información incompleta en el expediente médico.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes con Ablación Laparoscópica de Nervios Uterosacros que no acudieron a consulta posterior al procedimiento.

Casos en los que no se localice el expediente

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Ablación de los Nervios Uterosacros por vía Laparoscópica

VARIABLE DEPENDIENTE:

Dismenorrea

Cuya definición conceptual fue la presencia de dolor pélvico central, durante la menstruación. Variable cualitativa, con escala de medición ordinal.

- 1.- Asintomática
- 2.- Dismenorrea leve
- 3.- Dismenorrea moderada
- 4.- Dismenorrea severa

Síntomas asociados a dismenorrea primaria

Se registrará la presencia de anorexia, cefalea, depresión, diarrea, dolor de piernas, fatiga, mareo, náuseas –vómito, nerviosismo.

Variable cualitativa, nominal dicotómica medida en escala categórica

1.-Sí

2.-No

Patologías asociadas a dismenorrea Secundaria.

Se evaluará la presencia de endometriosis, poliquistosis ovárica, anomalías Müllerianas, enfermedad pélvica inflamatoria, congestión pélvica crónica, miomatosis uterina, enfermedad adherencial, adenomiosis.

Variable cualitativa, nominal dicotómica medida en escala categórica

1).-Sí

2.-No

Complicaciones transoperatorias:

Abarcará la lesión a órganos del aparato urinario, digestivo, genitales internos hemorragias, o infecciones durante la realización del procedimiento

Variable cualitativa, nominal dicotómica medida en escala categórica

1).-Sí

2).-No

Recurrencia del dolor

Cuya definición conceptual será la presencia de dismenorrea de la misma intensidad o mayor al término de la evaluación. Variable cualitativa con escala de medición nominal

VARIABLES UNIVERSALES

Edad: Se registró en años cumplidos como variable cuantitativa continua.

Ritmo menstrual: se registró como normorreica, proimenorrea, opsomenorrea y amenorrea

TIPO DE ESTUDIO

DISEÑO: Estudio descriptivo, retrospectivo, de cohorte histórica.

A través de muestreo por conveniencia durante la revisión de expedientes del año 2004 al 2005.

RESULTADOS

En el periodo de Enero de 2004 a Diciembre de 2005 se realizaron un total de 51 laparoscopias diagnóstica con ablación de nervios uterosacos, de las cuales se excluyeron 24 pacientes, 18 por falta del expediente clínico y 6 por no contar con los criterios de inclusión para el estudio, analizándose 27 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

La media de edad de las pacientes fue de 23.93 años, con una edad mínima de 15 años y una máxima de 34. Gráfica 1

Los diagnósticos de envío al Hospital de tercer nivel fueron: Probable endometriosis en 5 pacientes (18.5%), 1 paciente con pubertad precoz (3.7%), Enfermedad pélvica crónica 1 paciente (3.7%), Dolor pélvico crónico 1 paciente (3.7%), Dismenorrea leve en 3 pacientes (11.1%), Dismenorrea moderada en 3 pacientes (11.1%), Dismenorrea severa en 8 pacientes (29.6%), Infertilidad en 4 pacientes de las cuales 2 fueron primaria y 2 secundarias (7.4% para cada una), Malformaciones Müllerianas en 1 paciente (3.7%). Gráfico 2

En lo que respecta al ciclo menstrual fue normal en 20 pacientes (74.1%), Opsomenorrea en 3 pacientes (11.1%), 2 pacientes cursaban con proiomenorrea (7.4%), y 2 pacientes con amenorrea (7.4%). Gráfico 3

A todas las pacientes incluidas en el estudio se les realizó el diagnóstico de dismenorrea en la primera consulta del Servicio, de las cuales 3 tuvieron diagnóstico de dismenorrea leve (11.1%), 4 con dismenorrea moderada (14.8%) y 20 con dismenorrea severa (74.1%). Gráfico 4. El tiempo de evolución de la dismenorrea tuvo una media de 46.7 meses, con un mínimo de 3 meses y un máximo de 96 meses. Gráfico 5

El síntoma asociado más frecuente fue el vómito, presentándose en 4 pacientes, correspondiendo a un 14.8%

El diagnóstico laparoscópico se distribuyó de la siguiente manera: 5 pacientes no tuvieron patología asociada por lo que se determinó cursaban con dismenorrea primaria (18.5%), Se diagnosticó endometriosis mínima en 7 pacientes (25.9%), Enfermedad pélvica inflamatoria en 4 pacientes (14.8%), 4 pacientes presentaron endometriosis leve (14.8%), 3 pacientes cursaron con congestión pélvica y 3 con enfermedad inflamatoria moderada (11.1%), 1 paciente con diagnóstico de enfermedad adherencial (3.7%). Gráfico 6

Con lo que respecta al tratamiento quirúrgico se realizó la Ablación de nervios uterosacos (LUNA) como técnica exclusiva en 19 pacientes (70.4%), LUNA más electrofulguración de focos endometriósicos en 5 pacientes

(18.5%), LUNA más adherenciolisis en 1 paciente (3.7%), en 2 pacientes se realizó los tres procedimientos (7.4%), de manera adicional en una paciente se realizó fimbrioplastia, en una punción de quiste, y en otra miolisis, por

presentar obstrucción tubaria bilateral, quiste de anexo derecho y miomatosis uterina de pequeños elementos respectivamente. Gráfico 7

Durante el procedimiento quirúrgico solo se presentó una complicación que consistió en sangrado del epiplón, el cual fue tratado con fulguración de los vasos sangrantes, lo cual corresponde al 3.7%. Gráfico 8

De las 27 pacientes incluidas en el estudio: 5 no requirieron tratamiento posterior a LUNA (18.5%), a 12 (44.4%) se les dio tratamiento a base de analgésicos no esteroideos, 2 (7.4%) recibieron hormonales orales, 5 de las pacientes con diagnóstico de endometriosis mínima recibieron tratamiento adicional, 2 (7.4%) fueron tratadas con Danazol, y 3 con análogos de la GnRH (11.1%), 2 pacientes recibieron antibioticoterapia por EPIC leve y moderada, a una paciente se le realizó Histerectomía total abdominal por continuar con dismenorrea severa. Gráfico 9

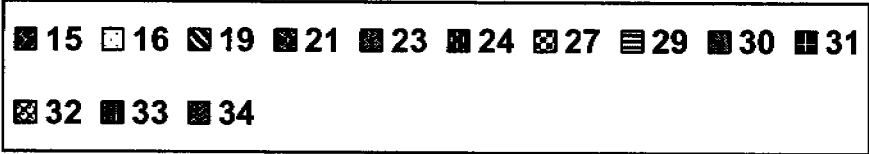
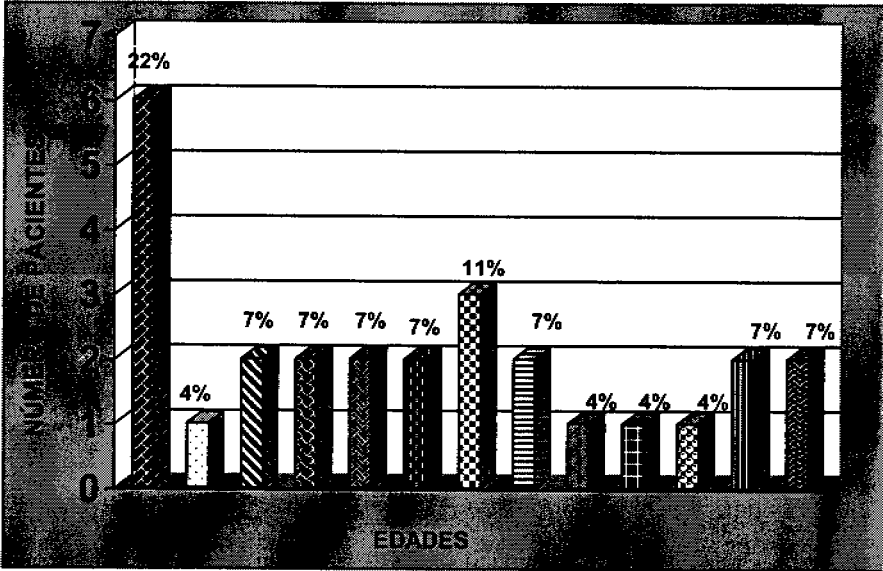
En todas las pacientes se evaluó la presencia de dismenorrea y el tipo de esta al año posterior al tratamiento quirúrgico para valorar la respuesta al mismo, encontrándose que 9 cursaban asintomáticas, que corresponde al 33.3%; 10 presentaban dismenorrea leve (37%), 5 dismenorrea moderada (18.5%), y 3 pacientes continuaron con dismenorrea severa (11.1%). Gráfico 10

Cabe mencionar que de las pacientes con dismenorrea primaria, 2 (40%) cursaban asintomáticas al año posterior al tratamiento, 2 (40%) con dismenorrea leve y una (20%) paciente con dismenorrea moderada, las cuales fueron tratadas con analgésicos no esteroideos.

El análisis estadístico se realizó a través de pruebas no paramétricas (prueba de U de Mann Whitney), no encontrándose diferencias significativas entre el tipo de dismenorrea al ingreso y posterior al tratamiento quirúrgico ($p=0.690$). Se realizó además Correlación de Pearson para la edad y el tiempo de evolución de la dismenorrea encontrando que la dismenorrea es más frecuente en paciente jóvenes, y que el tiempo de evolución se incrementa a mayor edad de las pacientes ($p=0.040$)

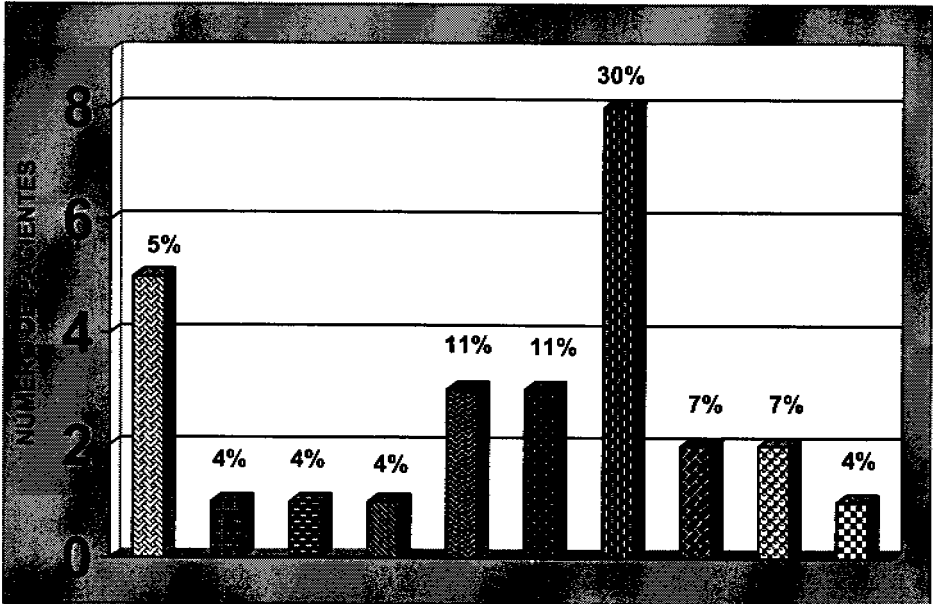
GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN AÑOS



GRÁFICA 2

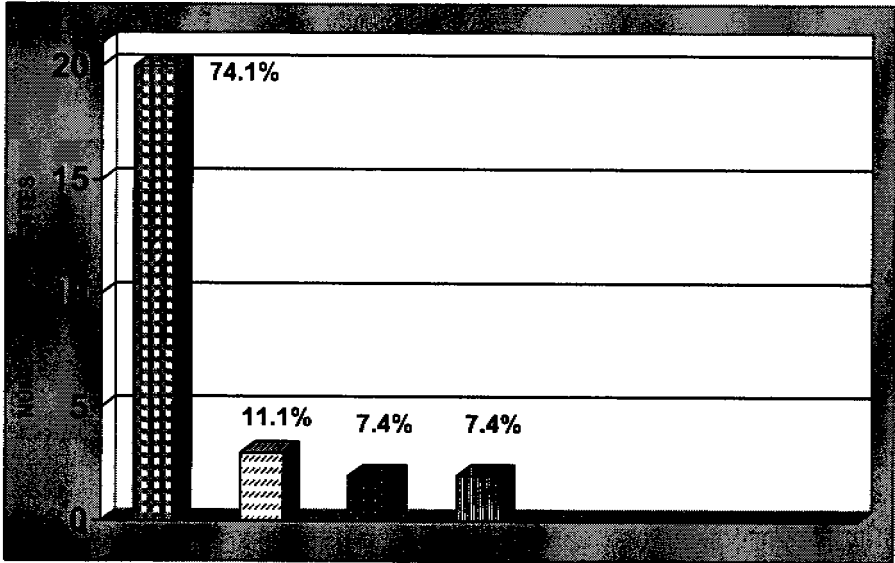
DIAGNÓSTICO DE ENVÍO



- ▣ Pb endometriosis
- Pubertad precoz
- ▣ Enfermedad pélvica inflamatoria
- Dolor pélvico crónico
- ▣ Dismenorrea leve
- Dismenorrea moderada
- ▣ Dismenorrea severa
- Infertilidad primaria
- ▣ Infertilidad secundaria
- Malformación Mülleriana

GRÁFICA 3

RITMO MENSTRUAL



■ Normorreglada

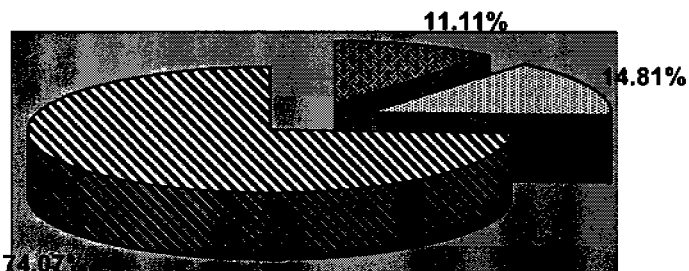
▨ Opsomenorrea

■ Proiomenorrea

▨ Amenorrea

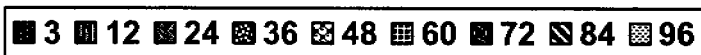
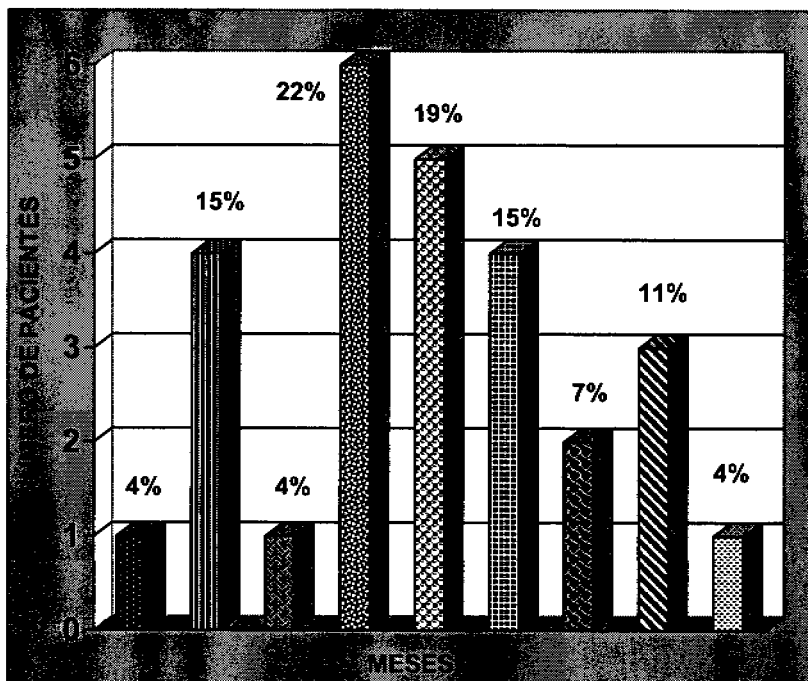
GRÁFICA 4

TIPO DE DISMENORREA AL INGRESO



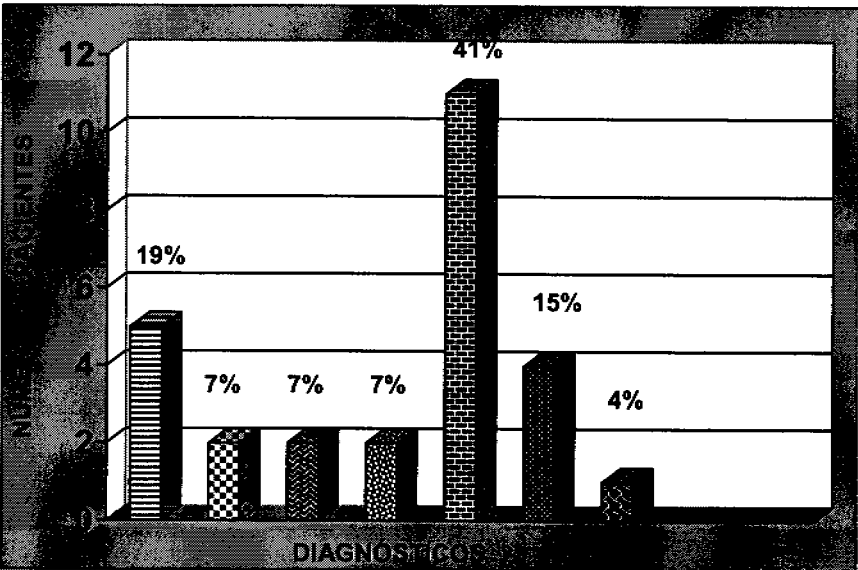
GRÁFICA 5

TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN MESES



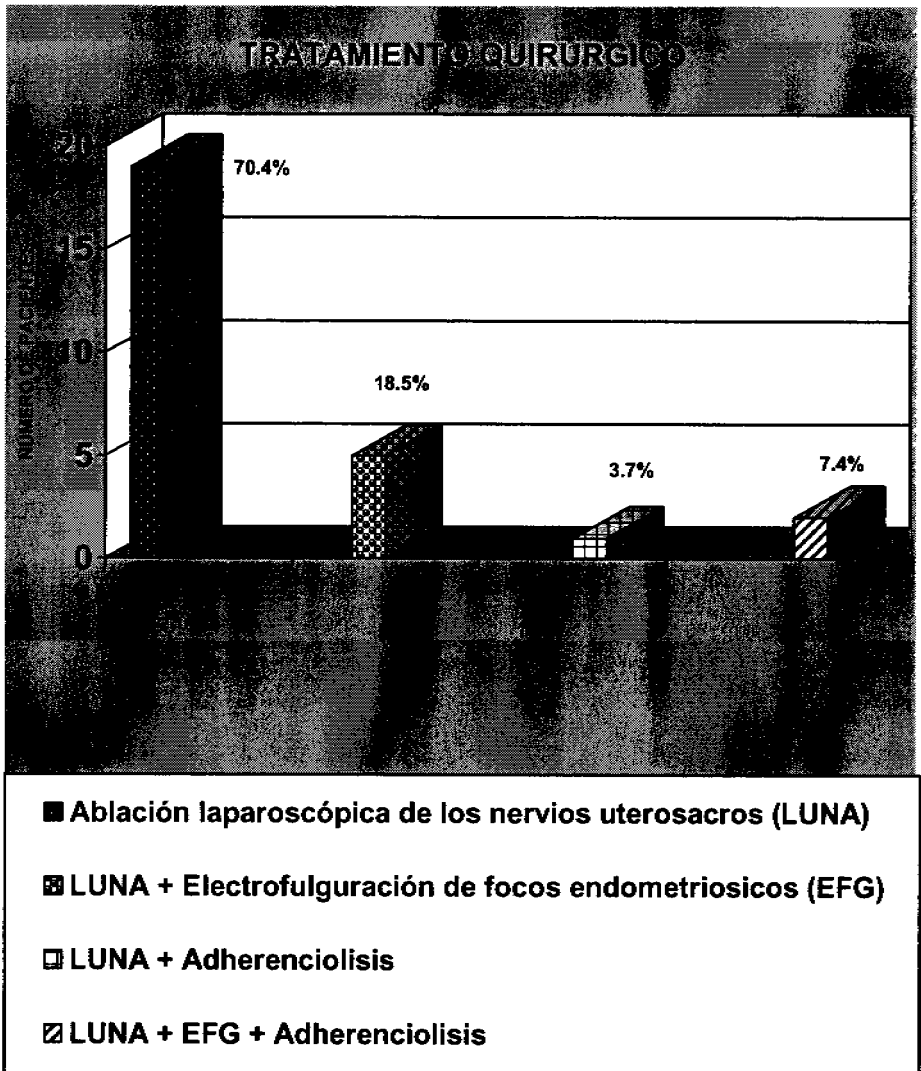
GRÁFICA 6

DIAGNÓSTICO LAPAROSCÓPICO



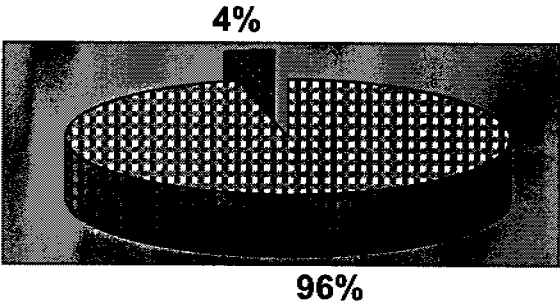
- ▨ Sin patología
- ▣ Congestión pélvica
- ▤ Enfermedad pélvica inflamatoria leve
- ▥ Enfermedad pélvica inflamatoria moderada
- ▧ Endometriosis mínima
- ▩ Endometriosis leve
- Enfermedad adherencial

GRÁFICO 7



GRÁFICA 8

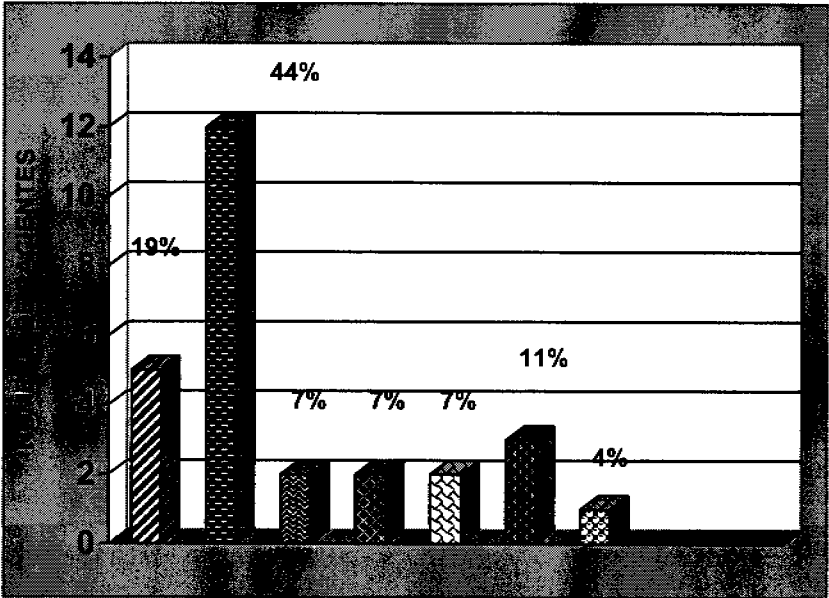
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS



▣ Sin complicaciones ■ Sangrado de epiplón

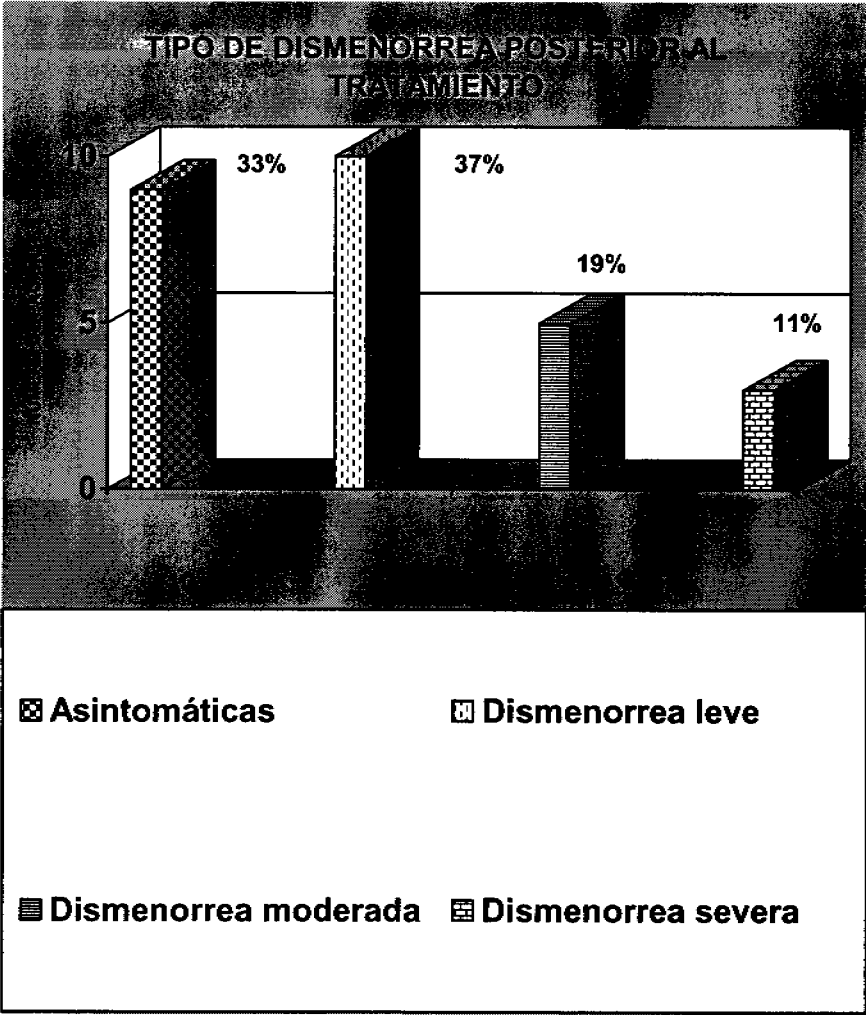
GRÁFICA 9

TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO



- ▨ Sin tratamiento
- ▣ Antiinflamatorios no esteroideos
- ▤ Hormonales orales
- ▥ Danazol
- ▦ Antibióticos
- ▧ Análogos de la GnRH
- ▨ Histerectomía total abdominal

GRÁFICA 10



DISCUSION

De las pacientes estudiadas, la edad media fue de 23.93 años, lo cual es similar con lo reportado en la literatura, además observamos que la edad de mayor frecuencia fue los 15 años, por lo que sería importante enfocar la atención al tratamiento de la dismenorrea en este grupo de pacientes. El diagnóstico de envío de las pacientes al hospital del tercer nivel fue diverso siendo solo en 8 de los 27 casos el diagnóstico de dismenorrea severa, realizándose el diagnóstico de dicha patología en la primera consulta del Servicio de Biología de la Reproducción.

Al igual que se muestra en la literatura el tratamiento de la dismenorrea en este grupo de estudio fue muy variado, siendo solo 5 las pacientes que no requirieron tratamiento postquirúrgico, que corresponde al 19% de la muestra, al 81% restante se le dio manejo con analgésicos no esteroideos y/o tratamiento dependiente de la patología asociada.

La principal patología asociada a la dismenorrea secundaria fue la endometriosis mínima correspondiendo a un 41% (11 pacientes) del grupo estudiado, de las cuales a 5 se les realizó conjuntamente la electrofulguración de focos endometriósicos.

Al año posterior al tratamiento solo 9 pacientes cursaron asintomáticas correspondiendo a un 33% de la población en estudio, 37% con dismenorrea leve, 18.5% con dismenorrea moderada y 11% de las pacientes continuaron con dismenorrea severa.

CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra la necesidad de diseñar estudios de investigación más amplios con el objetivo, de obtener una mayor población de estudio que permita tener resultados más aplicables a la población tratada en esta unidad médica, y sirvan de fundamento para el manejo de las pacientes con este tipo de patología.

En este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de dismenorrea que presentaron las pacientes a su ingreso y posterior al tratamiento quirúrgico, lo cual puede estar influenciado por las múltiples variantes de tratamiento realizados durante la laparoscopia, así como el tratamiento postquirúrgico a base de diversos medicamentos que pueden modificar la respuesta a la ablación de los nervios uterosacros, por lo que se sugiere la realización de un estudio que presente un grupo de control para poder valorar adecuadamente la eficacia este procedimiento quirúrgico en el manejo de la dismenorrea.

Se observó que el grupo de edad con mayor frecuencia en esta patología son las pacientes de 15 años, así mismo se observó que el tiempo de evolución se incrementa a mayor edad de la paciente lo cual nos habla de que la patología es de difícil control y tiende a ser crónica, por lo que debemos enfocar nuestra atención al diagnóstico y manejo al grupo de pacientes de menor edad, para evitar la evolución de la patología.

Se destaca que el 70% de las pacientes que fueron sometidas a la ablación de nervios uterosacros junto con alguna otra modalidad terapéutica presentaron mejoría en relación al cuadro clínico preoperatorio.

Podemos apreciar también que en este grupo de estudio, durante la realización de la ablación de los nervios uterosacros por vía laparoscópica se presentó complicación en solo una de las pacientes, el cual fue solucionado en el transoperatorio, sin mayores repercusiones; lo cual traduce que dicho procedimiento quirúrgico es seguro.

BIBLIOGRAFIA

1. Fang-Ping Chen y cols. Comparison of Laparoscopic Presacral Neurectomy and Laparoscopic Uterine Nerve Ablation for primary dysmenorrhea. *The Journal of Reproductive Medicine*, 1996, Vol 41, 463-466

2. Edward M. Lichten, James Bombard. Surgical Treatment of Primary Dysmenorrhea with Laparoscopic Uterine Nerve Ablation. *The Journal of Reproductive Medicine*, 1987, Vol 32, 37-41.

Miguel Ángel Saavedra Meléndez. Ablación de uterosacros por video laparoscopia, una alternativa en dismenorrea primaria incapacitante. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1998, Vol. 66, 414-419.

4. Mijo Fujii y cols. Investigation of the Localization of Nerves in the Uterosacral Ligament: Determination of the Optimal Site for Uterosacral Nerve Ablation. *Gynecol Obstet Invest*, 2002, Vol 54, 11-17

5. Nezhat, Camran R y cols. Operative Gynecologic Laparoscopy principles and techniques. Editorial Mc Graw-Hill, 2ª edición, 2000, 272 – 293.

6. Timur Gürgan, y cols. Laparoscopic CO2 laser uterine nerve ablation for treatment of drug resistant primary dysmenorrhea. *Fertility and Sterility*, 1992. Vol. 58, 422-424

Joseph C. Gambone y cols. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertility and Sterility*. 2002, Vol. 78, 961-971.

8. Fernando García León y cols. Estudio comparativo entre neurectomía presacra y ablación de uterosacros en el dolor pélvico crónico. Abordaje laparoscópico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 2003, Vol. 71, 137-142.

9. Patricia C. Nasco, y cols. Histopatologic findings on uterosacral ligaments in women with chronic pelvic pain and visually normal pelvis at laparoscopy. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2006, Vol. 13, 201-204

10. Robert M. Rogers, Pelvic Denervation Surgery: What the Evidence and Anatomy Teach Us. *Clinical Obstetric and Gynecology*, 2003, Vol. 46, 767-772

11. Alva Velásquez M.C, Castro Cuenca C. G, Interrupción quirúrgica de las vías nerviosas en el dolor pélvico crónico. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 2003, Vol. 54, 33-40