

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNAN-LEON**



TESIS

**COMPLICACIONES DE LAS CIRUGÍAS CORRECTORAS
DE LOS TRASTORNOS DE ESTÁTICA PÉLVICA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HEODRA
JULIO 2002 – DICIEMBRE 2003**

AUTOR:

Dr. CRISTIAN BERRIOS QUEZADA

Residente De IV Año De Ginecología Y Obstetricia

TUTORA:

Dra. MARÍA DOLORES BENAVIDEZ A.

Médico Especialista Ginecología Y Obstetricia

ASESOR:

Dr. FRANCISCO TERCERO M.

Master en Salud Pública y Epidemiología

*Marzo del 2004
León, Nicaragua*

ÍNDICE.

CONTENIDO	No. Pág.
- Introducción	1
- Antecedentes	3
- Justificación	6
- Objetivos	7
- Marco Teórico	8
- Material y Método	35
- Resultados	39
- Discusión de los Resultados	46
- Conclusiones	50
- Recomendaciones	51
- Bibliografía	52
- Anexos	55

INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX todos los tipos de cirugía se enfrentaban con problemas de dolor, shock hipovolémico, hemorragia e infecciones que debían solucionarse antes de llevar a cabo operaciones seguras. Los problemas de los vendajes quirúrgicos y las infecciones postoperatorias por lo general eran una cuestión de prueba y error. Posteriormente con el uso de antibióticos de amplio espectro y la aparición de la anestesia efectiva y de relativa seguridad en 1846, se aumentaron la cantidad de operaciones, que en primera instancia eran cirugías de urgencia hasta que se fueron realizando paulatinamente cirugías electivas. Observándose desde mediados del siglo XX un aumento en la práctica de la histerectomía vaginal con colporragias como método principal para el tratamiento quirúrgico de prolapsos uterinos sintomáticos en conjunción con un cistocele o rectocele. ²

El prolapso uterino y los cuadros relacionados así como su tratamiento constituyen un objetivo fundamental en ginecología. Especialmente en su etapa avanzada, el prolapso uterino es una causa de grave discapacidad en las mujeres y constituye un desafío a la habilidad de cualquier cirujano ginecológico que intente corregirlo. La capacidad de proporcionar un alivio permanente a esta enfermedad clásica y lograr el mantenimiento o el restablecimiento de las funciones normales es fundamental, además de proporcionar el adecuado alivio quirúrgico a las pacientes con prolapso uterovaginal, los ginecólogos deben enfrentarse con un desafío aun mayor, como son las complicaciones después de la histerectomía, sea vaginal o abdominal, como el prolapso de cúpula vaginal, junto con la ocurrencia simultánea de otros defectos de soporte de la pelvis. ²

La atención del prolapso de órganos pélvicos es uno de los aspectos mas peculiares de la ginecología y la obstetricia, demostrándose la notable frecuencia de intervenciones quirúrgicas por este tipo de patología en mujeres, pero tal vez se subestiman la prevalencia de estos problemas en la población, ya que se

asume que muchas mujeres con prolapso e incontinencia no eligen el tratamiento quirúrgico y por lo tanto estos datos solo representan a las mujeres operadas.¹⁶

Los prolapsos genitales y sus síntomas pueden disminuir significativamente la calidad de vida de las mujeres de cualquier edad, en especial las mayores de cincuenta años, en las cuales son mas comunes estas molestias. El tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico. En la actualidad, cada vez mas mujeres mayores disfrutan de vidas plenas y activas. Muchas son sexualmente activas hasta la séptima década, etapa en la cual una gran parte probablemente ya han sido sometidas a hysterectomía y plastias vaginales.¹⁰

Se comprende bien que un descenso importante del útero tiene que ir forzosamente acompañado del prolapso de ambas paredes vaginales anterior y posterior. Pero también se asocian con frecuencia el colpocele anterior y posterior, aunque estas ultimas formas de prolapso pueden existir de forma aislada y sin participación en el descenso del útero. Todo esto ha conllevado a que las plastias anterior y posterior de vagina se realicen como operación única (1.9 %). En la mayoría de los casos se realiza asociada a una intervención mas importante como una hysterectomía vaginal.²

ANTECEDENTES

Es difícil establecer con exactitud la incidencia real del prolapso genital. Las cifras varían extraordinariamente según se incluyan los pequeños descensos aislados y asintomáticos de la pared vaginal o solo se incluyan cuadros avanzados. Si hacemos referencia solamente a aquellos prolapso genitales que precisaron reparación quirúrgica, en nuestro material de la Clínica Universitaria de Barcelona el prolapso genital represento el 2,32 % de todas las enfermas obstétricas y ginecológicas estudiadas en el Departamento, y el 35,42 % de las intervenciones ginecológicas practicadas. Según Stallworthy, 1971, las indicaciones quirúrgicas por prolapso genital constituyeron el 30 % de la totalidad de las indicaciones quirúrgicas ginecológicas practicadas en el Churchill Hospital de Oxford.¹⁰

El prolapso genital no es privativo de las mujeres en edad avanzada. En este material, el 36,8 % estaban en periodo de posmenopausia, el 42 % tenían edades comprendidas entre 41 y 50 años, y el 27,8 %, 40 años o menos. En mujeres de mas de 70 años, el prolapso genital constituye mas del 50 % de las indicaciones quirúrgicas a esta edad.¹⁰

A pesar de que el TEP es una de las indicaciones frecuentes de cirugía ginecológica, hay poca información epidemiológica acerca de dicho trastorno. Se ha señalado al prolapso de órganos pélvicos como la principal causa de histerectomía en mujeres mayores de 50 años. En un informe de Quebec constituyo 13 % de las histerectomías en todos los grupos etáreos. La razón de operaciones realizadas por TEP con respecto a aquellas por incontinencia urinaria es de 2/1.¹

Durante 1995 se identificaron a 384 mujeres que habían sufrido tratamiento quirúrgico por prolapso de órgano pélvico, incontinencia de orina o ambos problemas. El riesgo de una mujer durante toda su vida para requerir una operación simple hasta la edad de 80 años fue de 11,1 %. Dentro de este grupo de mujeres, hubo gran variedad en tipo y tamaño del prolapso y la incidencia total de intervención quirúrgica aumento con la edad. Esto se debe principalmente al

incremento de las intervenciones quirúrgicas para prolapsos. La reintervención fue bastante común, 29,2 % de los pacientes requirió una segunda operación. ¹⁶

En una revisión de 100 HTV, efectuadas en el Hospital Fernando Velez Paiz, en 1978 en Managua, se encontró que el 92 % eran multigestas, la mayoría tenía entre 30 – 49 años, al 95 % se les practico colpografía anterior y posterior. A la mitad de ellas se les dio alta al quinto día postoperatorio y la prolongación de la estancia hospitalaria estuvo relacionada a las complicaciones que se presentaron, siendo la mas frecuentes la IVU con un 22% y en segundo lugar la retención urinaria con un 21 %. El resto de complicaciones se presentaron en menos del 10 % de frecuencia. ⁴

Un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, en 1994, sobre complicaciones de histerectomías se encontró que los TEP fueron la segunda causa de histerectomías, con un 21,4 % y en el 8 % de los casos presentaron complicaciones, siendo estas infección de heridas quirúrgicas, lesión vesical y retención urinaria, entre las mas frecuentes. ⁵

Los estudios respecto a trastornos de la estática pélvica son específicos del manejo de la incontinencia urinaria, entre ellos citamos el realizado por la Dra. Ligia Nuñez, en el servicio, en 1987, el cual revelo que del total de cirugías ginecológicas realizadas el 4 % correspondió a cirugías antiincontinencia, predominando la plastia de Kelly con 67 %, Burch con 19 % y Pereyra con 14 %, respectivamente. El 6 % de estas pacientes cursaron con IUE recidivante, la sepsis urinaria resulto ser la complicación mas frecuente con un 15 %, en un 23 % de las pacientes se usaba drenaje suprapubico. ⁶

Otro estudio de cirugía uroginecológicas, realizado en 1989, revelo que el grupo más afectado fue el de 30–39 años, el 71 % eran multíparas, los factores desencadenantes para la IU fueron la tos, estornudos y esfuerzo físico, la complicación postoperatoria mas frecuente fue la infección de vías urinarias con un 18,3 % y la retención urinaria en un 11,6 %. ⁷

En un estudio de comportamiento del síndrome uretrovesical postoperatorio, en el HEODRA, 1995, se encontró que la totalidad de pacientes con síndrome uretral tenían un TEP, dentro de ellos cistoceles en 100 %. A la totalidad de las pacientes que presentaron retención urinaria se les realizó una cirugía vaginal, denominador común colpografía. A la mayoría de estas pacientes se les encontró IVU.⁸

En un estudio realizado sobre valoración del tratamiento de la incontinencia urinaria en el HEODRA, entre 1997-2000, se encontró que el TEP más frecuente fue el uretrocistocele con un 84 %. La frecuencia de IUEP fue del 25 %, la mixta con predominio de esfuerzo del 21 % y la mixta sin predominio del 11 %. Las complicaciones encontradas fueron retención urinaria con 4 %, dehiscencia completa de colpografía anterior con 2 % y granuloma con un 2 %.⁹

En el último estudio realizado en nuestro departamento, entre 1998-1999, se encontró que ingresaron al servicio de ginecología un total de 1,467 pacientes, de las cuales el 11 % fue ingresada y operada con diagnóstico de TEP. La población de mayor riesgo y con más complicaciones quirúrgicas, fueron las menores de 50 años. El antecedente patológico más encontrado fue la obesidad. Siendo las complicaciones más frecuentes la dispareunia, sepsis urinaria, recidiva de TEP e incontinencia urinaria de esfuerzo y que el mayor porcentaje de complicaciones se captó en el post - quirúrgico tardío.¹⁷

JUSTIFICACION

Con este estudio se identificarán las complicaciones de las cirugías realizadas en pacientes con trastornos de la estática pélvica, independiente de su fecha de aparición. Conociendo nuestras limitaciones en relación al tiempo de control de las pacientes a través de sus citas por consulta externa y su asistencia a ellas, por lo que trataremos de realizar un abordaje mas amplio utilizando información obtenida de fuente primaria como de fuente secundaria y así realizar una captación y cobertura total de todas las complicaciones, especialmente las tardías.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones trans - quirúrgicas y post - quirúrgicas inmediatas, mediatas y tardías de las cirugías correctoras de los trastornos de la estática pélvica realizadas en el servicio de Ginecología del HEODRA, de Julio – Diciembre del 2003.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características clínicas y socio - demográficas de la población en estudio.
2. Identificar la frecuencia de las complicaciones.
3. Determinar las complicaciones tardías que se detectan por consulta externa y a través del seguimiento posterior de las pacientes.

MARCO TEÓRICO

La pelvis se sitúa por debajo de la cavidad abdominopélvica y el piso de la pelvis cierra el conducto formado por los huesos pélvicos. El piso forma un plano de apoyo que evita el descenso de los órganos pélvicos y abdominales a través de la abertura ubicada en los huesos pélvicos. Su papel estructural puede apreciarse mejor si el cirujano coloca una mano a través de la incisión trans - abdominal y empuja en dirección caudal los órganos pélvicos. Todas las estructuras que impiden que la mano de el pase a través del conducto pélvico constituyen el piso de la pelvis. Además de su función de apoyo, el piso de la pelvis interviene en la concepción y el parto y también controla el almacenamiento y la evacuación de orina y heces. Para entender las funciones del piso pélvico y el prolapso genital es necesario entender las estrategias mecánicas que la evolución puso en juego para prevenir el descenso de los órganos pélvicos y también el proceso mediante el cual ocurre el prolapso genital. Como lo puntualizo Victory Bonney, el fenómeno del prolapso es similar a la maniobra que una auxiliar de enfermería utiliza para evertir el dedo de un guante quirúrgico. La compresión del aire adentro del guante impulsa el dedo invaginado hacia afuera de una forma muy parecida al incremento de la presión intraabdominal que empuja la vagina y el útero para prolapsarse hacia abajo. El peso del útero no es lo importante en el desarrollo del prolapso, sino más bien las fuerzas ejercidas sobre el piso pélvico por la mayor presión intraabdominal.¹⁶

Existen dos principios mecánicos que explican de que manera el piso pélvico evita el prolapso. Primero, útero y vagina están unidos a las paredes de la pelvis por una serie de ligamentos y estructuras aponeuróticas que suspenden los órganos de las paredes laterales de la pelvis. Segundo, los músculos elevadores del ano constriñen la luz de estos órganos cerrados y forman una capa ocluyente sobre la cual los órganos pélvicos pueden asentarse. Es por la combinación de estos dos factores – suspensión del conducto genital por los ligamentos y aponeurosis y cierre del piso pélvico por el elevador del ano – que la vagina se sostiene sobre los músculos elevadores del ano y forma un cierre como válvula de lengüeta. Tal

mecanismo de válvula funciona para mantener el fondo de saco rectouterino posterior cerrado y prevenir el desarrollo de un enterocele.¹⁶

Denominamos prolapso del útero al descenso de este órgano por debajo de la situación que habitualmente ocupa. Llamamos colpocele anterior al descenso de la pared vaginal anterior, y colpocele posterior al descenso de la pared vaginal posterior. Habitualmente el descenso de la pared vaginal anterior va acompañado de prolapso o caída de la pared posterior de la vejiga, y el descenso de la pared vaginal posterior, acompañado de prolapso de la pared anterior del recto. De aquí que se empleen como sinónimos los términos colpocele anterior y cistocele, y los de colpocele posterior o rectocele, aunque no sean totalmente sinónimos.¹⁰

La atención del prolapso de órganos pélvicos es uno de los aspectos mas peculiares de la ginecología y la obstetricia . Ayudo a definir esta especialidad y es aun territorio exclusivo de los gíneco - obstetras. Aunque a menudo se estudia como un fenómeno puramente mecánico, el prolapso se relaciona con problemas funcionales significativos. El prolapso se acompaña de incontinencia urinaria de esfuerzo, dificultad para la micción y problemas de la defecación. Estos trastornos funcionales no son simplemente resultado de alteraciones en las estructuras que apoyan la vejiga y el recto, sino también guardan relación con la inervación y musculatura de los conductos urinarios e intestinal.¹⁶

Aunque en general se acepta que el parto vaginal aumenta la probabilidad de que se desarrolle prolaspso de órgano pélvico, no se ha cuantificado con precisión la magnitud de este efecto. Se puede tener una idea de los efectos de la paridad sobre la creciente incidencia de prolapso de órgano a partir de un estudio realizado en Escandinavia por Timonen y colaboradores. Estos autores comparan la información respecto de la paridad en 1422 pacientes operadas por prolapso en el hospital donde ellos trabajan entre 1955 y 1965 con los datos de paridad nacional en Finlandia. Solo el 4 % de las mujeres con prolapso esta representado por nulíparas, en tanto que entre la población Finlandesa el 13,3 % de las mujeres corresponde a las nulíparas. Además evaluaron el tamaño del lactante de mayor tamaño parido por mujeres que después desarrollaron prolapso y lo compararon

con la información de peso al nacer en Finlandia, durante el mismo periodo. Estos datos confieren cierto sentido a la investigación para saber hasta que grado el parto vaginal influye en el prolapso de órgano pélvico.²²

El daño al sistema de sostén pélvico se considera producto de una combinación de factores como el parto, trastornos de tejido conectivo, neuropatías pélvicas, factores congénitos, cirugías pélvicas y diversas circunstancias como obesidad, trastornos respiratorios, estrés ocupacional y recreativos e hipoestrogenismo.¹

Para comprender la génesis del prolapso genital y sentar las bases del tratamiento quirúrgico adecuado, es necesario exponer, aunque sea de forma sucinta, el papel de las distintas estructuras pélvicas en el mantenimiento o suspensión del aparato genital. Se acepta que son tres las principales estructuras que desempeñan este papel:¹⁰

1. La fascia endopelvica, que fija y suspende el útero y la vagina a la pared pélvica.
2. El músculo elevador del ano que cierra la pelvis en su plano inferior.
3. La anteversoflexión del útero y la inclinación de la vagina, formando un ángulo de 70° aproximadamente con la horizontal, condicionan que la presión intraabdominal tienda a cerrar la vagina y mantener los órganos intrapelvicos.

El trabajo de parto y el parto vaginal tradicionalmente se han considerado como el factor importante de inicio para la aparición de TEP por daño directo al sistema de sostén por la aponeurosis endopelvica y las paredes de la vagina, además del daño indirecto a los músculos y nervios del piso pélvico por compresión entre las superficies fetales y maternas, así como por distensión.¹

El parto vaginal constituye la causa más frecuente del prolapso genital, tanto por los desgarros que pueden producir como por la distensión y elongación de las estructuras que componen el conducto genital. Es interesante destacar que pueden producir lesiones de los nervios que regulan la actividad del elevador del

ano , con lesiones o desgarros pequeños del mismo, cuyo resultado puede ser la pérdida de la contractilidad del músculo y el subsiguiente prolapso genital. ¹⁰

El aumento excesivo de la presión abdominal frecuente y mantenido puede ser igualmente causa de prolapso genital, como sucede en mujeres que desempeñan trabajos duros, levantamiento de objetos pesados, o padecen enfermedades respiratorias crónicas, con tos persistente, o estreñimiento pertinaz. La edad avanzada, al desaparecer la acción estrogénica y los tejidos al perder su tono habitual, pueden favorecer la aparición de prolapso genital. Sin embargo algunas mujeres nulíparas, y en las que no existe ninguna de las situaciones predisponentes anteriormente señaladas, pueden padecer prolapso genital, en un 3,39 %. Ya hemos expuesto como esta eventualidad podría explicarse por un defecto o debilidad del tejido conjuntivo. En este caso podría detectarse una tendencia familiar al trastorno. ¹⁰

Alguno autores mantienen que el tejido conjuntivo desempeña una función importante en la génesis del prolapso genital y que sus alteraciones podrían explicar la aparición de prolapso en nulíparas y en mujeres sin otro tipo de alteraciones o cambios, que pueden trastornar la estática de los órganos genitales intrapelvicos (aumento de la presión intraabdominal por enfermedades pulmonares, por esfuerzos continuo, estreñimiento pertinaz y trauma neurológico). ¹⁰

Factores que propician el prolapso de los órganos pélvicos: ¹⁶

- ❖ Resistencia intrínseca del tejido conectivo y músculo.
- ❖ Pérdida de la resistencia del tejido conectivo:
 1. Daño durante el parto
 2. Deterioro con la edad
 3. Reparación deficiente de la colágena
- ❖ Pérdida de la función del elevador:
 1. Daño neuromuscular durante el parto
 2. Enfermedad metabólica que afecta la función muscular

- ❖ Incremento de la carga sobre el sistema de apoyo
 1. Levantamiento prolongado
 2. Tos crónica por neumopatía crónica
- ❖ Trastornos del equilibrio de las partes estructurales
 1. Alteración del eje vaginal
 2. Falla para reunir los ligamentos cardinales durante histerectomía.

Es bien conocido que los principales componentes del tejido conjuntivo son el colágeno y la elastina, que se disponen en fibras en una sustancia fundamental de polisacáridos. La fascia endopélvica y los ligamentos están constituidos por una serie de fibras de colágeno dispuestas en forma de malla entrelazada, con elastina, células de músculo liso, fibroblastos y vasos. Se sabe que determinadas situaciones pueden disminuir o alterar el contenido de colágeno del tejido conjuntivo. Las más frecuentes son:¹⁰

1. Edad. En la menopausia disminuye el colágeno de la piel. El tratamiento con estrógenos en mujeres posmenopáusicas incrementa el colágeno de la piel.
2. Dieta. El déficit de vitamina C puede alterar el tejido conjuntivo.
3. Entre las enfermedades asociadas al tejido conjuntivo, tenemos al síndrome de Ehlers-Danlos, Síndrome de Marfan, hernias y aneurismas, solo en alguna de ellas como las hernias y el síndrome de Ehlers-Danlos, tipos II y III, o articulaciones hiper móviles, se ha comunicado asociación con prolapso genital. Esta última entidad, articulación hiper móvil, o tipos II y III del síndrome de Ehlers-Danlos, se considera un síndrome autosómico dominante. Si los trastornos de la anomalía del colágeno son hereditarios, deberían encontrarse antecedentes familiares en las mujeres afectas de prolapso genital, hecho que no se observa con claridad.

La etiología del prolapso pélvico es compleja. El trauma durante el parto vaginal en las estructuras de soporte, tejido conectivo y la fascia endopelviana es el factor más importante; hay métodos eficaces para su prevención. El prolapso es poco frecuente en nulíparas y más común en multíparas. Factores constitucionales que

causan mas o menos elevación de la presión intraabdominal, como: esfuerzo físico, obesidad y bronquitis crónica y atrofia postmenopausica también predisponen a la relajación pélvica.³

Los síntomas asociados a la relajación pélvica son muy variables y no guarda relación con la severidad del proceso. Estos incluyen presión, sensación de plenitud, sensación de masa y tracción en el bajo abdomen y área lumbar. Lo normal es que las molestias aumenten durante el día y con el esfuerzo físico y cedan cuando se reduce con un pesario o en posición de decúbito. Todas estas quejas son inespecíficas y no siempre son achacables al prolapso pélvico. Los enteroceles se asocian con mas dolor, ya que la tracción se ejerce en el peritoneo y el mesenterio. La relajación pélvica con mas frecuencia se asocia con infección urinaria, retención de orina y, mas raramente, retención o incontinencia fecal.³

Frecuentemente, la mujer consulta por que nota un bulto que le asoma por la vulva, especialmente cuando hace esfuerzos, y no tiene ninguna otra molestia. En ocasiones presenta alguna o varios de los siguientes síntomas:¹⁰

1. Dolor en el bajo vientre o en zonas lumbares, o mas frecuentemente molestias en forma de pesadez o tirantez.
2. Sensación de cuerpo extraño intrapelvico.
3. Trastornos urinarios: polaquiuria, disuria e incontinencia urinaria de esfuerzo.
4. Trastornos rectales: estreñimiento o tenesmo. Son menos frecuentes que los urinarios.
5. En edad premeopausica las reglas no suelen estar alteradas y las relaciones sexuales son normales. Cuando el prolapso es de segundo o tercer grado pueden existir hemorragias intermenstruales y dificultar el coito. Si la mujer es menopausica, pueden existir pequeñas perdidas de sangre. En ambos casos es necesario un estudio completo del cuello uterino y el endometrio para descartar un posible carcinoma.

El prolapso pélvico normalmente implica un descenso de los órganos genitales y vecinos, pero puede predominar uno de estos elementos: descenso uterino, cistocele o rectocele. El prolapso uterino se asocia con retroversión y retroflexión

del útero y con elongación e hipertrofia del cérvix. Puede estadiarse como grado I, cuando el cervix desciende hasta el introito; grado II el cervix desciende por debajo de la vulva y grado III hay una procidencia total, con un útero completamente por debajo del introito con eversión de la vagina. El grado de prolapso solo puede valorarse correctamente con la paciente en bipedestacion después de realizar un esfuerzo físico.³

Los incrementos crónicos y repetitivos de la presión intraabdominal son factores importantes en la aparición de TEP. La obesidad por aumento de presión intraabdominal transmitidos a los órganos pélvicos contribuye a TEP, la perdida notoria de peso después de la intervención quirúrgica disminuye la presión intravesical. Los trastornos respiratorios crónicos relacionados con la tos fuerte y repetitiva predisponen al trastorno de estática e incontinencia urinaria de esfuerzo.¹

Los trastornos de estática posterior a cirugías pélvicas pueden incrementarse por un defecto de técnica quirúrgica y mala elección de procedimiento. Symmons y cols. encontraron un 39 % de casos en que apareció prolapso sintomático en los dos años siguientes a la operación y los atribuyo a un defecto de técnica quirúrgica.¹

Estudios diagnósticos Preoperatorios:

Los estudios preoperatorios tienen el siguiente propósito:

1. Determinar el tipo de incontinencia (esfuerzo, urgencia, rebosamiento, reflejo) y su severidad. Todos los tipos de incontinencia no causada por un inadecuado mecanismo del esfínter, con la excepción de la incontinencia extrauretral, suelen ser no susceptibles del tratamiento quirúrgico. En algunos casos tales como vejigas neurogenas, la cirugía puede empeorar la situación.
2. Determinar las condiciones de los soportes pélvicos (como cistocele, descenso del cuello vesical, relajación del suelo pélvico).
3. Detectar cualquier otra patología en la pelvis relevante para cirugía.

La evaluación preoperatoria incluye:

- Historia
- Uroanálisis
- Examen clínico
- Examen ginecológico
- Test urodinámico
- Estudios radiológicos o ultrasonográficos de la vejiga y la uretra.
- Ultrasonografía de los riñones y uréteres
- Citoscopia, uretroscopia, urografía Intravenosa, estudios neurológicos de la inervación del suelo pélvico, como ya se indicó.³

Clasificación subjetiva de la incontinencia de esfuerzo:

1. Clasificación de Ingelman-Sundberg (1972)³

Primer grado: Pérdida de orina en la tos, estornudo y risa.

Segundo grado: Pérdida de orina subiendo escaleras, corriendo, paseando.

Tercer grado: Pérdida de orina al levantarse, pero no tumbarse.

2. Clasificación de Baden y Walker (1992)³

- a) Pérdida de solo unas gotas de orina.
- b) Debe cambiarse ocasionalmente la ropa interior.
- c) Debe llevar compresas algunas veces.
- d) Debe llevar siempre compresas.

El tratamiento de los TEP consiste en:

- Tratamiento no quirúrgico: Consiste en ejercicios de piso pélvico, estrogenoterapia, uso de pesarios, beneficiosos para pacientes que no son candidatas para intervención quirúrgica, las que esperan la operación o las rechazan.
- Tratamiento quirúrgico: Numerosas técnicas están diseñadas para corregir los TEP, varios factores influyen en la elección de la operación, como los defectos precisos que causan el prolapso, el que halla factores incitantes y promotores

en proceso continuo, y los deseos y expectativas de la paciente. La mayor parte de las cirugías correctoras del trastorno se realizan por vía vaginal, en muchos casos incluyen histerectomía, colporrafia anterior , colpoperineoplastia y culdoplastia. ¹

Debido a la sintomatología, los hallazgos físicos y la función vesical no siempre se correlacionan bien, esta indicado realizar estudio urodinámico para hacer un diagnostico correcto en toda paciente con cistocele que se queja de incontinencia urinaria o se demuestra que la padece. Las pacientes con un cistocele asintomático no necesitan cirugía para su alivio a menos que sea necesario como parte de una operación completa para corregir un prolapso de cúpula vaginal o un prolapso uterovaginal. La reparación de un cistocele asintomático puede desarrollar una incontinencia urinaria de esfuerzo después de la colporrafia anterior. La colporrafia anterior para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo verdadera de grado leve a moderado generalmente son buenos, se obtiene la cura o una mejoría importante de la incontinencia en el 85-90 % de las pacientes, con una reducción gradual del control satisfactorio alrededor del 70 - 75 % dos años después de la operación. ¹⁰

En la clínica de Norte – América de 1999, se reporta un tasa de cura del 66 % con las colporrafias anteriores standard para el prolapso anterior en comparación con una tasa del 100 % de cura cuando se uso una malla Marlex en sustitución de la aponeurosis endopelvica. Hubo una incidencia del 25 % de complicaciones vinculadas con la malla. ¹

Las indicaciones de la colporrafia anterior son el prolapso de la pared vaginal anterior, unido a un cistocele con uretrocele o sin el. Habitualmente se realiza asociada a una histerectomía vaginal, muy raramente como operación única. Por otra parte, cuando se realiza una corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo debe practicarse una colpoperineorrafia para reforzar los músculos elevadores, que intervienen de forma muy importante en el mantenimiento de la estática pélvica. ¹⁰

El rectocele es una hernia rectovaginal ocasionada por la ruptura del tejido conjuntivo fibroso (aponeurosis rectovaginal) entre el recto y la vagina. Se presenta hasta que la mujer ha pasado los años de la maternidad y con frecuencia varios años después de la menopausia. Esta manifestación se debe a los cambios involutivos de lento progreso que ocurren en los tejidos musculoaponeuroticos pélvicos de sostén.¹¹

Al igual que sucede con la plastia anterior, la plastia posterior de la vagina (colpoperineoplastía) rara vez se practica como operación única (1,9 % de las operaciones vaginales por prolapso).¹⁰

El rectocele solo (sin enterocele, sin prolapso uterino, ni cistocele) rara vez requiere tratamiento quirúrgico. Cuando el rectocele aumenta de tamaño al grado que la evacuación fecal es difícil o la enferma encuentra necesario la reducción manual del rectocele desde el interior de la vagina para poder expulsar las heces, esta indicada la colpoperineorrafia que por lo general es curativa.¹¹

La reparación posterior fue considerada alguna vez como el vagón de cola de un gran procedimiento que habitualmente incluía una histerectomía vaginal y una reparación de compartimento anterior. La colpoperineorrafia ha consistido meramente en una extirpación de quizá demasiado mucosa seguida de unas pocas suturas colocadas a la ligera. Esta situación ya no es aceptable. Nuestros mayores conocimientos de la anatomía pélvica, la capacidad quirúrgica mejorada y nuestra voluntad de aceptar que jugamos un papel en la obtención de éxito a todo nivel, por medio de una reparación tediosa realizada meticulosamente, pueden y deben producir resultados mas positivos tanto para la paciente como para el cirujano.²

A diferencia del cistocele o rectocele, que son pseudohernias, los enteroceles son hernias verdaderas con un saco peritoneal y un orificio herniario. El tipo mas frecuente de enterocele se extiende hacia el septo rectovaginal. Enteroceles anteriores en el septum vesicovaginal o enteroceles laterales son muy raros. Los enteroceles pueden darse aisladamente asociados a prolapsos de cúpula vaginal

tras una histerectomía o con prolapsos uterinos. La etiología es en parte congénita y en parte adquirida (trauma obstétrico, incremento crónico de la presión intraabdominal, fijación quirúrgica del útero o de la cúpula a la pared abdominal anterior).¹¹

El diagnóstico y tratamiento del enterocele es particularmente importante. La recurrencia puede aparecer de manera precoz si no se detecta y se trata. La terapia consiste en el cierre alto del peritoneo, aproximación de los ligamentos uterosacros y la fijación de la cúpula en suelo pélvico (culdoplastia).³ En ocasiones esta indicada una intervención abdominovaginal combinada (ej: pacientes con un cistorectocele grande y un útero voluminoso, tumor de ovario o incontinencia urinaria severa).²

La colpocleisis, colpoepisiocleisis y las intervenciones de Le fort, de Doderlein – Shink que solían realizarse en pacientes ancianas o difícilmente operables ya casi no se practican, no son efectivas y han sido superadas por las antes descritas.³

Uno de los síntomas mas comunes de los TEP es la incontinencia urinaria cuya prevalencia en la población comunitaria es del 17-45 %, alrededor del 40–50 % de las pacientes con cistocele padecen de incontinencia urinaria de esfuerzo.³

En un estudio retrospectivo analítico transversal realizado en la clínica de urología ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología de México, se analizo la frecuencia de trastornos de la estática pélvica en los pacientes con incontinencia observándose que la incontinencia urinaria de esfuerzo(IUE) pura se presento en el 59,4 %, la incontinencia urinaria mixta (IUM) en el 33,8 % y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) en el 6,6 %. No se encontró relación de la incontinencia con algún grado de TEP, sin embargo la IUE presento algún grado de cistouretrocele en mayor frecuencia.¹²

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la perdida involuntaria de orina a través de una uretra intacta como resultado de un repentino aumento de la presión intraabdominal debido a la actividad física en ausencia de una contracción del detrusor. La incidencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) aumenta con

la edad, desde casi un 10 % a la edad de 40 años, a un 20 % a los 60 años y mas de un 40 % a los 80 años y los embarazos, la afección es rara en nulíparas. La deficiencia estrogénica tras la menopausia podría conducir a una atrofia urogenital que será prevenida con terapia estrogénica sustitutiva. Otros factores de riesgo son la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y a veces, cambios debido a cirugía ginecológica. La IUE es en fin el tipo mas frecuente de incontinencia urinaria, representa un 60 –70 % en mujeres. La proporción de incontinencias mixtas es menor. ³

Tratamiento de la incontinencia:

Conservador: Las medidas conservadoras para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo esta tomando renovado interés, indicadas como tratamiento de primera línea en pacientes con: síntomas leves, mujeres jóvenes que planifiquen futuros embarazos (que a menudo se asocian a incontinencia recurrente (que a menudo se asocian a incontinencia recurrente tras cirugía), de forma adyuvante antes de la cirugía , así como post – operatoriamente para reforzar los resultados de la cirugía, y como paliativo para mejorar la calidad de vida en pacientes mayores y delicadas o en aquellas que rechazan la cirugía, las cuales incluyen: ⁴

1. Regulación del estilo de vida, evitando esfuerzo innecesario para el suelo pélvico. Esto incluye la eliminación de dietas que ocasionen obesidad y estreñimiento, hábitos erróneos de defecación o micción, trabajos físicos pesados y el tabaco.
2. Terapia sustitutiva estrogénica en pacientes con deficiencia.
3. Agentes α – adrenergicos (imipramina – pseudoefedrina – fenilpropanolamina)
4. El entrenamiento de la vejiga para alargar los intervalos entre micciones en pacientes con incontinencia mixta.
5. El pesario es un tratamiento alternativo para elevar el cuello vesical en pacientes mayores.
6. Terapia física para fortalecer el suelo pélvico.

Quirúrgico: El buen resultado quirúrgico de la paciente con IUE depende de la selección adecuada de las mismas, de la experiencia y habilidad del cirujano. ¹³

En general los objetivos del procedimiento anti – incontinencia son: ³

a) Elevar la base vesical y la uretra proximal a su localización anatómica intra – abdominal, y

b) proporcionar el sostén necesario para mantenerlos en esa posición en forma permanente.

La capacidad de los procedimientos vaginales para conseguir este efecto es limitada, en contraste con los así llamados procedimientos de suspensión, particularmente los suprapúbicos, simplificando las tasas de continencia son mejores después de colposuspensión abdominal que suspensión transvaginal con aguja, y estas, en contrapartida son mejores que aquellas tras colpo anterior. ³

Los estudios mínimos de las pacientes incontinentes son: urocultivo, exploración ginecológica, prueba de Q-Tip, medición de orina residual, evaluación neurológica, cistometría, uretrocistoscopia y presión de cierre uretral. ¹⁴

Los factores a considerar en las pacientes incontinentes a quien se les propone una cirugía correctora son: 1) edad, ya que las pacientes post - menopausicas y particularmente las de tercera edad se acompañan frecuentemente de presión uretral baja, prolapso genital y tejidos mas débiles; 2) la existencia de algún tipo de prolapso concomitante; 3) tipo de incontinencia (primaria o recidivante); 4) padecimientos ginecológicos coexistentes; 5) estado del mecanismo esfinteriano para determinar si la uretra es funcional o rígida, ya que las técnicas anti – incontinencia habituales si la uretra es rígida están condenadas al fracaso por que esta paciente es tributaria del esfínter urinario artificial o la inyección peri – uretral de colágeno; 6) factores que incrementen la presión abdominal; 7) motivación y 8) reinicio de labores. Es necesario considerar la reducción de peso y sugerir cambios de actividad laboral a fin garantizar buenos resultados a corto , mediano y largo plazo. ¹⁴

Los procedimientos anti – incontinencia se resumen en:³

1. Colporrafia anterior.
2. Suspensión suprapúbica (Marshall-Marchetti-Krantz, UCP de Burch)
3. Colpopexia paravaginal.
4. Suspensiones vaginales (Pereyra y sus modificaciones).
5. Técnicas combinadas.
6. Técnicas de refuerzo suburetral con fascia alogénica, dura liofilizada o material sintético.
7. Inyecciones peri – uretrales.
8. Desviación Urinaria
9. Esfínter uretral artificial.

Elección de la técnica:

Las decisiones que consideran la operación que debe llevarse a cabo están frecuentemente influenciadas por factores subjetivos y la experiencia del cirujano y la escuela. Si bien es cierto que los cirujanos deberían limitarse a utilizar unos pocos procedimientos, con los cuales ganan experiencia y obtienen buenos resultados, las pacientes con incontinencia de esfuerzo no pueden ser tratadas con la misma técnica, y solo deberían de utilizarse aquellas cuyos resultados para las distintas indicaciones han sido evaluadas de forma objetiva. Existen estudios comparativos de distintas técnicas quirúrgicas. Simplificando, las tasas de continencia son mejores después de colposuspensión abdominal que tras suspensión transvaginal con aguja, y estas, en contrapartida, son mejores que aquellas tras colporrafia anterior.³

Sin embargo describiremos a continuación, de manera específica algunos de los procedimientos quirúrgicos más utilizados en la corrección de la incontinencia en el HEODRA, las cuales son objeto de nuestro estudio.

Colporrafia Anterior: Actualmente muchos autores consideran la colporrafia anterior como una operación para corregir el cistocele, pero no para curar la incontinencia de esfuerzo. No obstante, todavía constituye el procedimiento

antiincontinencia más ampliamente utilizado. Las opiniones, indicaciones y resultados de esta operación son conflictivos. Ciertos estudios han encontrado peores resultados después de la reparación anterior que tras los procedimientos de suspensión suprapúbica. En contraste, otros autores informan de tasas de curación del 85 al 90% en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo leve y moderada. Estudios urodinámicos han demostrado que la colporrafia anterior puede disminuir la presión de cierre uretral en reposo y mejorar la transmisión de presión vesicouretral en menor medida que otras operaciones.³

Mediante colpotomía en la línea media, la pared vaginal se separa de la fascia vesical en el espacio vesicovaginal. La pared y fascia vaginales se tunelizan y separan con tijeras de disección en el tejido laxo del plano vesicovaginal y se seccionan en la línea media 1 cm por debajo del meato uretral. El procedimiento tiene una serie de etapas. El tejido conectivo en el espacio vesicovaginal se condensa hacia el meato uretral de manera que los planos tisulares no son fáciles de distinguir en el tercio externo de la vagina. Por ello la colpotomía se debe realizar desde dentro hacia fuera.³

Plastia de Kelly – Kennedy: Consiste en el estrechamiento de la uretra por medio del fruncimiento del tejido conectivo debajo de ella y del cuello vesical, con dos puntos en forma de U. La vía de acceso es vaginal y se logra disecando la fascia de Halband de la mucosa vaginal anterior.¹⁰

En la corrección quirúrgica del cistourethrocele, la plicatura uretral de Kelly descrita originalmente en 1911, sigue siendo uno de los métodos primarios de reparación de este cuadro, obteniéndose hasta un 80 % de mejoría. No se debe repetir la colporrafia anterior para tratar una incontinencia urinaria recidivante o persistente si ya se realizó una colporrafia anterior previa.²

Nosotros muy raramente llevamos a cabo el procedimiento de Kelly sin una colporrafia anterior completa. Dependiendo si el fruncimiento de la fascia vesical se comienza posteriormente a nivel de los ligamentos vesicouterinos (pilares vesicales) o anteriormente a nivel del cuello vesical, la operación de Kelly se lleva

a cabo al inicio o al final de la operación. Se realiza una incisión a nivel de la línea media de la pared vaginal anterior a 1 cm por debajo del meato externo uretral y se disecciona lateralmente. Así se abre el espacio vesicovaginal, el cual está separado del diafragma urogenital desde los espacios parauretrales (uretrovaginales) areolares. Las fibras del diafragma urogenital, que se fusionan con la pared vaginal de delante a atrás, deben seccionarse con disección cortante. Entonces el cuello vesical puede ser expuesto más fácilmente a nivel lateral mediante disección digital. El tejido conectivo diseccionado desde el cuello vesical se retrae a ambos lados y tiene que traccionarse con pinzas de él hacia delante para poder suturarlo. De este modo se aproxima en la línea media con dos o tres puntos entrecortados (2-0, de reabsorción tardía o mejor no reabsorbible). El exceso de mucosa vaginal puede ser recortado, pero una resección excesiva entraña el riesgo de provocar trastornos en la curación de la herida con cicatrización subsecuente. La resección de la mucosa vaginal no contribuye a la cura de la incontinencia.³

Uretrocistopexia retropúbica al ligamento de Cooper (Burch): Consiste en la elevación de la uretra mediante suturas que fijan y sostienen el tejido parauretral. La fijación de la sutura se realiza al ligamento de Cooper con nylon. La vía de acceso es abdominal por medio de incisión Pfannenstiel.³ Su objetivo es estabilizar la aponeurosis endopelviana suburetral e impedir la movilidad uretral excesiva. Tiene ciertas ventajas en relación a otras técnicas: puede corregir un cistocele coexistente, no produce osteitis pubiana y tiene un punto de fijación más firme a lo largo del ligamento de Cooper. Es una operación directa, confiable y clara y no depende de fijaciones indirectas para su éxito. El procedimiento de Burch tiene los índices de curación objetivos más altos para la incontinencia de esfuerzo que cualquier operación standard.²

Entre las múltiples modificaciones del método original descrito Marshall-Marchetti-Krantz, el descrito por Burch ha probado ser más útil y ha suplantado al método original en muchos centros. La fascia vaginal se fija a los ligamentos de Cooper (ligamentos pectíneos), en lugar de a la sínfisis del pubis. La razón es que el par

de puntos de la cistouretopexia situado mas alto parece ser decisivo para el éxito del procedimiento. La ventaja principal de la modificación de Burch es que evita la rara, pero complicada a largo plazo, periostitis púbica. La desventaja es que la fascia vaginal a menudo no puede elevarse del todo hasta los ligamentos pectíneos y que existe un riesgo de sobrecorreccion.³

Los primeros pasos son los mismos que para el procedimiento de Marshall-Marchetti-Krantz. Con ayuda de uno o dos dedos introducidos en la vagina se colocan de dos a tres pares de puntos (material de sutura no reabsorbible, numero 0) en la pared vaginal lateralmente a la uretra proximal y se fija al ligamento de Cooper ipsolateral. La pared vaginal debería elevarse solo moderadamente y no alcanzar toda la distancia existente hasta los ligamentos (cuidado con la sobrecorrección). El curso posterior de la operación, así como el tratamiento postoperatorio son los mismos para la operación de Marshall-Marchetti-Krantz.³

Uretrocistopexia por vía combinada (Pereyra): Consiste en la elevación de la uretra por medio de una sutura en espiral a los ligamentos uretrales posteriores o uretropúbicos, que va a fijarse a la fascia muscular utilizando la aguja de Pereyra. La vía de acceso es vaginal liberando el espacio de Retzius para introducir la aguja y sutura hasta la vía abdominal y realizar la fijación.³ El objetivo de combinar los buenos resultados obtenidos con la suspensión suprapúbica asociando una corrección vaginal, llevo a Pereyra a desarrollar la suspensión uretrovesical con una retroplastia vaginal para tratar la incontinencia femenina de esfuerzo. Desde su descripción original, la intervención ha sido modificada repetidamente por el mismo Pereyra, sus colaboradores y otros cirujanos para mejorar los resultados y reducir las complicaciones. Los procedimientos generalmente se llevan a cabo en un tiempo reducido y pueden combinarse con otras operaciones para corregir la relajación pélvica o prolapso mientras que la pared abdominal permanece intacta.³

Se coloca una sonda de Foley numero 14 intravesical y el balón se llena hasta 5 ml. Se hace una incisión en la línea media de la pared vaginal anterior, que se disecciona como en una colpografía anterior. A nivel del cuello vesical se perfora el

tejido parauretral próximo al pubis, bien con tijeras o bien con el dedo, y se separa completamente desde la rama inferior del pubis. El ligamento pubouretral posterior, que transcurre desde el cuello vesical hasta la sínfisis y apoya justo enfrente del balón de la sonda de Foley, es traccionado hacia un lado con una pinza de Allis. Se pasa una sutura no reabsorbible (polipropileno 0) helicoidalmente tres a cuatro veces a través del ligamento y el tejido parauretral. Entonces se realiza una incisión cutánea de 4 cm de longitud a unos 2-3 cm por encima de la sínfisis hasta la aponeurosis del músculo recto. En los ángulos laterales de esta incisión, tanto la aponeurosis como el propio músculo recto se perforan con la aguja de Pereyra, u otro portasuturas, por debajo de la sínfisis. La punta de la aguja se dirige hacia abajo al interior de la vagina contra el dedo índice de la otra mano, que se había introducido en el espacio de Retzius próximo al cuello vesical. Los dos cabos finales de la sutura situada próximo al cuello vesical se enhebran en el portasuturas y a continuación se saca toda la aguja con ambos cabos del hilo, a través de la incisión abdominal. Se repite la maniobra en el lado opuesto.³

Si no se ha efectuado con anterioridad, se realizara ahora una colporrafia del modo habitual en caso de cistocele. Después se anudan los dos pares de cabos de sutura en la línea media con una ligera tracción sobre la aponeurosis del recto. Deberá poder moverse la uretra proximal unos 6 mm a cada lado. Se evitara la sobrecorreccion debida a la anudacion demasiado tensa de las suturas. Las incisiones vaginal y suprapubica se cierran de forma habitual.³

Complicaciones: Cuando se emplea una técnica quirúrgica depurada y se realiza una adecuada preparación pre – operatoria a la paciente , la incidencia de complicaciones post – operatorias se reducen extraordinariamente; pero hay que reconocer que por muy correcta que sea la técnica como la preparación pre - operatoria y el cuidado post – operatorio, la cirugía supone una agresión que comporta un riesgo para la paciente, que esta condicionada por la magnitud del acto quirúrgico, la edad, las patologías asociadas y por el estado general de la paciente.¹⁰

Para facilitar la exposición de las complicaciones producidas a consecuencia del acto quirúrgico se dividen en: ¹⁰

1. Complicaciones intraoperatorias.
 2. Complicaciones post – operatorias. A su vez este grupo puede distinguirse según el momento de su aparición:
 - a) Complicaciones inmediatas: aparecen en la primeras 24 horas que siguen a la operación.
 - b) Complicaciones mediatas: aparecen después de las 24 horas de la intervención y hasta 3 semanas después.
 - c) Complicaciones tardías: aparecen después de transcurridas 3 semanas de la operación.
- I. Complicaciones intraoperatorias: Si prescindimos de las complicaciones directamente imputables a la anestesia, las principales complicaciones que pueden surgir en el acto quirúrgico son:

1) Hemorragia.

2) Lesión de órganos vecinos: - vejiga
- recto
- uréter

1. Hemorragia: Es la complicación post – operatoria mas grave, es difícil establecer la incidencia general de hemorragias pero se calcula que puede presentarse en el 0,2 – 2,0 % de las pacientes histerectomizadas. ²

Según datos de estudios, la hemorragia en el acto quirúrgico por términos medios es superior a la histerectomía vaginal que en la abdominal, igualmente para Bump y Cundiff es mas común y mas temprana en las histerectomías vaginales que en las abdominales. ¹⁵

Durante las colporrafias esta complicación es poco frecuente. Las pacientes pueden presentar sangrados variables independientemente de la historia clínica y exámenes de laboratorio pre - quirúrgicos, pero si un cirujano incurre repetidas

veces en pérdidas mayores de 400 cc debería de reemplazarse a pesar de tener un hematocrito alto pre – quirúrgico.¹⁵

Causas: En la mayoría de las ocasiones, las hemorragias se producen a consecuencia de un fallo técnico durante el acto quirúrgico. habitualmente se originan en intervenciones laboriosas o grandes exéresis, en las que quedan extensas superficies cruentas con cabos vasculares, que no se ligan de manera conveniente. Más a menudo, la hemorragia se produce por pequeños vasos de la pared vaginal, que no han sido convenientemente suturados. La hemorragia se evidencia en las primeras 48 horas de la intervención.¹⁰

2. Lesión de órganos vecinos: La vejiga puede lesionarse en el 0,5 – 1,0 % de todas las histerectomías, en las cirugías anti – incontinencia (Pereyra y Burch) se ha encontrado en el 4,8 %. Cuando es lesionado en el acto quirúrgico, debe inmediatamente ser suturada. La sospecha de una herida de la vejiga se produce con frecuencia, al observar la salida de un líquido que tiene las características de orina aunque pasa inadvertida la lesión de la pared vesical. Ante la duda debe colocarse una sonda vesical e instilar azul de metileno para su diagnóstico.¹⁰

Otra complicación menos frecuente es la sección del uréter. Con una técnica depurada esta es muy rara pero hay que reconocer que, aun en las mejores manos es posible.¹⁰

La lesión del tracto urinario durante las operaciones ginecológicas es la principal causa de juicio por mala práctica contra los ginecólogos.²

En las cirugías anti – incontinencia el daño del tracto urinario bajo ha descrito en 3 – 6 % con la técnica de Burch, en 1 – 7 % en técnicas con agujas.¹⁷

Cuando existe duda sobre si el recto fue o no lesionado, en las intervenciones vaginales. Puede introducirse un dedo en el recto, que puede confirmar el diagnóstico e incluso ayudar en la reparación de la lesión.¹⁰ Todas estas lesiones cuando no son identificadas y reparadas debidamente durante el acto quirúrgico

pueden manifestarse por aparición de fístulas útero – vesicales o recto – vaginales en el post – operatorio. ¹⁸

II. Complicaciones post – operatorias:

Las principales complicaciones son:

1. Hemorragias.
2. Infección.
3. Complicaciones urinarias.
4. Estrechez y/o acortamiento de la vagina.
5. Tejido de granulación de la cicatriz vaginal.
6. Depresión y secuelas nerviosas.
7. Dispareunia.
8. Recidiva de trastornos de la estática pélvica.
9. Recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo.
10. Contractura de los elevadores.

Hemorragia: Como complicación post – quirúrgica mediata rara vez aparece, lo favorece la resorción mas rápida del catgut de las ligaduras vasculares o que se desencadena la erosión de la pared de los vasos adyacentes.¹⁰ El diagnostico habitualmente es sencillo, en ocasiones la hemorragia se externa a través de la vagina y otras veces la hemorragia es intraabdominal. El diagnostico se apoya entonces, fundamentalmente, en el control cuidadoso de la tensión arterial, pulso y diuresis, complementado con el recuento sanguíneo y el valor del hematocrito. ¹⁰

Infección: La complicación mas temida de la histerectomía vaginal es la sepsis y esto ocurre mas frecuentemente cuando la perdida sanguínea ha sido abundante o esta se ha acumulado detrás del cierre. La edad, duración del procedimiento, condición de la paciente, calidad de la técnica para evitar necrosis masiva de los tejidos, es importante para prevenirlo como factores predisponentes. ²⁰

La infección post – operatoria es relativamente frecuente. Se calcula entre el 30 – 40 % después de la histerectomía, siendo mas elevada en la vaginal que en la abdominal. La infección post – operatoria se origina habitualmente de forma

endógena, a partir de gérmenes existentes en las víscera abdominales, aparato genital, colon; mas rara vez, el contagio es exógeno por defectos de asepsia.¹⁰

En determinadas ocasiones, algunos líquidos orgánicos, como sangre, hematomas y orina, así como las intervenciones laboriosas, muy traumáticas y prolongadas, pueden favorecer el desencadenamiento de la infección.¹⁰

Diagnóstico: Si se ha realizado un intervención vaginal, debe procederse sin demora a un tacto vaginal cuidadoso, que ha menudo pone en evidencia un hematoma infectado, que puede drenarse, habitualmente sin grandes dificultades, por esta vía. En fases mas avanzadas, se aprecia afectación del estado general, e incluso shock séptico. Pero hay que esforzarse en hacer el diagnostico lo mas precozmente posible.¹⁰

Profilaxis: se ha intentado evitar la infección post – operatoria mediante la administración profiláctica de antibióticos de amplio espectro. También es importante en la profilaxis de la infección post – operatoria una correcta técnica quirúrgica practicando una buena hemostasia, suturas adecuadas y una peritonización adecuada.¹⁰

Complicaciones urinarias: las complicaciones urinarias son relativamente frecuentes , lo que se explica por la vecindad con los órganos genitales. Las principales complicaciones son:

- a) Infecciones
- b) Retención urinaria
- c) Fístula urinarias: vesicales y ureterales.

a) La infección urinaria es muy frecuente en la cirugía ginecológica, debido fundamentalmente a la necesidad de cateterización de la vejiga para evitar su distensión en el post – operatorio.¹⁰ Se presenta en el 80 % de los casos cuando se manipula la vejiga. El usar catéter transuretral o suprapúbico es la rutina y si se dejan por mas de 72 horas causa bacteriuria significativa en un 100 % de los casos.²⁰ Es directa y primariamente relativo al tipo y duración de la sonda foley que se utilice durante el procedimiento. Por lo tanto la vía mas efectiva para

prevenir la IVU asociada a cateterismo es evitar la prolongación de sondas transuretrales continuas. Las 2 técnicas preliminares utilizadas para evitar la cateterización transuretral continua son: la cateterización intermitente y la suprapubica. Ambas técnicas han sido demostradas con una disminución significativa del riesgo de IVU.¹⁹

En un estudio de cirugías anti – incontinencia a los que se les practico procedimiento de Pereyra un 17 % desarrollo bacteriuria significativa comparada con el 63 % de mujeres cuando se utilizo sonda transuretral. En ambos grupos la IVU se desarrollo en los 5 días subsiguientes.¹⁹

En otro reporte de procedimientos ginecológicos generales el 61 % de mujeres con catéter trans - uretrales pero ninguno suprapubico se infectaron. La infección se presento en la mitad de los pacientes en el primer día y en el otro 50 % en los siguientes cuatro días post – quirúrgicos. Cuando la cateterización no se planifique por periodos prolongados la intermitente es la técnica preferida. ¹⁹

Las IVU son asintomáticas en la mayoría de las pacientes que tienen un drenaje constante y no causan elevación significativa de la temperatura. El manejo con antibióticos durante el periodo de uso del catéter no es exitoso, se debe de usar solo antibióticos en casos positivos de IVU. ²⁰

b) Retención urinaria: Es muy frecuente después de las operaciones ginecológicas, debido a una serie de factores. En cirugía vaginal, con frecuencia se producen lesiones (incisiones, suturas, contusiones) del músculo elevador del ano, particularmente en sus haces pubococcigeos, que pueden producir espasmos y dificultar la micción, conduciendo a retención urinaria. También puede producirse edema periuretral, que favorece igualmente la retención urinaria. Otras veces, la intervención altera el ángulo uretrovesical posterior. Por estas razones, puede producirse retención urinaria, con la consiguiente distensión vesical. ²

Esta relacionada con la dificultad de la operación y la cantidad de trauma, en otra ocasiones por la tensión de los elevadores que causan dolor e incapacidad de relajar los músculos elevadores y no infrecuentemente a simple ansiedad o

neurosis. Cuando no existe lesión se debe pensar en el factor psicológico y explicar a la paciente que la micción reaparecerá.²⁰

Con relación a la cirugía anti – incontinencia es la mas común de todas las complicaciones,²⁴ su incidencia es difícil de determinar por que no hay una definición precisa y por que varios autores dan referencias particulares, básicamente ninguno de estos procedimientos es inmune al riesgo de una retención urinaria pos – operatoria, esta varia en cada uno de ellos, 13–35 % posterior a un Pereyra, 16-25 % después del Burch.¹⁵ Las cirugías que agresivamente elevan la unión uretrovesical están mas propensas a crear retención urinaria que las menos agresivas.¹⁰ La retención post – operatoria es mas comúnmente debida a colocación de suturas de suspensión muy distalmente o muy cerca de la uretra, y si las suturas están colocadas intrauretralmente pueden resultar en la formación de piedras y obstrucción como tal.²¹

El riesgo de retención prolongada es particularmente significativa después de la cirugía para corrección de incontinencia asociada a grados severos de prolapsos en mujeres de mayor edad. Pero se ha visto que mujeres con estudios urodinamicos normales pre - operatorios y un vaciado con buena actividad del detrusor son poco propensas a desarrollar retención urinaria post – operatorio. Esta complicación se ha visto asociada al uso de catéter transuretral y sepsis urinaria por lo que trauma uretral no es evitado.¹⁹

c) Fístulas: La incidencia de fístula vesico – vaginal se ha determinado en 0,43 % de todas las histerectomías y las uretero – vaginal en 0,2 %.¹⁰

Se ha descrito en varios centros hospitalarios a nivel mundial y a través de diversos autores, que la fístula urogenital y en especial la vesico–vaginal es consecuencia de procedimientos quirúrgicos ginecológicos en la mayoría de los casos, con una incidencia de hasta 85 %, secundario a radiación 10 % y debido a causa obstétrica 5 %. En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en México se encontró que la etiología son ginecológicas en 51,5 %,

obstétricas en el 48,5 % y su localización fue vesico – vaginal 66 %, uretero–vaginal 23,5 % y uretro–vaginal en el 9,5 %.²¹

Cuando la lesión uretral no ha sido evidenciada el acto quirúrgico y por ello no ha sido tratada o cuando no fue reparada adecuadamente en el post–operatorio pueden aparecer fístulas precedidas o no de una serie de síntomas mas o menos manifiestos, como dolor lumbar y signos de pielitis o hidronefrosis. En ocasiones, la ligadura de un uréter puede ser silenciosa o raramente con escasa sintomatología. Si el diagnostico de la lesión ureteral se realiza en las primeras 48 horas, es conveniente la reparación quirúrgica inmediata. Si el diagnostico es mas tardío, es aconsejable posponer la reparación del uréter en 8-12 semanas.¹⁰

d) Estrechez y/o acortamiento de la vagina: En algunos casos después de terminada la intervención o cuando la mujer acude a revisión, después de abandonar el hospital. Se comprueba que la vagina esta estrechada. Esta situación se produce generalmente por que se reseco excesiva vagina o por retracción cicatrizal o ambas cosas a la vez. En algunas ocasiones, la técnica quirúrgica elegida comporta un acortamiento de la vagina incompatible con las relaciones sexuales satisfactorias.¹⁰

e) Tejido de granulación en la cicatriz vaginal: Es una exageración el proceso de cura, no es raro que aparezca tejido de granulación en la línea de cicatrización de la sutura vaginal. La incidencia de esta alteración es mayor cuando no se dan puntos de cierre en la vagina.¹⁰ Es inevitable en algunos casos y no tiene implicancia, excepto por la ansiedad producida por el sangrado que produce.²³

f) Dispareunia: Durante varios decenios se ha reconocido que la colpoperineorrafia se relaciona con dispareunia o apareunia en un 21-50 % de las pacientes. Otros investigadores han informado en realidad un incremento de la dispareunia después de dicho procedimiento el cual va de un 18 % en el preoperatorio a un 27 % en el post – operatorio.¹

g) Depresión y secuelas nerviosas: No es raro que la mujer experimente un estado de depresión después de una intervención ginecológica, en el que se le extirpo el

útero, los ovarios o todos ellos. Si la mujer ha sido informada y preparada convenientemente antes de la intervención, esta posibilidad es menor. Suele tratarse de un episodio pasajero que cede bien con psicoterapia.¹⁰ También pueden producirse paresias o neuropatías por compresión postural durante la intervención de algunos filetes nerviosos, que ceden espontáneamente en unos meses.¹¹

h) Recidivas de trastorno de estática pélvica : Una de las incidencias significativas del prolapso de la bóveda vaginal ocurre después de las operaciones por TEP, este es usualmente un enterocele no corregido o falla en el cierre del triángulo formado por los ligamentos uterosacros y la pared anterior del recto.²³ Shull y Baden en la clínica de Norteamérica informaron una tasa de recurrencia del 5 % para el cistocele, 6 % para el prolapso de cúpula 5 % para el enterocele.

Richardson y Col., informaron una tasa de cura del 95 %, sin embargo Marcer cito tasas de curación para los defectos anteriores del 78-92 % respectivamente.¹

i) Recidivas de incontinencia urinaria de esfuerzo: Ya que es un síntoma transitorio se indica la observación por un largo periodo con el uso de ejercicios perineales para fortalecer los músculos voluntarios de la micción.²³

Varios estudios han demostrado que la reparación vaginal anterior no es un procedimiento duradero para la curación de IUE y con tasas de buenos resultados que van de 31-69 % en el seguimiento de uno a siete años. Esta indicada en cistoceles causados por un defecto central aponeurotico y en la prevención de IUE potencial en pacientes que se les realiza cirugía reconstructiva por TEP.¹

La UCP de Burch es utilizada por muchos cirujanos como el principal método de para la IUE. Las tasas de curas iniciales del procedimiento de pereyra competían con los procedimientos retropubicos , sin embargo algunos estudios comparativos y un análisis reciente de la American Urological Association por Leach indican que las tasas de cura a largo plazo para los procedimientos de suspensión con aguja es desalentadora, los cuales revelan 90 % para el Burch, 82 % para el Pereyra, 73 % para la plastia de Kelly y para la reparación en cabestrillo 87 %.¹

Sin embargo en otro estudio realizado en 1994 en el Instituto de Perinatología de México la recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 9,4 % en la operación de Pereyra y 10,6 % en la operación de Burch. La operación de Burch no represento una mayor tasa de éxito que el Pereyra.²²

Existe controversia de la literatura en relación al pronóstico de la paciente obesa incontinente ante lo cual se realizó un estudio que trataba de demostrar si la obesidad influye en la recidiva post – quirúrgica de la IUE. El resultado obtenido fue que en las obesas el índice de fracaso quirúrgico fue el doble de las pacientes que no lo eran (p menor 0.05) concluyendo que la obesidad es un factor pronóstico adverso en la evolución de pacientes con cirugía anti – incontinencia y que puede disminuir la efectividad a largo plazo. Los índices de recidiva que ellos encontraron fue de 13 % para el Pereyra y 11 % para el Burch con porcentaje de éxitos similares a los antes descritos.¹³

j) Contractura de los elevadores: Es producto de la tensión exagerada de las fibras pubococcigeas del elevador durante la colpoperineoplastia.³ Una aproximación excesiva puede provocar dolor genital, estrechez vaginal y dispareunia subsecuente.²³

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

Descriptivo.

Área de estudio:

Hospital escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, León, en el servicio de Ginecología, durante el periodo de Julio – Diciembre del 2002 y con seguimiento hasta Diciembre 2003.

Población de estudio:

Todas las pacientes sometidas a cirugías correctoras de trastornos de la estática pélvica (TEP), ingresadas en el servicio de Ginecología, independiente de su procedencia, durante el periodo de Julio – Diciembre del 2002.

Definición de caso:

Se consideraran así al total de complicaciones trans y post – quirúrgicas (inmediatas, mediatas y tardías), en pacientes sometidas a cirugías correctoras de trastornos de la estática pélvica, durante el periodo de estudio.

Fuente y método de recolección de datos:

La fuente de información será primaria y secundaria, a través de expedientes clínicos y datos recolectados en una ficha previamente elaborada. Para identificar las complicaciones se procederá a revisar todos los expedientes disponibles de dichas pacientes, incluyendo su nota operatoria, evolución post – quirúrgica intra – hospitalaria y de consulta externa. Al considerar que la mayoría de las complicaciones tardías se presentaran en un periodo de tiempo mayor y algunas veces posterior a la cita que se les ofrece para su control por consulta externa, se procederá a realizar visita domiciliar a las pacientes procedentes de la zona urbana y rural del municipio de León, consideramos que se podrá incluir a las pacientes procedentes de zonas rurales a pesar de

las limitaciones económicas, de accesibilidad y de tiempo. Se les explicara el motivo de la visita y se les pedirá un consentimiento informado verbal. Para garantizar su privacidad y la certeza diagnóstica se citara posteriormente a dichas pacientes al servicio de Ginecología del HEODRA y en algunos casos por accesibilidad al Centro de Salud de Sutiava, en donde se les realizara un exhaustivo interrogatorio y valoración clínica.

Procesamiento y análisis:

Todos los datos serán procesados y analizados utilizando software Epi Info versión 6.04. Las variables cualitativas se analizaran porcentualmente; las variables numéricas se analizaran a través de medida de tendencia central.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALA
EDAD	Años cumplidos referidos por la paciente al momento de su ingreso	Menor de 35 35-49 Mayor o igual 50
OCUPACION	Actividad laboral que desempeñaba la paciente al momento de su ingreso	Ama de casa Domestica Comerciante Otro
PROCEDENCIA	Lugar de origen de la paciente al momento de su ingreso	Urbano Rural
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	Procesos mórbidos concomitantes con el TEP, que influye en su historia natural, relacionado con las complicaciones quirúrgicas	Enfermedades pulmonares Diabetes Obesidad Sepsis urinaria Leucorrea Otros
PARIDAD	Numero de productos mayores de 20 semanas nacidos por vía vaginal	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta
ANTECEDENTES QUIRURGICOS	Todas las cirugías abdominales bajas practicadas en las pacientes antes de su ingreso	Apendicectomía Cesáreas Esterilización quirúrgica Histerectomía Laparotomía
SINTOMATOLOGIA	Se considero a todos los síntomas referidos por la paciente al momento del ingreso.	Sensación de peso Dolor hipogastrico Incontinencia Urinaria Sensación de masa vaginal Leucorrea Otros
DIAGNOSTICO PRE Y POST – QUIRURGICO	Diagnostico antes y después de la cirugía según el CIE – 10e.	N81.0 N81.9
PROFILAXIS	Se considera profilaxis a la aplicación de 1 gr. De Cefazolina IM, 30 minutos antes de la cirugía y después de 3 horas de cirugía.	Si No

Complicaciones de Cirugías Correctoras de TEP

CIRUGIA REALIZADA	Es la cirugía correctora del problema en estudio	Colporrafia anterior Colpoperineoplastia Histerectomía vaginal Corrección de enterocele Plastia de Kelly UCP de Pereyra Colposuspensión de Burch
TIEMPO QUIRURGICO	Duración del procedimiento quirúrgico registrado en minutos	Tiempo exacto
CATEGORIA DEL CIRUJANO	Se describirá la categoría del medico que conduce el acto quirúrgico	R2 R3 R4 MB
LUGAR DE REFERENCIA	Lugar donde la paciente fue citada para su valoración post – quirúrgica.	C/externa HEODRA C/salud Ninguna
ESTROGENOTERAPIA	Administración de estrógeno antes o después de la cirugía	Si No
ESTANCIA HOSPITALARIA	Es el numero de días transcurridos desde el ingreso al egreso de la paciente.	Datos específicos
COMPLICACIONES	Accidentes que sobrevienen en el curso trans y post – quirúrgicos que dificultan su evolución y deterioran el resultado esperado.	Trans – quirúrgica Post – quirúrgica: -Inmediatas -Mediatas -Tardías

RESULTADOS

Para el periodo de Julio-Diciembre del 2002, se ingreso a un total de 293 pacientes al servicio de Ginecología, de las cuales el 47.7% fue intervenida quirúrgicamente. De estas el 40% correspondieron a cirugías correctoras de Trastornos de la Estática Pélvica, de las cuales se logro estudiar el 89.2%, ya que no se encontraron el resto de expedientes clínicos, valorándose las complicaciones trans - quirúrgicas y post - quirúrgicas inmediatas y mediatas. Se logro dar seguimiento en el año 2003 al 87.5% del total de pacientes estudiadas con anterioridad, observándose que el 64% presentaron complicaciones post - quirúrgicas tardías.

Los próximos resultados revelan las principales características de las pacientes que se sometieron a cirugías correctoras de estática pélvica en el servicio de Ginecología de este centro hospitalario, durante el periodo de estudio. En relación a la edad de las pacientes, se encontró que el 50% tenían 50 años o mas. El 96% eran ama de casa. El 66% eran de procedencia rural. Al estratificar edad y ocupación con procedencia no se observaron diferencias considerables.

Tabla 1. Distribución proporcional de pacientes sometidas a cirugías correctoras de TEP según edad, ocupación y procedencia. Servicio de Ginecología, HEODRA, Julio – Diciembre 2002.

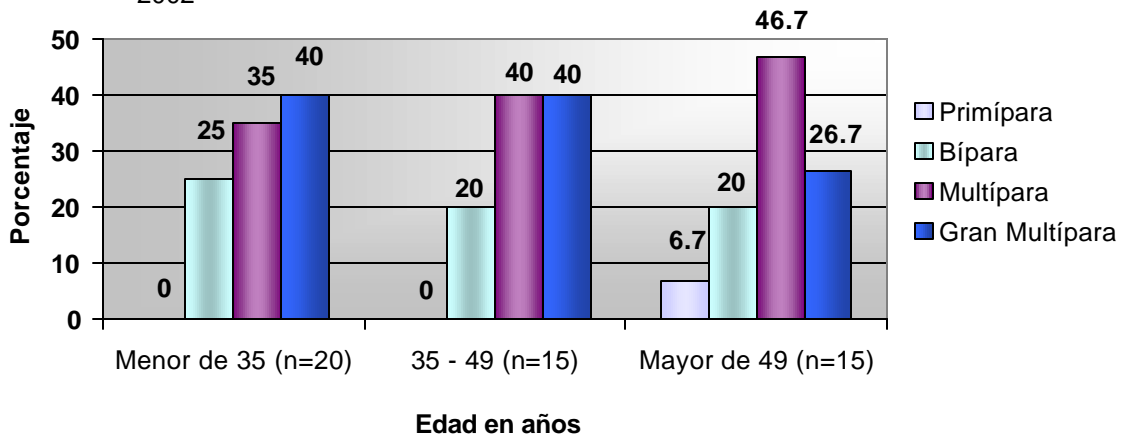
VARIABLES	URBANO (n=17)	RURAL (n=33)	TOTAL (n=50)
EDAD			
Menor de 35 años	23.5%	18.1%	20%
35 – 49 años	41.1%	24.2%	30%
Mayor de 49 años	35.2%	57.5%	50%
OCUPACIÓN			
Ama de casa	88.2%	100%	96%
Doméstica	11.8%	–	4%

Complicaciones de Cirugías Correctoras de TEP

Se observó que al valorar las complicaciones tardías a los 12 meses posterior a la cirugía, se encontró que el 52% de ellas estaban presentes en el grupo etáreo mayor de 49 años.

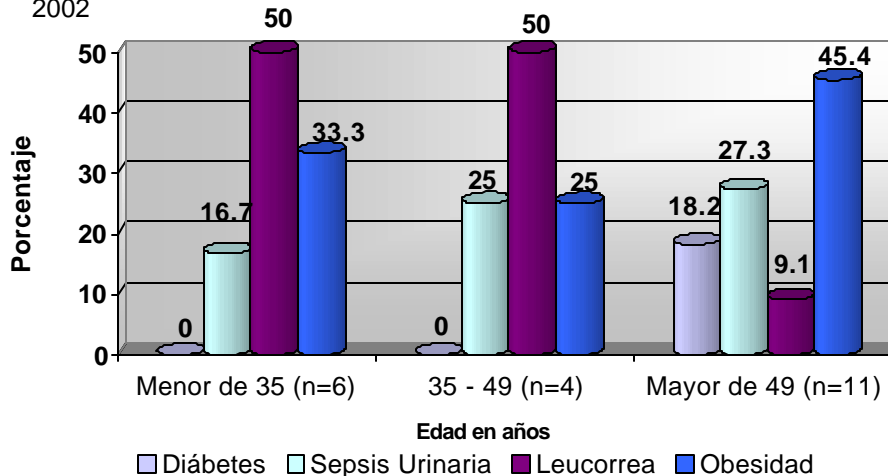
Con respecto a los antecedentes obstétricos, 36% eran grandes multíparas y 40% multíparas. Se encontró además que entre las pacientes menores de 35 años, 44.4 % eran grandes multíparas y un 35% eran multíparas.

Figura 1. Antecedentes obstétricos de pacientes sometidas a cirugías de TEP según Edad, Servicio de Ginecología, HEODRA. Julio - Diciembre 2002



Las principales enfermedades asociadas fueron: Diabetes (4%), sepsis urinaria (10%), leucorrea (12%) obesidad (16%, todas eran obesas mórbidas). Se

Figura 2. Antecedentes patológicos de pacientes sometidas a cirugías de TEP según Edad, Servicio de Ginecología, HEODRA. Julio - Diciembre 2002



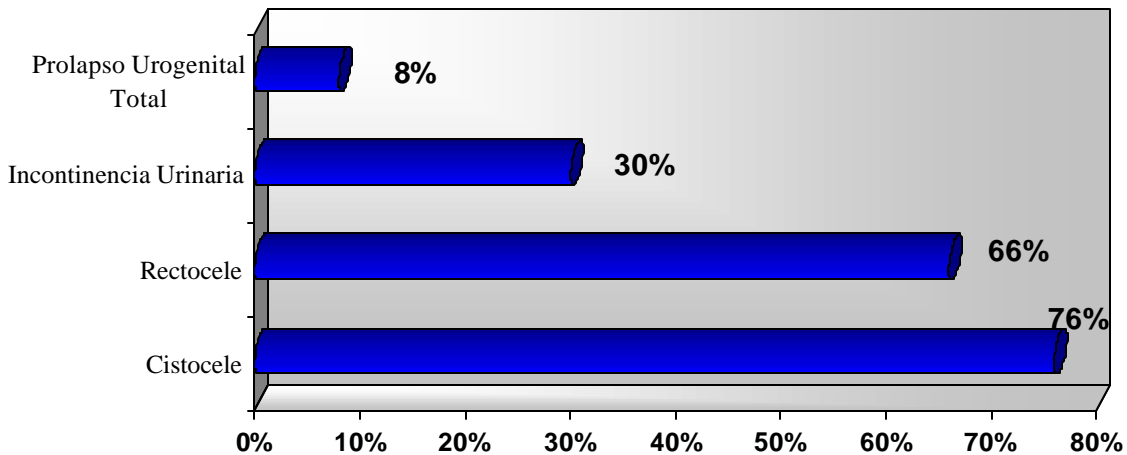
encontró que el 42% de las pacientes tenían una enfermedad asociada al momento de ingreso.

El 28% de las pacientes estudiadas tenían antecedentes de cirugía abdominal baja, de las cuales 57% tenía una cirugía y 43% tenía antecedentes de dos. Presentándose de la siguiente manera: esterilización quirúrgica (21.4%) y cesáreas (78.5%).

Dentro de la sintomatología referida por las pacientes previo a la cirugía las más frecuentes fueron: sensación de peso (46%), dolor hipogástrico (36%), sensación de masa en vagina (30%), expulsión involuntaria de orina (20%) y secreción transvaginal (10%). El 42% de las pacientes refirieron 2 o más síntomas.

Los diagnósticos de las pacientes sometidas a cirugía fueron: cistocele (76%), rectocele (66%), incontinencia urinaria (30%). En la incontinencia urinaria 66.6% eran de esfuerzo y prolapso urogenital total (8%). Asociados a todos estos trastornos se encuentran: miomatosis, adenomiosis y cervicitis crónica.

Figura 3. Diagnósticos de las pacientes sometidas a cirugías de TEP, Servicio de Ginecología, HEODRA. Julio - Diciembre 2002

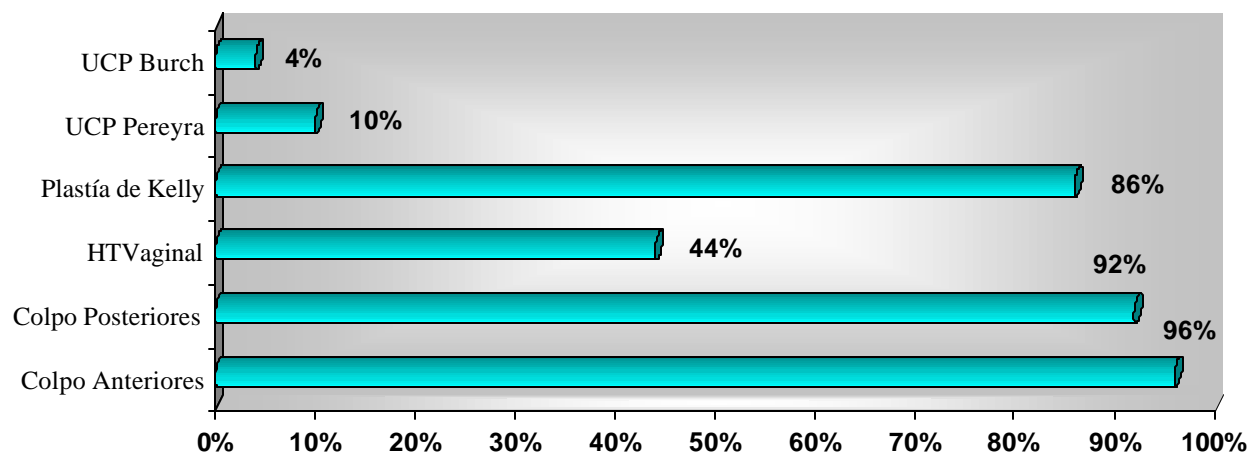


Al 64% de las pacientes se les administró profilaxis antibiótica pre-quirúrgica la cual consistió en aplicar 1 gr. de cefazolina media hora antes del procedimiento

quirúrgico. El 36% no recibió profilaxis, de estas el 61% estaban recibiendo antibioticoterapia diversa por procesos infecciosos urinarios o cervicovaginal activos. Al 39% restante quedo descubierta, ignorándose su causa.

Las principales cirugías realizadas fueron: colporrafias anteriores (96%) y posteriores (92%) e hysterectomía vaginal (44%). El orden de las cirugías se mantuvo constante en todos los grupos etáreos. Las cirugías anti-incontinencia que se realizaron a las pacientes fueron: plastia de Kelly (86%), uretrocistopexia de Pereyra (10%) y colposuspension de Burch (4%).

Figura 4. Procedimientos quirúrgicos realizados a las pacientes sometidas a cirugías de TEP, Servicio de Ginecología, HEODRA. Julio - Diciembre 2002



El tiempo promedio para una colporrafia anterior y posterior fue de 102 minutos, asociada a corrección de enterocele 125 minutos y a una hysterectomía vaginal 160 minutos. El 89% de las cirugías fueron realizadas por residentes del IV año de la especialidad tutorados por médicos de base del servicio y por MB como cirujano.

De acuerdo a las principales complicaciones por grupo etáreo, tenemos que la dispareunia predomino en el grupo de 35-49 años, la sepsis urinaria en el grupo de 50 a mas años y que prácticamente las mujeres menores de 35 años no

tuvieron ninguna complicación. Concentrándose la mayoría de las complicaciones (58.3%) en las pacientes de 50 años a mas.

Complicaciones Trans - quirúrgicas:

1. Hemorragia: Estuvo presente en el 2% con una relación directamente proporcional al tiempo quirúrgico.

Complicaciones Post - quirúrgicas Inmediatas: No se detectaron complicaciones en el posquirúrgico inmediato.

Complicaciones post - quirúrgicas mediatas:

1. Sepsis Urinaria: Fue la mas frecuente 10%, presentándose mayoritariamente en el grupo de 50 años a mas (80%). El 40% tenia una infección urinaria activa previa al procedimiento quirúrgico.

2. Incontinencia Urinaria: Se presento en el 2%, predominaron en las pacientes de 50 años o mas.

3. Retención Urinaria: Su frecuencia 4%, observándose todos los casos en pacientes de 50 años o mas. En el 100% de las pacientes se le había practicado plastia de Kelly asociada a colpografía anterior y posterior.

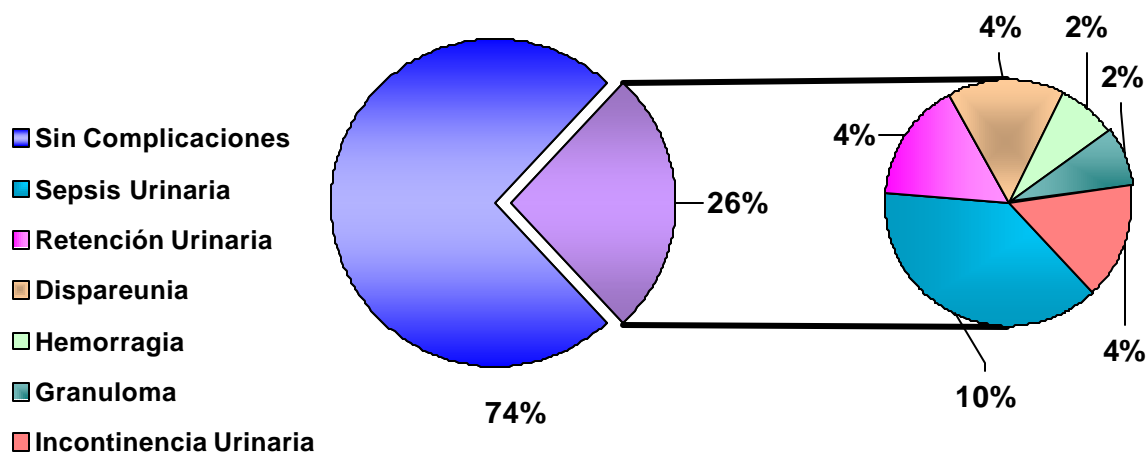
Complicaciones Tardías:

1. Dispareunia: Se presento en un 4%, se observaron todos los casos en mujeres de 35-49 años, se les practico histerectomía vaginal mas colpografía anterior y posterior. Se detectaron aproximadamente al quinto mes de la cirugía.

2. Granulomas: Se presento en el 2% de los casos, siendo el grupo afectado el de 35-49 años.

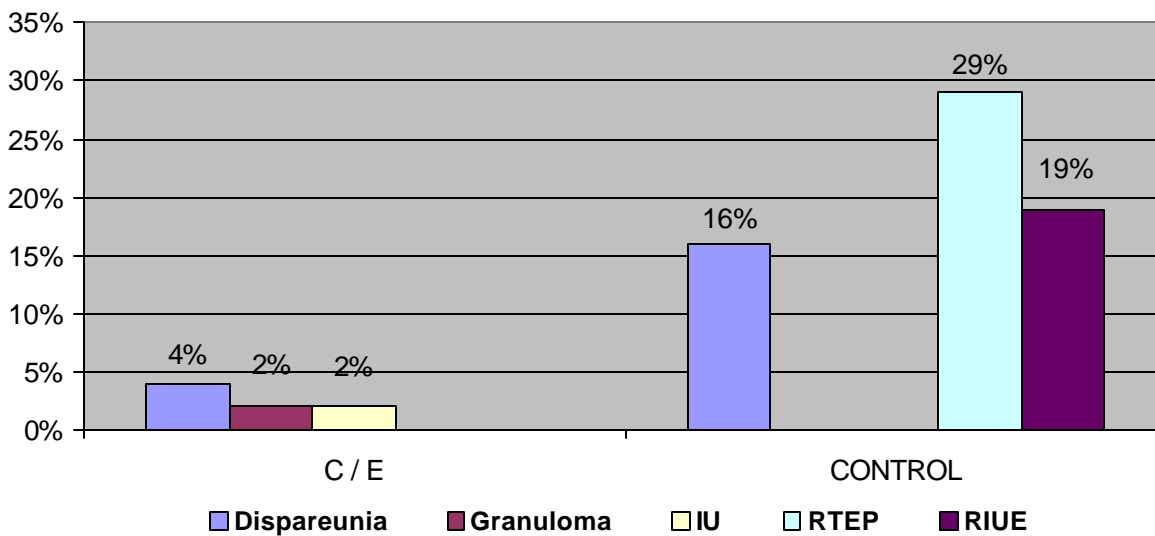
3. Incontinencia Urinaria: Se presento en el 2% de los casos.

Figura 5. Complicaciones presentadas en las pacientes sometidas a cirugías de TEP, Servicio de Ginecología, HEODRA. Julio - Diciembre 2002



Las principales complicaciones tardías detectadas en la consulta externa fueron: dispareunia (4%), granulomas (2%) e incontinencia urinaria (2%), no se detectaron otro tipo de complicaciones. Dichas complicaciones fueron observadas aproximadamente a los 2-3 meses posterior a la cirugía. En una segunda valoración que se realizó a los 12 meses posterior a la cirugía (por el autor de este trabajo), se encontró que las principales complicaciones fueron: recidivas de trastornos de estática pélvica (29%), recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo (19%) y dispareunia (16%).

Figura 6. Comparación de las complicaciones encontradas en la Consulta Externa y en el Control del Estudio. Julio 2002 - Diciembre 2003



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La mayor proporción de pacientes a quienes se esta practicando cirugías correctoras de trastornos de la estática pélvica son mujeres de 50 años o mas y que a lo largo de la historia la literatura las ha reconocido como el grupo de mayor riesgo a presentar complicaciones post - quirúrgicas. Lo anterior se ha atribuido a los siguientes problemas: atrofia genital por deprivación estrogénica, mayores grados de prolapso genital, tejidos más débiles y riesgo quirúrgico más elevado.^{1,3} Correlacionándose con nuestro estudio ya que en el grupo etáreo de 50 años o mas donde se encontró el mas alto porcentaje de complicaciones. En este mismo grupo etáreo se encontró mas antecedentes patológicos y factores de riesgo, lo cual esta demostrado que entre mas factores de riesgo las complicaciones son mayores.^{1,2,3} Otro hecho importante es que no se esta incluyendo en el manejo previo la reducción de estos factores de riesgo en la mayoría de las pacientes, interfiriendo esto muy probablemente en la aparición de dichas complicaciones.

Aunque se investigo la ocupación, se tienen limitaciones importantes en este estudio ya que no se pudo determinar el nivel de esfuerzo físico a que estaban sometidas las pacientes independientemente de su ocupación. Como se reporta, la mayor parte son amas de casas, sin embargo no quiere decir que no realicen actividades que impliquen esfuerzo físico el cual es un factor de riesgo conocido en la aparición de las recidivas en dichas pacientes.^{2,3,11}

La obesidad fue la patología que se encontró mas frecuentemente, predominando en el grupo de 50 años o mas. La obesidad es un factor pronostico adverso en la evolución de la pacientes con cirugía anti-incontinencia o correctoras de trastornos de estática pélvica,¹ sin embargo un 10% de las pacientes estudiadas no fueron pesadas y talladas antes de la cirugía.

En relación al porcentaje de complicaciones detectadas en los diferentes periodos encontramos la mayor parte en el postquirurgico mediato, seguida del postquirurgico tardío, esto es compatible con lo reportado por la literatura.^{1,2}

Relacionando de forma particular los tipos de complicaciones encontradas y comparándolos con reportes internacionales, las diferencias marcadas las encontramos en:

1. Dispareunia: Durante varios decenios se ha reconocido que la colpoperineoplastia esta relacionada con dispareunia en el 25 a 50% de las pacientes, al igual se espera un incremento del 9% después de realizar dicha cirugía.^{1,3} En nuestro estudio tiene una frecuencia del 4% de las pacientes valoradas por consulta externa, encontrándose en el grupo etáreo de 35-49 años, contradiciéndose con la literatura, ya que lo esperado sería encontrarlo en pacientes de mayor edad.²

Al realizar el seguimiento de las pacientes a los 12 meses posterior a su cirugía se encontró que el 16% presentaban dispareunia, presentes en el grupo etáreo mayor de 49 años, por lo que nos hace pensar que pueden estar asociadas a la edad.

2. Sepsis Urinaria: La frecuencia de 10% no sobrepasa lo reportado por la literatura, se encontró directamente proporcional a los días de permanencia de la sonda foley y con el antecedente de IVU previo al procedimiento quirúrgico. Hay estudio que demuestran que la cateterización intermitente y suprapúbica reducen el riesgo hasta un 17%.¹³ En el servicio, esa fue una técnica que se utilizo hace una década, pero que se abandono por no existir el equipo apropiado, ni las condiciones optimas para su aplicación, por lo que su uso generaba mayor numero de infecciones *per se*.⁶ Se podría intentar en aquellos casos donde se prevea la necesidad de permanencia de una sonda por periodos prolongados y la realización de urocultivos con la administración especifica de antibióticos en aquellas pacientes con IVU previa al procedimiento.

3. Retención Urinaria: Es una complicación típica y la mas común después de las cirugías anti - incontinencia, la incidencia varia desde pequeños porcentajes hasta un 35% dependiendo de la técnica empleada.^{1,2,3} Se sabe que las mujeres con estudios urodinamicos normales y buena actividad al detrusor están poco

propensas a presentarlas.^{11,12} A pesar que no contamos con diagnóstico urodinámico en el servicio, nuestro porcentaje fue bajo (4%). El 100% se presentaron posterior a la plastia de Kelly.

4. Incontinencia Urinaria Esfuerzo Recidivante: El índice de éxito reportado para las técnicas anti - incontinencia más estudiadas son: 89% para Burch, 87% para el Pereyra y 60% para la plastia de Kelly, el riesgo de fracasos de I.U.E. se asocia a patologías pulmonares, atrofia urogenital postmenopáusica y obesidad.^{1,19} En nuestro estudio el índice de éxito de forma general es del 90%, con porcentajes de fracasos menor de lo esperado, pero al relacionarlo con la técnica se mantiene con la plastia de Kelly y de Burch, no así para el Pereyra que encontramos 20% de fracaso, claro que se necesita un grupo de estudio mayor para correlacionarlo con los datos expuestos anteriormente. El grupo etéreo en el que se presentó esta complicación fue en pacientes de 50 años o más y del cual el 100% son obesas y si reconocemos la obesidad como factor pronóstico adverso al igual que la edad, en la evolución de pacientes con cirugía correctoras de TEP y anti - incontinencia,¹¹ pudiera ser esto lo que está influyendo en la recidiva de IUE.

Al dar seguimiento de las pacientes se encontró que se presentó este trastorno en el 19% de los casos, principalmente en el grupo etéreo mayor de 49 años, considerando la edad en este caso como un factor adverso.

5. Recidiva de T.E.P.: El porcentaje y tipo de recidiva encontrado no difiere de lo reportado por la literatura (29%), pero si es importante señalar que los mayores porcentajes se presentaron en mujeres jóvenes menores de 49 años (83%). Estas recidivas se encontraron en pacientes que se valoraron con el seguimiento que se les realizó posteriormente, ya que no se encontró ningún caso diagnosticado por consulta externa. Se sabe que a las mujeres que se les practican técnicas vaginales anti - incontinencia durante la cirugía correctora de TEP tiene mayor porcentaje de recidiva que las técnicas abdominales, y en este grupo etéreo al 82% de estas pacientes se les realizó una técnica vaginal.¹

6. Hemorragia: Es una de las complicaciones menos frecuentes de este estudio, si la comparamos con la frecuencia reportada en la mayoría de los estudios que oscilan entre 1 al 5%,^{2,3} se encuentra entre en los valores reportados por la literatura.

7. Granuloma: Se presento también en un pequeño porcentaje de las pacientes estudiadas, relacionadas a la colpoperineorrafia, se origina por la técnica utilizada en algunas cirugías, refiriendo la literatura que es inevitable en algunos casos y que no tiene implicancia alguna a no ser por el sangrado que a veces se presenta.²³

Uno de los logros del presente estudio fue poder demostrar el mayor porcentaje de complicaciones tardías que detectaríamos si se realizara una consulta externa en el tiempo que se realizo (12 meses) el seguimiento, en comparación a lo que actualmente estamos detectando por la consulta externa, lo cual es 8.5 veces mayor para las recidivas de incontinencia urinaria de esfuerzo, 5 veces mas para la dispareunia y la totalidad de los trastornos de la estática pélvica, ya que el 96% de los casos estudiados no va mas allá de 2-3 meses y son dadas de altas a las pacientes, pudiendo resultar en futuras complicaciones, que como no se detectan se desconocen y por lo tanto tampoco se tratan.

CONCLUSIONES

- La población en estudio se caracterizó por ser la mayoría mayor de 50 años, de procedencia rural, amas de casa y multiparas.
- Las pacientes de mayor riesgo y con más complicaciones quirúrgicas, fueron las mayores de 50 años.
- El antecedente patológico más frecuente y que se encontró asociado en algunos casos a complicaciones quirúrgicas fue la obesidad.
- El 26% de las cirugías correctoras de trastornos de estática pélvica se complicaron, previo al seguimiento realizado, con: Sepsis Urinaria, Retención Urinaria, Dispareunia, hemorragia, granuloma e incontinencia urinaria.
- El periodo en que se captó el mayor porcentaje de complicaciones es el post - quirúrgico tardío.
- Las principales complicaciones tardías a los 12 meses de seguimiento fueron: recidivas de trastornos de estática pélvica (29%), recidiva de incontinencia urinaria de esfuerzo (19%) y dispareunia (16%).

RECOMENDACIONES

Ampliar el margen del seguimiento post - quirúrgico de las pacientes a través de consulta externa, al menos hasta un año posterior a la cirugía, con valoraciones a los 3, 6 y los 12 meses, para aumentar el índice de detección de las complicaciones.

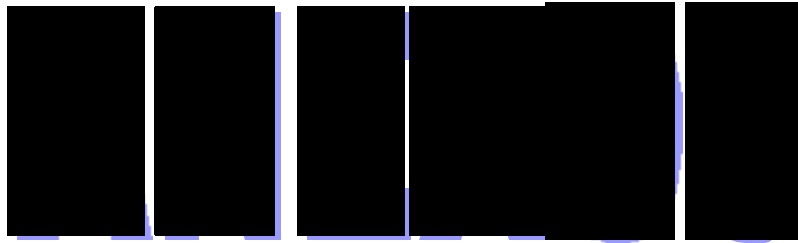
Implementar la estrogenoterapia y la reducción de peso como tratamiento complementario previo a los procedimientos quirúrgicos para disminuir los porcentajes de complicaciones en pacientes de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Richard C. Bump y Geoffrey W. Cundiff.** Uroginecología y disfunción del piso pélvico. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. 1999.
2. **Thompson, John D.** Defectos del compartimiento anterior. Colporrafia anterior para la reparación del cistourethrocele. Ginecología quirúrgica, Te Linde. Octava edición, capítulo 37. Editorial panamericana. 1999.
3. **Grody, Marvin.** Defectos del compartimiento posterior. Rectocele y defectos perineales: evaluación y corrección. Ginecología quirúrgica, Te Linde. Octava edición, Capítulo 37. Editorial Panamericana. 1999.
4. **L. Lewis Wall.** Incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecología quirúrgica, Te Linde. Octava edición, capítulo 39. Editorial Panamericana. 1999.
5. **Kaser, O MD, Hirsch, H. A., MD.** Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Atlas de cirugía ginecología. Quinta edición, capítulo 22. Editorial Marban.
6. **Gómez López, Romy A.** Revisión de cien HTV efectuadas en el Hospital Fernando Velez Paiz, Managua, 1978.
7. **Talavera Martínez, Luz Indiana.** Histerectomías: Complicaciones en el Hospital Bertha Calderón, tercer trimestre, 1994.
8. **Nuñez Téllez, Ligia María.** Manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria en el HEODRA, 1998.
9. **Blandón G., Isidro.** Cirugía uroginecologica en el HEODRA. 1989.
10. **Hernandez M., María Mercedes.** Comportamiento del síndrome uretrovesical post – operatorio, HEODRA, Enero- Noviembre, 1995.
11. **Esquivel Muñoz, Erick Martin.** Valoración del tratamiento incontinencia urinaria en el HEODRA, 1999.

12. **González Merlo, J.** Plastia vaginal anterior. Colporrafia anterior. Corrección del cistocele y uretrocele. Atlas de operaciones ginecologías. Tomo I. Capitulo 4.
13. **Benson/Pernoll.** Obstetricia y Ginecología. Séptima edición.
14. **Neri M, y Col.** Frecuencia de trastornos de estática pelvigenital en pacientes con incontinencia urinaria. Ginecología y Obstetricia, México, 1996, 64:193.
15. **Melgar R, y Col.** La obesidad como factor de riesgo en la cirugía anti – incontinencia. Ginecología y Obstetricia, México, 1997; 65:458.
16. **Iris de la Cruz, Sebastián.** Criterio de la selección de técnicas quirúrgicas en la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo anatómico.
17. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE – 10 Edición. Revisión, Washington, D. C, OPS, 1995.
18. **Danforth / Scoth,** Tratado de Ginecología y Obstetricia. Editorial Mcgraw-Hill Internacional, octava edición. México, 2000.
19. **Gámez, Miurell.** Complicaciones trans – quirúrgicas y post – quirúrgicas inmediatas, mediatas y tardías de las cirugías correctoras de los trastornos de la estática pélvica, en el servicio de Ginecología del HEODRA, de Enero 1998- Diciembre de 1999. Residente de cuarto año de Ginecología. 2000.
20. **Villagran C., R. y Col.** Fístulas genito – urinarias en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia, México. 1996, 64:335.
21. **Ostergard Donald.** Urogynecology and Urodynamics. Theory and Practice. Fourth Edition. Chapter 45. 1996.
22. **J. H. Ridley MD.** Errors, safeguard salvage, 1981, second edition, ginecol – surgery.
23. **Raz, Shlomo.** Female Urology, second edition, 1996.

24. **Rodríguez C, S. y Col.** Evaluación del post – operatorio de los diferentes procedimientos quirúrgicos para incontinencia de esfuerzo genuina, ginecología y obstetricia, México. 1996, 64:251.
25. **Burnett, Lonnie.** Relajaciones, posiciones anómalas, fístulas e incontinencia. Tratado de ginecología de Novak, onceava edición, capítulo 17.



FICHA DE EVALUACION DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS:

1. Datos Generales:

Edad: _____ Exp: _____

Procedencia: _____ Ocupación: _____

2. Antecedentes Patológicos:

Diabetes: Si: _____ No: _____ Obesidad: Si: _____ No: _____

Pulmonares: Si: _____ No: _____ Leucorrea: Si: _____ No: _____

Inf. Vías Urinarias: Si: _____ No: _____ Otros: _____

Paridad: _____

Cirugías Anteriores: _____

3. Síntomas previos a la cirugía: _____

4. Diagnostico pre – quirúrgico: _____

5. Diagnostico post – quirúrgico: _____

6. Administración de profilaxis quirúrgica: Si: _____ No: _____

7. Cirugía realizada: Colporrafia anterior: _____

 Colpoperineoplastia: _____

 Histerectomía vaginal: _____

 Otras: _____

8. Fecha de la cirugía: _____ Tiempo de la cirugía: _____ Cirujano: _____

9. Lugar de referencia (a su alta): _____

10. Complicaciones trans – quirúrgicas:

Hemorragia: _____

Lesión de órganos: Uréter: _____ Vejiga: _____ Uretra: _____ Intestino: _____

Otras: _____

Conversión de cirugía vaginal a abdominal: _____

11. Posterior a su cirugía los síntomas mejoraron: Si: _____ No: _____

12. Se infectó la herida: Si: _____ No: _____

13. Transfusiones posterior a la cirugía: Si: _____ No: _____

14. IVU posterior a la cirugía: Si: _____ No: _____

15. Dificultad para miccionar o imposibilidad para miccionar espontáneamente posterior a la cirugía: Si: _____ No: _____

16. Sonda foley por más de 2 días posterior a la cirugía: Si: _____ No: _____

17. Presentó posterior a su cirugía pérdida involuntaria de orina: Si: _____ No: _____

18. Al cuánto tiempo: Mes(es): _____

19. La incontinencia urinaria se presentó hasta después de la cirugía:

Si: _____ No: _____

20. Hay nuevamente salida de una masa por la vagina Si: _____ No: _____

21. Al cuánto tiempo. Mes(es): _____

22. Recibió antes o después de la cirugía tratamiento con estrógenos

Si: _____ No: _____

23. Dolor en los genitales posterior a la cirugía. Si: _____ No: _____

27. Sangrado posterior a la cirugía. Si: _____ No: _____

28. La causa del sangrado fue por granuloma. Si: _____ No: _____

29. Trastorno de sensibilidad o de movilización posterior a la cirugía

Si: _____ No: _____

30. Se orina por la vagina. Si: _____ No: _____

31. Al defecar se llena su vagina de heces. Si: _____ No: _____

32. Otras complicaciones. Si: _____ No: _____ Cuales: _____

33. Ha buscado ayuda médica por este problema. Si: _____ No: _____

34. Donde: _____

36. Días de hospitalización: _____ 37. Tiempo de referencia: _____