



11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No.3  
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y LA MADRE

133

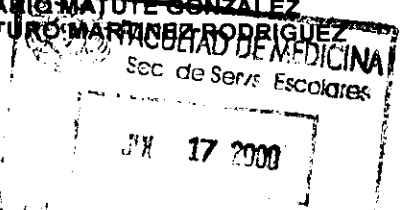
*"Antecedentes y Sintomatología de las  
Pacientes con prolapso de cúpula vaginal  
Resultados del tratamiento con la Sacropexia"*

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LA ESPECIALIDAD EN:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DRA. RAMIREZ RANGEL MA. DEL ROSARIO

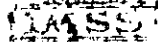
ASESOR : DR.ROBERTO LEMUS ROCHA  
COLABORADORES: DR.MANUEL MARIO MADUEÑO GONZALEZ  
DR.OSCAR ARTURO MARTINEZ RODRIGUEZ



MEXICO, D.F.



Febrero del 2000.



SECRETARIA DE MEDICINA  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3  
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y LA MADRE



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

**DR. MARTIN MEZA VARGAS**

**JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
MEDICA HGO. No. 3 CMN La Raza.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION**

---

**DR. JESUS CARLOS BRIONES**

**SUB JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
HGO. No. 3 CMN La Raza.**

## ***Agradecimientos***

*Hoy haré brillar la luz transformadora de la gratitud en todas las circunstancias de mi vida.*

*(Melody Beattie)*

### ***A Dios***

*Porque con su infinito poder, me ha permitido dar un paso más en esta noble profesión.*

***Al Dr. Manuel Mario Matute González y  
Dr. Santiago Roberto Lemus Rocha.***

*Por su valiosa colaboración en la realización del presente trabajo.*

***A todos mis maestros del H.G.O. No. 3 C.M.R.***

## ***Dedicatorias***

***A mis padres:***

*Josefina Rangel Ozumbilla y  
Martín Ramírez Ozumbilla*

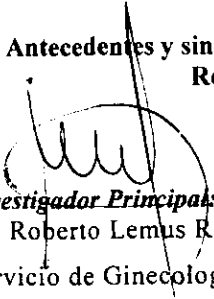
*Seres tan maravillosos, que me han sabido guiar  
a lo largo de toda mi vida.*

***A mi esposo:***

*Ing. Jorge Amador Gress*

*Por su apoyo incondicional.*

**Antecedentes y sintomatología de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal.  
Resultados del tratamiento con la Sacropexia.**



***Investigador Principal:***

Dr. Roberto Lemus Rocha.

Servicio de Ginecología.

***Investigador Asociado Principal:***

Dra. Rosario Ramírez Rangel

Residente de cuarto año

Ginecología y Obstetricia.

***Investigadores Asociados:***

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez.

Jefe Departamento Clínico.

Servicio de Ginecología

Dr. Manuel Mario Matute González.

Médico Adscrito.

Servicio de Ginecología.

***Lugar donde se realizará el estudio:***

Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3.

Centro Médico Nacional "La Raza".

Delegación 2 noreste del D.F.

Av. Vallejo # 266 y 270. Col. "La Raza". Delegación Atzacapotzalco.

Teléfono: 724-5900.

## INDICE

<b>ANTECEDENTES:</b>	
HISTORIA _____	3
DEFINICION _____	3
ANATOMIA _____	4
ETIOLOGIA _____	5
SINTOMAS MAS FRECUENTES (1-5, 13-16) _____	6
TECNICAS QUIRURGICAS (1-5, 13-16) _____	6
<b>OBJETIVOS:</b>	
OBJETIVO GENERAL _____	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	7
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:</b>	
PREGUNTA # 1 _____	9
PREGUNTA # 2 _____	9
<b>MATERIAL Y METODOS:</b>	
LUGAR DEL ESTUDIO _____	10
POBLACION _____	10
TAMAÑO DE LA MUESTRA: _____	10
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD _____	10
DISEÑO DEL ESTUDIO _____	11
VARIABLES _____	11
METODOLOGÍA _____	13
<b>RESULTADOS:</b> _____	14
<b>FIGURAS:</b> _____	16
<b>CONCLUSIONES:</b> _____	20
<b>BIBLIOGRAFIA:</b> _____	22
<b>ANEXO</b>	

## ANTECEDENTES:

### HISTORIA

Desde 1957 Arthure y Savage usaron la histeropexia sacral para el prolapso uterino. Lave encontró que la malla puede ser interpuesta entre la vagina y el sacro. Yates también aplican malla sintética desde el ápex vaginal al promontorio sacro. Birnbaum demostró que la colposacropexia abdominal es una ventaja para salvar la función sexual. <sup>(1)</sup>

Salcher evocó a la colpopexia sacral para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, en 1970. <sup>(2)</sup>

Randall y Nicholls establecieron que el tratamiento para la inversión vaginal, requiere familiarizarse con ésta. <sup>(3)</sup> La colposacropexia fue descrita por Birnbaum en 1973, incidiendo el abdomen y elevando la vagina con dilatador de Hegar <sup>(4)</sup>, y fue introducida también por Early como método para corregir el prolapso de cúpula y preservar el potencial coital, desde 1962. <sup>(5)</sup>

### DEFINICION.

Es la hernia del saco peritoneal en la cúpula vaginal después de una histerectomía abdominal o vaginal. Generalmente se asocia con prolapso de la pared anterior y posterior de la vagina. Sin embargo puede existir un excelente soporte de las paredes vaginales anterior y posterior. <sup>(6)</sup>



## ANATOMIA

La vejiga, el útero y el recto están unidos a las paredes pélvicas por tejido conectivo, que en conjunto reciben el nombre de fascia endopélvica. La fascia endopélvica es una unidad continua pero según diferentes regiones, se le dan nombres individuales. Tiene dos porciones, una dirigida de adelante atrás y otra transversal. Forma una cruz en cuya intersección se encuentra enclavado el istmo uterino, cervix y la vagina. La porción anteroposterior forma el ligamento pubovesico-utero-sacro. La porción transversal va de la cara interna de un hueso iliaco al otro, cruzándose en el ámbito de la vagina y el útero. Los nombres que reciben son parametrio y paracolpos según de sostén al útero o la vagina, también se les conoce como ligamento cardinal o ligamento de Mackenrodt. <sup>(6)</sup>

Las estructuras que mantienen la vagina en su sitio pueden dividirse en tres áreas diferentes. El tercio superior (comprende los dos a tres centímetros cefálicos) de la vagina, se encuentran suspendidos por el paracolpos, entonces la parte superior de la vagina cuelga de las paredes laterales de la pelvis y sacro. El tercio medio de la vagina esta suspendido por el tabique rectovaginal en su cara posterior y la fascia pubocervical unida fuertemente a la sinfisis del pubis en la cara anterior. Se trata de un tejido más denso que el encontrado en los ligamentos cardinales. <sup>(7)</sup> El tercio inferior está sostenido por los once músculos y las tres fascias que forman el piso perineal. El elevador del ano es la estructura muscular más importante que da el sostén a los órganos pélvicos <sup>(7,8)</sup>

Es importante entender la forma y la posición que tiene la vagina. La vagina tiene forma de S y termina justo por enfrente de la concavidad del sacro. El eje normal de la vagina es casi horizontal y descansa sobre el recto. La vagina y el recto se apoyan sobre el elevador del ano. La integridad del elevador del ano, así como una buena suspensión de la vagina, es indispensable para que no haya prolapso de la cúpula <sup>(9)</sup>

## ETIOLOGIA

Variable de debilidad congénita de la fascia endopélvica. Muchas mujeres tienen hernias en Las causas de prolapso de cúpula vaginal son varias y las podemos clasificar de la siguiente forma.

Pacientes en las cuales el prolapso es evidente en los dos primeros años después de la cirugía. En ellas se atribuye el prolapso de cúpula vaginal a una falta en la atención para la fijación, al momento de realizar la histerectomía.

Cuando el prolapso ocurre entre los 2 a 10 años posteriores a la cirugía, la causa es menos aparente. Se supone que el prolapso representa un lento progreso de un defecto en la suspensión vaginal por problemas en la cicatrización, infecciones, hematomas o un enterocele no corregido.

El prolapso que se presenta después de 10 años de la cirugía se asocia con un grado otros sitios, venas varicosas y hemorroides. Uno o varios factores precipitantes hacen que la deficiencia congénita se manifieste.

En los embarazos, el aumento de cortisol y la progesterona debilitan la fascia endopélvica.

La menopausia, provoca atrofia de los músculos y la fascia.

Los partos, pueden haber provocado desgarros e incisiones en los tejidos de soporte pélvico.

Varios factores como padecimientos pulmonares crónicos, estreñimiento, obesidad, tabaquismo y actividad física extenuante. <sup>(10, 11)</sup>

Otro factor que se menciona en forma aislada, como predisponente para el prolapso de cúpula vaginal, es la cistopexia retropúbica, pues hay mayor área de exposición a las presiones intraabdominales <sup>(12)</sup>

## SINTOMAS MAS FRECUENTES (1-5, 13-16)

- 1.- Presión pélvica.
- 2.-Incontinencia urinaria.
- 3.-Sensación de prolapso.
- 4.-Protrusión.
- 5.-Problemas para la micción o función intestinal.
- 6.-Dificultad al coito.
- 7.-Dispaurenia.
- 8.-Constipación.
- 9.-Irritación de la mucosa vaginal.
- 10.-Nicturia.

## TECNICAS QUIRURGICAS (1-5, 13-16)

El abordaje para corrección del prolapso de cúpula vaginal puede ser por vía vaginal o abdominal.

La vía vaginal es útil si la paciente tiene un riesgo quirúrgico elevado. Las técnicas empleadas son. Colpocleisis o Colpectomía, operación de Simmonds Prats y Colpopexia sacroespinosa

La vía abdominal para la fijación de la cúpula vaginal esta indicada cuando la paciente tiene antecedentes de cirugía abdominal extensa, riñón pélvico, tumor en algún anexo, cistopexia retropúbica, o fijación de la cúpula vaginal a la pared abdominal anterior.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar los antecedentes, sintomatología y resultado del tratamiento de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- I.- Analizar los antecedentes personales patológicos de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  1. Conocer la frecuencia de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  2. Determinar el índice de masa corporal en pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  3. Investigar el antecedente de hernioplastias en pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  4. Conocer el número de embarazos, partos, cesáreas y abortos de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  5. Determinar el número de nacimientos de productos macrosómicos en las pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  6. Identificar el tipo de histerectomía realizada en pacientes con prolapso de cúpula vaginal.
  7. Determinar el tiempo transcurrido desde la histerectomía hasta el inicio de la sintomatología del prolapso de cúpula vaginal.

II.- Examinar los principales síntomas relacionados con el prolapso de cúpula vaginal.

1. Conocer la frecuencia de dolor lumbo-sacro, sensación de cuerpo extraño en vagina, irritación del introito, dispareunia, infección de vías urinarias, dificultad para la micción, incontinencia urinaria, retención urinaria, necesidad de reducción del prolapso digitalmente para orinar, y constipación en pacientes con prolapso de cúpula vaginal.

III- Evaluar la sacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal.

Determinar el tiempo quirúrgico y sangrado transoperatorio en las pacientes sometidas a sacropexia.

Valorar la suspensión de las paredes vaginales

Determinar las complicaciones de las pacientes sometidas a sacropexia.

Investigar la presencia de relaciones sexuales posterior a la cirugía.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

**PREGUNTA # 1**

¿Cuales son los antecedentes de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal?

**PREGUNTA # 2**

¿Cuál es la sintomatología de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal?

**PREGUNTA # 3**

¿Es útil la sacropexia en el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal?

## **MATERIAL Y METODOS:**

### **LUGAR DEL ESTUDIO**

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Medico la Raza  
Departamento de Ginecología.

### **POBLACION**

Pacientes del servicio de Ginecología del Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del C.M.N.R. con prolapso de cúpula vaginal y deseo de preservar su actividad sexual.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

La muestra se determinara por conveniencia. Se incluirán todos las pacientes con prolapso de cúpula vaginal operados en el servicio de Ginecología a partir de enero de 1994.

### **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

#### **Criterios de inclusión.**

1. Prolapso de cúpula vaginal posterior a la histerectomía vaginal o abdominal, con deseos de preservar la función sexual. con o sin enterocele
2. Prolapso de cúpula recurrente.
3. Prolapso sintomático posterior histerectomía total abdominal, y vaginal.
4. Pacientes que cumplan los criterios según la siguiente\* clasificación:
5. La porción más distal del prolapso protruye mas de 1 cm. Por abajo del introito, pero la protrusión es menor en 2 cm. A la longitud total de la vagina.
6. Esencialmente completa eversión de la longitud total del tracto genital bajo. <sup>(17)</sup>

### **Criterios de eliminación.**

1. Mujeres mayores de 70 años.
2. Riesgo quirúrgico elevado ( IV o V).
3. Pacientes sin deseo de preservar la función coital.
4. Criterios de exclusión.
5. Pacientes a las que no sea posible darles seguimiento.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Descriptivo.

### **VARIABLES**

#### **Independiente:**

Pregunta # 1 y Pregunta # 2: no requiere variable independiente.

Pregunta # 3

#### **Sacropexia.**

**Definición:** Corrección quirúrgica de la eversión vaginal posterior a la histerectomía fijando la cúpula al promontorio del sacro por vía abdominal.



**Técnica:**

1. Anestesia general.
2. Asepsia y Antisepsia abdominal.
3. Colocación de sonda de foley.
4. Preparación de vagina: Asepsia y antisepsia y colocación de pinzas de Allis o de Forester montada en una gasa en el apex de la cúpula.
5. Incisión abdominal y disección extensa hasta la fascia de los rectos.
6. Se corta una parte de la fascia del recto de 2 x 10 cm y se coloca en solución salina, continuando con la disección hasta la cavidad abdominal.
7. Se aísla el campo quirúrgico ayudados de compresas y del separador de Sullivan O'Connors.
8. Se disecciona el peritoneo de la cúpula vaginal en un área de 3 x 4 cm.
9. Se disecciona el peritoneo anterior de la vejiga y el peritoneo posterior del fondo de saco de Douglas. Disección continuada hasta descubrir una porción del promontorio.
10. Puntos concéntricos en el fondo de saco de Douglas obliterándolo. (Técnica de Moshcowitz)
11. Se colocan de 4 a 6 suturas en la cúpula vaginal dejándolas referidas con pinzas de Kelly Desplazamiento del colon sigmoides a la izquierda.
12. Se colocan 4 suturas en el ligamento sacral anterior, dejándolas referidas con pinzas de Kelly. **Tener precaución con los vasos presacros.**
13. Se coloca el injerto de fascia, anudando los cabos previamente referidos en la cúpula y promontorio.
14. El injerto debe estar laxo para que la vagina descansa en el sacro.
15. El peritoneo se sutura sobre el injerto procurando sepultarlo.
16. La cirugía anti-incontinencia (uretropexia retropúbica) solamente la efectuamos cuando hay indicación.

## **Dependientes:**

### ***Pregunta # 1.***

Para investigar los antecedentes personales patológicos de las pacientes con prolapso de cúpula vaginal se consideran las siguientes variables: Hipertensión arterial sistema crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, índice de masa corporal, hernioplastias, gestaciones, partos, cesáreas, abortos, nacimiento de productos macrosómicos, tipo de histerectomía realizada, tiempo transcurrido desde la histerectomía hasta el inicio de los síntomas

### ***Pregunta # 2***

Se investigará las siguientes variables, dolor lumbo-sacro, sensación de cuerpo extraño en vagina, irritación del introito, dispareunia, infección de vías urinarias, dificultad para la micción, incontinencia urinaria, retención urinaria, necesidad de reducción del prolapso digitalmente para orina, y constipación.

### ***Pregunta # 3***

Las variables son el tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, días de estancia intrahospitalaria, complicaciones y relaciones sexuales posteriores a la cirugía.

## **METODOLOGIA**

A las pacientes con los criterios de elegibilidad se les realizara una encuesta (ver anexo # 1). Se verifica la fecha de la programación de cirugía para asistir a la misma. Al terminar la cirugía se registra el sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico, riesgo anestésico y complicaciones transoperatorias.

Durante su estancia en el hospital se verifica su evolución postoperatoria mediata registrando cualquier complicación. Se cita a retiro de puntos a entre los 7 a 9 días posteriores a la cirugía y se interrogan sobre la presencia de morbilidad.

El seguimiento posterior es cada cuatro meses donde interrogamos sobre la existencia de relaciones sexuales, complicaciones y se realizara exploración física valorando la presencia de distopias. El seguimiento será por un año.

Las pacientes que no acudan a cita, se localizarán por medio de la hoja de trabajo social que existe en su expediente., para localizar su dirección y/o número telefónico Y así poder continuar su seguimiento.

## RESULTADOS:

Nuestras pacientes en promedio se encontraron en la sexta década de la vida, no presentaron obesidad.

Tabla # 1 Variables demográficas. Pacientes operadas de Sacropexia.

	Promedio	D.S.	Rango
<b>Edad (años)</b>	53.84	5.27	45-64
<b>Peso (Kg)</b>	64.57	7.31	45-79
<b>Talla (cm)</b>	155.53	5.08	144-170
<b>Indice de Quetelet</b>	26.77	3.56	18-34

La mayoría de nuestras pacientes presentaron hipertensión, y tenían antecedentes de cirugías abdominales previas diferentes a histerectomía. La tercer parte tenían antecedentes de hernioplastias. El tabaquismo se presento en una sexta parte de las pacientes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no se presento en ninguna paciente.

Las pacientes tenían cinco embarazos en promedio con un rango de 2 a 11, el promedio de partos fue de 4.22 con un rango de 2 a 11.

La histerectomía realizada fue vaginal en el 65% de las pacientes y abdominal en el resto.

La mayoría de los prolapsos de cúpula se presentaron dentro de los primeros cinco años después de la histerectomía.

El síntoma más frecuente fue la sensación de cuerpo extraño en vagina presente en casi todas las pacientes. La incontinencia urinaria de esfuerzo se presentó en cerca de la mitad. El resto de los síntomas se presentaron en menos del 30% de las pacientes, aquí incluimos el estreñimiento, dolor lumbar, Dispareunia, irritación del introito y la necesidad de reducir el prolapso para obrar u orinar.

**Figura 3**

Todas las pacientes tenían prolapso, el cistocele y el rectocele se presentaron en diferentes grados.

**Figura 4**

El riesgo anestésico I se presentó en el 0.3%, el II en 62% y el III en el 31%.

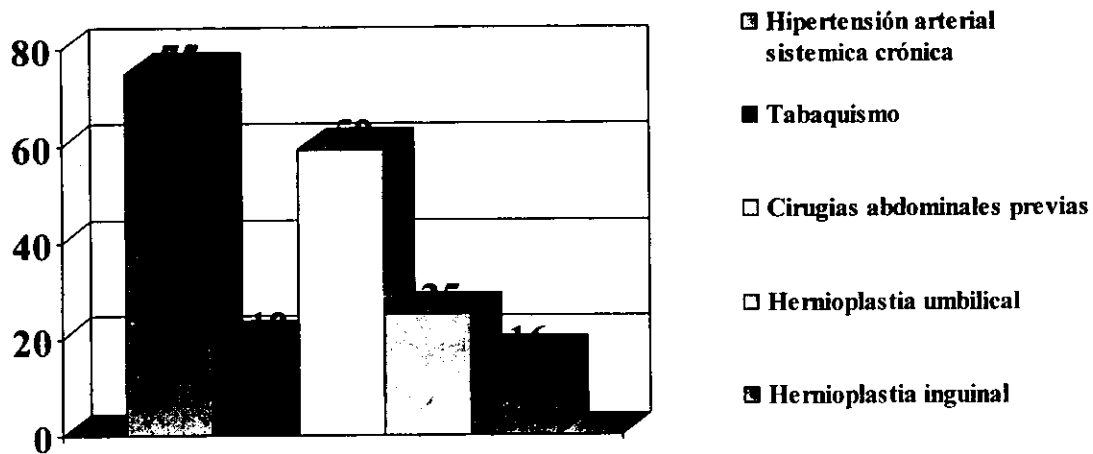
La sacropexia tiene un tiempo quirúrgico promedio de dos horas, y el sangrado esta cercano a los 200 ml.

**Tabla # 2 Resultados transoperatorios de las pacientes operadas de Sacropexia.**

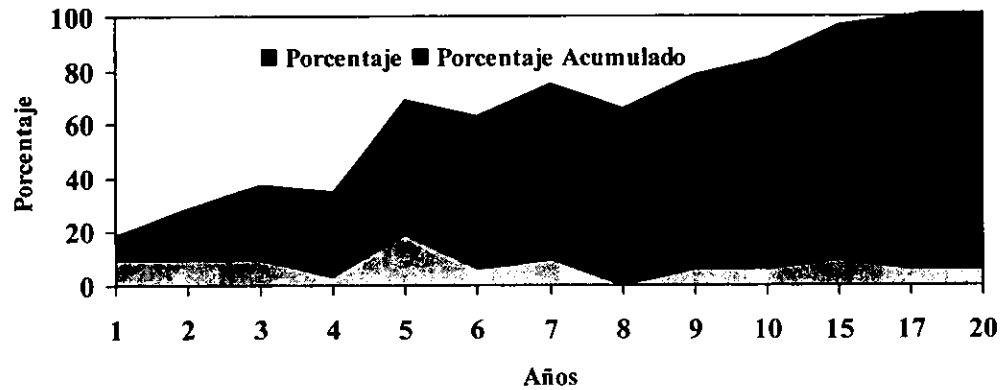
	<b>Promedio</b>	<b>D.S.</b>	<b>Moda</b>	<b>Rango</b>
<b>Tiempo Quirúrgico (min)</b>	130.5	19.27	150	90-165
<b>Sangrado Transoperatorio (mls)</b>	187	103.86	200	50-600

No se presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato. Una paciente (0.31%) presenta recidiva del prolapso de cúpula, dos cistocele (0.6%) y una rectocele (0.31%). De las pacientes operadas el 93.75% (30) de las pacientes tienen relaciones sexuales actualmente. Dos pacientes no tienen relaciones sexuales, una por presentar recidiva del prolapso y la otra paciente refiere dispareunia.

**Figura # 1. Antecedentes Personales Patologicos en las Pacientes Operadas de Sacropexia.**



**Figura # 2. Tiempo en años transcurrido despues de la Histerectomia a la presentación del Prolapso de Cúpula**



**Figura # 3. Síntomas en las Pacientes con Prolapso de Cúpula**

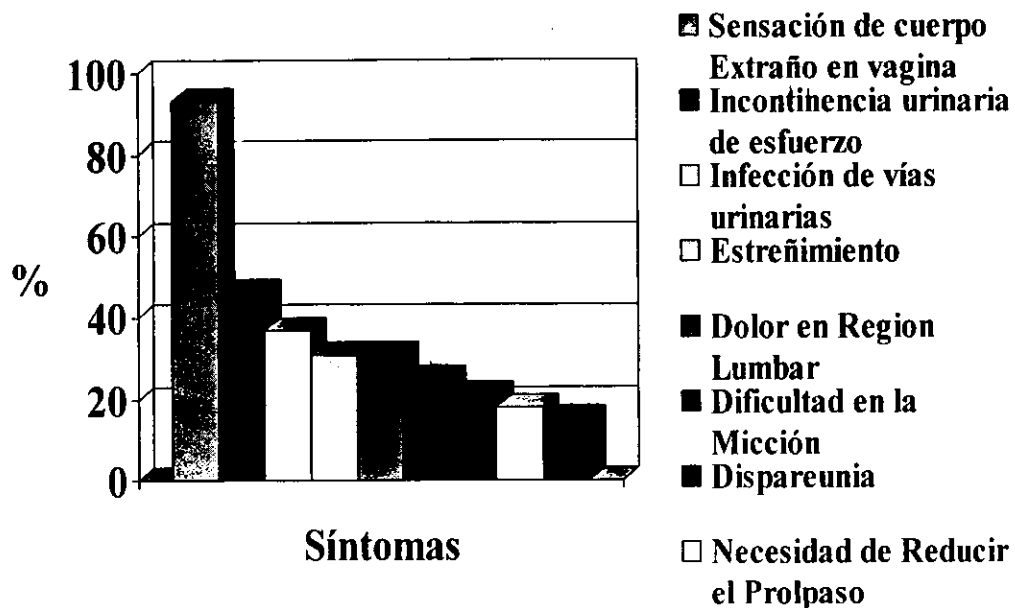
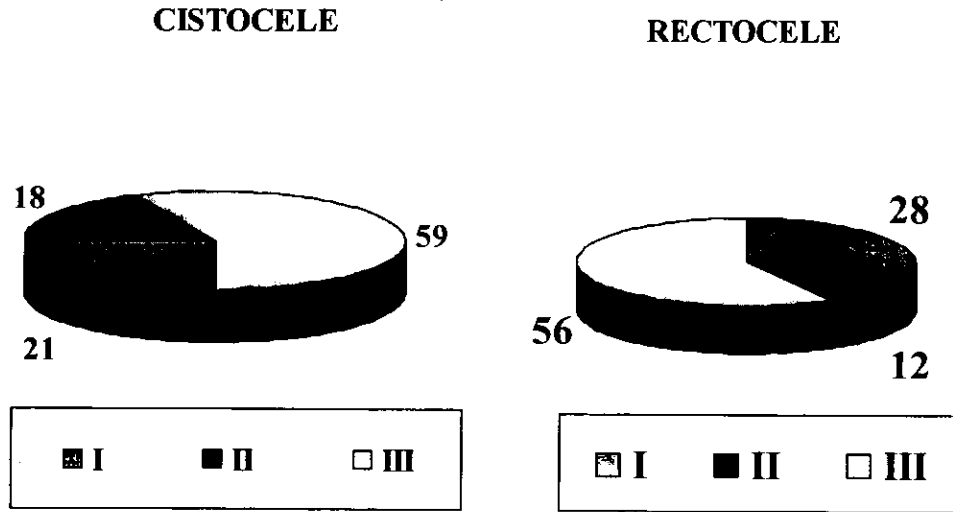


Figura # 4. Porcentaje de Distopias asociadas al Prolapso de Cúpula Vaginal.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



## CONCLUSIONES:

Aparentemente el factor más importante asociado con el prolapso de la cúpula vaginal después de la histerectomía es la calidad de los tejidos, gran número de las pacientes del estudio tenían el antecedente de hernioplastias. Nuestros hallazgos difieren a lo reportado por otros autores, ellos reportan el antecedente de hernioplastias en solamente el 8% de sus pacientes. Las pacientes de este estudio no fueron obesas, lo que nos hace pensar en la ausencia de una relación directa, en la literatura este antecedente está presente en un 16 a 20% <sup>(5,15)</sup> sin embargo en estos dos reportes la información es subjetiva. Las pacientes fueron hipertensas y no encontramos explicación para relacionarla con las distopias, y no hay reportes en la literatura.

De forma clásica la multiparidad se ha asociado con los trastornos de la estática pélvica, sin embargo los estudios que buscan esta relación tiene cuando menos 20 años de haberse realizado. En las últimas tres décadas las familias son más pequeñas en el área urbana y los trastornos de estática pelvigénital no han disminuido como se esperaría al disminuir los partos. El prolapso de cúpula vaginal se presenta en pacientes con exclusivamente 2 embarazos. Las gestaciones no son probablemente una de las causas más importantes para la presentación de estas patologías. Este resultado es similar a lo reportado en otros lugares. (1,2,4,5,13,15,16)

El antecedente de histerectomía vaginal es más frecuente en nuestras pacientes y a nivel mundial se tienen los mismos resultados. Los métodos para fijar la cúpula vaginal utilizados en nuestro hospital son la técnica de Heaney y la de Mayo-Warts. Se ha propuesto el uso de la fijación sacroespinal de forma profiláctica en todas las pacientes sometidas a histerectomía vaginal sin embargo pero es un procedimiento que puede aumentar la morbilidad, debido a la necesidad de realizar disección del espacio pararectal para alcanzar la espina ciática y la cercanía de los vasos pudendos. También el prolapso de cúpula en la paciente con histerectomía vaginal previa puede estar relacionada con una mala calidad de sus tejidos que antes le condiciona la distopias que la llevo a la primera cirugía.

De nuestras pacientes cerca de la quinta parte presento el prolapso seguramente por una mala técnica quirúrgica (menos de 2 años) y otra quinta parte se puede atribuir a una mala calidad de los tejidos (más de 10 años). En la mayoría de las pacientes la causa del prolapso es menos específica. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por otros autores. (1,4,5,10,13)

El síntoma más frecuente fue la sensación de cuerpo extraño en vagina y esto se asocia con el hallazgo a la exploración física de cistocele III y Rectocele III en más del 60% de las pacientes.

Las pacientes sometidas a sacropexia deben tener riesgos anestésicos bajos, porque son pacientes que se someten a la cirugía pensando en las relaciones sexuales posteriores.

La sacropexia tiene un tiempo quirúrgico mayor de 2 horas, se debe limitar a pacientes con bajo riesgo anestésico quirúrgico. En nuestro estudio el sangrado durante el transoperatorio fue mínimo sin embargo hay reportes como el de Krantz y cols con 2 600 mls. de sangrado secundario a lesión de los vasos presacros. (13)

La fijación de la cúpula a la pared abdominal anterior no ha reportado buenos resultados al valorar las relaciones sexuales, contrario a los hallazgos con la sacropexia. La mayoría de las pacientes operadas con esta técnica en el momento de la redacción de este informe tienen relaciones sexuales.

La sacropexia entonces es la cirugía de elección en pacientes con prolapso de cúpula vaginal, menores de 60 años, bajo riesgo quirúrgico y deseos de preservar la función sexual.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Liso. Abdominal sacral colpopexy with use of synthetic mesh. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:214-217.
2. Varner, Plessala, Richter. Effects of sacrocolposuspension on the lower urinary tract. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1684-1689.
3. Given, Kenneth, Browning. Vaginal length and sexual function after colpopexy for complete uterovaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:284-288.
4. M. Creighton, L. Stanton. The surgical management of vaginal vault prolapse. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1991;98:1150-1154.
5. Virtanen, Itirvonen, Makinen, Kiilholma. Outcome of thirty patients who underwent repair of posthysterectomy prolapse of the vaginal vault with abdominal sacral colpopexy. *J. Am. Coll. Surg.* 1994;178:283-287.
6. De Lancey JC. Correlative study of paraurethral anatomy. *Obstet Gynecol.* 1986;68:9
7. De Lancey JOL: Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am. J. Obst. Gyn.* 1992;166:1717.
8. De Lancey JOL. Starr RA: Histology of connection between the vagina and levator ani muscles. *J. Reprod Med.* 1990;35:765.
9. Nichols DH. Milley PS: Randal CL. Significance of Restoration normal vaginal depth and axis. *Obst. Gyn.* 1970;36:241.
10. Maloney J. Dunton C. Smith K. Repair of vaginal vault prolapsed with abdominal sacropexy. *J. Reprod Med.* 1990;35:6-10.
11. Simmonds R. Williams T. Raymond L. Weeb M. posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. *Am. J. Obst. Gyn.* 1981;140:852-856.
12. Beck RP. Vvaginal vs. Abdominal surgery for Genuine Stress incontinence. *Obstet. Gyn. Rep.* 1990;2:232.
13. E. Synder, E. Krantz, Litt D. Abdominal retroperitoneal sacral colpopexy for the correction of vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 1991;77:944.

14. J. De Vries, M. Van Dessel, C. Drogendijk, de Hass, M. Huikenshoven. Short term results and long term patients appraisal of abdominal colposacropexy treatment of genital and vaginal vault prolapse. *European Journall of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 1995;59:35-38.
15. Timmonds, Addison, B. Addison, G. Cavenar. Abdominal sacral colpopexy in 163 woman with posthystercomy vaginal vault prolapse and enterocele evolution of operative techniques. *The Journal of reproductive Medicine* 1992;37:323-327.
16. H. Nezhat, Farr Nezhat, Camran Nezhat. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapsed. *Obstet Gynecol* 1994;84:885-888.
17. Bump, Mattiasson, Kari, Brubaaker, et al. The Standardization of termonology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-17.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 3 CMR  
PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

I) - FICHA DE IDENTIFICACION

PACIENTE No.

NO DE AFILIACION:

NOMBRE:

EDAD:

ESTATURA:

PESO:

PESO IDEAL

% DE SOBREPESO

T. A.

II - ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

6) HIPERTENSION  1) SI 2) NO

7) OBESIDAD  1) SI 2) NO

8) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA 1) SI 2) NO

9) TABAQUISMO  1) SI 2) NO

10) CIRUGIAS ABDOMINALES  1) SI 2) NO

A) PLASTIA UMBILICAL

B) PLASTIA INGUINAL

C) OTRAS, DIGA CUALES

III) - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

11) NO. DE GESTACIONES

12) NO. DE PARTOS

13) NO. DE CESAREAS

14) APLICACION DE FORCEPS  1) SI 2) NO

15) PRODUCTOS MACROSOMICOS  1) SI 2) NO

16) MENOPAUSIA  1) SI 2) NO

IV) - ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS

17) HISTERECTOMIA  1) SI 2) NO

A) ABDOMINAL (MARQUE CON UNA CRUZ)

B) VAGINAL (MARQUE CON UNA CRUZ)

18) URETROPEXIA

19) CORRECCION DEL PROLAPSO

20) OTRAS, ESPECIFIQUE CUALES:

21) COMPLICACIONES  1) SI 2) NO

22) DIGA CUALES:

V.- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CIRUGIA GINECOLOGICA Y

LA PRESENCIA DE SINTOMAS DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

23) TIEMPO EN AÑOS (MARQUE CON UNA CRUZ)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

VI.- PRINCIPALES SINTOMAS

24) SINTOMATOLOGIA  1) SI 2) NO

MARQUE CON UNA CRUZ

DOLOR LUMBOSACRO

SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA

IRRITACION DEL INTROITO

DISPAREUMIA

INFECCIONES URINARIAS (URETRITIS, TRIGONITIS, ETC)

DIFICULTAD PARA LA MICCION

INCONTINENCIA URINARIA

RETENCION URINARIA

NECESIDAD DE REDUCIR EL PROLAPSO DIGITALMENTE

CONSTIPACION

VII.- EXPLORACION FISICA

25) CISTOCELE  PROLAPSO

RECTOCELE  ENTEROCELE

IUE

VIII). - RIESGO ANESTESICO

RIESGO ANESTESICO  I  II  III  IV

IX). - CIRUGIA

TIEMPO QUIRURGICO

HRS MIN

SANGRADO EN MILILITROS:

COMPLICACIONES  1) SI 2) NO

22) DIGA CUALES:

X) - SEGUIMIENTO

IUE

RECIDIVA