

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo terminal

Que para obtener el diploma en la especialidad de:

GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA:

C. Ma. de la Luz López Sánchez

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL

Dr. Gabriel Ernesto García Noriega

**PREVALENCIA DE LA RECIDIVA DEL CISTOTELE Y RECTOCELE
EN ETAPA II A MAS Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS**

Tijuana Baja California, Abril 2015

PREVALENCIA DE LA RECIDIVA DEL CISTOCELE Y RECTOCELE EN ETAPA II A MÁS Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

Autor: C. Ma. de la Luz López Sánchez
Asesor: Dr. Gabriel Ernesto García Noriega

Jefatura de Enseñanza e Investigación
Hospital General de Tijuana Baja California

Abril de 2015

ÍNDICE

RESUMEN ESPAÑOL.....	6
RESUMEN INGLÉS.....	7
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I	
MARCO TEORICO, ANTECEDENTES.....	9
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
CAPITULO III	
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	21
CAPITULO IV	
JUSTIFICACION.....	21
CAPITULO V	
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS PARTICULARES.....	21
CAPITULO VI	
MATERIAL Y METODOS	
DISEÑO DE ESTUDIO.....	21
UNIVERSO DE TRABAJO.....	22
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	22
MUESTREO.....	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
INCLUSIÓN.....	22
NO INCLUSIÓN.....	22
EXCLUSION.....	23
CAPITULO VII	
DEFINICION DE VARIABLES	
VARIABLE DEPENDIENTE.....	23
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	23
VARIABLES INTERVINIENTES.....	24

CAPITULO VIII	
TRATAMIENTO ESTADISTICO	
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	25
CAPITULO IX	
ASPECTOS ETICOS.....	29
CAPITULO X	
RECURSOS FINANCIEROS.....	29
FACTIBILIDAD.....	29
CAPITULO XI	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
CAPITULO XII	
RESULTADOS	31
CAPITULO XIII	
DISCUSION.....	52
CAPITULO XIV	
CONCLUSION.....	54
CAPITULO XV	
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	56
CAPITULO XVI	
BIBLIOGRAFIA.....	59

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

GRAFICA 1. FRECUENCIA POR GRUPO DE ESTUDIO.....	32
GRAFICA 2. FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD.....	32
GRAFICA 3. GRUPOS DE EDAD POR GPO DE ESTUDIO.....	34
GRAFICA 4. No. DE EMBARAZOS POR GPO DE ESTUDIO.....	35
GRAFICA 5. No DE PARTOS POR GPO DE ESTUDIO.....	35
TABLA 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS DEL TOTAL DE LA 60 PACIENTES Y POR GRUPO DE ESTUDIO.....	36
GRAFICA 6. FREC DE RECIDIVA DEL TOTAL DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.....	37
GRAFICA 7. FREC DE RECIDIVA POR GPO DE ESTUDIO.....	38
GRAFICA 8. TIEMPO DE RECIDIVA POR GPO DE ESTUDIO.....	38
GRAFICA 9. TIEMPO DE RECIDIVA POR GPO DE ESTUDIO.....	39
GRAFICA 10. FREC DE FORCEPS EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR	40
GRAFICA 11. FREC DE TOS CRONICA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR.....	40
GRAFICA 12. FREC DE TABAQUISMO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR.....	41
GRAFICA 13. FREC DE ESTREÑIMIENTO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR.....	41
GRAFICA 14. FREC DE HISTERECTOMIA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR.....	42
GRAFICA 15. GPOS DE EDAD CON MAYOR FREC DE RECIDIVA POR GPO DE ESTUDIO	43
GRAFICA 16. FREC DE RECIDIVA POR OCUPACION EN LOS DISTINTOS GPOS DE ESTUDIO.....	43
GRAFICA 17. FREC DE RECIDIVA POR No. DE EMBARAZOS POR GPO DE ESTUDIO.....	44
GRAFICA 18. FREC DE RECIDIVA POR No. De PARTOS POR GPO DE ESTUDIO.....	44
GRAFICA 19. FREC DE FORCEPS EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA	

DEL GPO DE PLASTIA POSTERIOR.....	45
GRAFICA 20. FREC DE TOS CRONICA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA POSTERIOR.....	46
GRAFICA 21. FREC DE TABAQUISMO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA POSTERIOR.....	46
GRAFICA 22. FREC DE ESTREÑIMIENTO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA POSTERIOR.....	47
GRAFICA 23. FREC DE HISTERECTOMIA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA POSTERIOR.....	48
GRAFICA 24. FREC DE FORCEPS EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR.....	49
GRAFICA 25. FREC DE TOS CRONICA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR.....	49
GRAFICA 26. FREC DE TABAQUISMO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR.....	50
GRAFICA 27. FREC DE ESTREÑIMIENTO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANT Y POSTERIOR.....	50
GRAFICA 28. FREC DE HISTERECTOMIA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GPO DE PLASTIA ANT Y POSTERIOR.....	51

Prevalencia de la recidiva del cistocele y rectocele en etapa II a más y factores de riesgo relacionados. Hospital de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tijuana Baja California.

OBJETIVO GENERAL: Estimar la frecuencia de recidiva del cistocele y/o rectocele II a más, corregido con plicatura de la fascia pubocervical y rectovaginal en el servicio de Ginecología del Hospital General de 1996 a 1999.

MATERIAL Y METODOS: Se estimó la frecuencia de recidiva del cistocele y rectocele II a más y factores relacionados, Incluyó 60 casos (Grupo I (10): colpoperineoplastía anterior, Grupo II:(29) colpoperineoplastía posterior, Grupo III: (21) colpoperineoplastía anterior y posterior).

RESULTADOS: Recidiva general del 33.3% y por grupo de : 20% grupo I, 34.5 % grupo II y 38.1 % grupo III. Los factores relacionados : edad (etapa peri y postmenopáusica), multiparidad (grupo I: 6-7 paras; 100%, gpo II: 4 paras; 40%, gpo III: 2-3 paras; 37.5%), histerectomía (gpo I: 100%, gpo II; 60%, gpo III; 87.5%).

CONCLUSION: Tuvimos mayor recidiva en el grupo III. Los factores relacionados fueron: edad, multiparidad e histerectomía. No encontramos relación con fórceps, tabaquismo, tos crónica, estreñimiento, ocupación y peso fetal.

OBJECTIVE: To consider the frequency of recidiva of cistocele and/or rectocele stage II to more than was corrected by means of plicature of pubocervical fascia and plicature of rectovaginal fascia in the service of gynecology of the Hospital General from the 1996 to the 1999.

METHODS: In this cross-sectional descriptive study, we will consider the frequency of recidive of cystocele and rectocele II to more as well as the related factors, with the use of plicature of pubocervical fascia (anterior colporrhaphy) and plicature of rectovaginal fascia in the service of gynecology.

RESULTS: 60 cases divided in groups: Group I: (n = 10) (anterior colporrhaphy). Group II: (n=29) (posterior colporrhaphy). Group III: (n=21) (anterior and posterior colporrhaphy). A recidive in general (n=60) of the 33,3% appeared (2 cases in group I, 10 in group II and 8 in group III). The recidive by study group of 20% in group I, 34,5 % in group II and 38,1 % in group III. The related factors were: a) age: predominating the stage peri and postmenopause (gpo I: 41-55 years; 100%, gpo II: 51-55 years; 40%, gpo III: 45-50 años; 25%), b) multiparity (gpo I: 6-7 vaginal delivery; 100%, gpo II: >4 vaginal delivery; 40%, gpo III: 2-3 vaginal delivery; 37.5%, c) hysterectomy (gpo I: 100%, gpo II; 60%, gpo III; 87.5%).

CONCLUSION: In our study the prevalence in group I was within the reported thing in Literature, in group II was greater. As factors related to the recidive we found the age, multiparity and hysterectomy. We did not find relation with forceps, smoking, chronic cough, constipation nor the occupation as well as the fetal weight.

INTRODUCCION

El prolapso de órganos pélvico es común y se puede ver en un 50-51% de la mujeres paridas, existen diversos tipos entre los cuales los más frecuentes son el prolapso de la pared vaginal anterior y de la pared vaginal posterior .³ La etiología es compleja y multifactorial, los posibles factores de riesgo incluyen la edad, el embarazo, paridad, nacimiento de un hijo, raza, factores hereditarios, anomalías del tejido conectivo, sobrepeso, obesidad, tabaquismo, menopausia, desnervación o relajación del piso pélvico, histerectomía, disfunción intestinal y factores asociados con aumento crónico de la presión intraabdominal

1-4

El tratamiento del prolapso depende de la severidad del prolapso y los síntomas, así como el estado de salud de la paciente. De manera tradicional los cistocelos se han reparado mediante plicatura de la fascia pubocervical y se reporta un índice de recurrencia del 20 al 40%.¹² Hace 2 décadas se concedió interés a una reparación más anatómica, la reparación dirigida al defecto. La reparación original de los defectos paravaginales se realizaba por vía vaginal pero desde hace poco tiempo se ha descrito a menudo por vía abdominal. Richardson fue el primero en reforzar los defectos laterales.⁸

MARCO TEORICO, ANTECEDENTES

Cuando el ser humano adopta la postura vertical, la apertura del estrecho inferior de la pelvis ósea se sitúa en el fondo de la cavidad abdóminopelviana. Este fenómeno requiere la presencia de un sistema de soporte para evitar que los órganos pelvianos desciendan a través del estrecho inferior de la pelvis. En la mujer este sistema debe soportar la presión hacia abajo para permitir el pasaje del feto voluminoso de predominio craneano. El sistema de soporte desarrollado para cubrir estas demandas consiste en un piso fibromuscular que forma una especie de dique que abarca todo el estrecho inferior de la pelvis y contiene una hendidura para el canal del parto y el drenaje de los productos de excreción. Una serie de ligamentos y fascias viscerales mantienen a los órganos en tensión y preservan su posición sobre las partes cerradas del piso. El piso está compuesto por los músculos elevadores del ano y la membrana perineal. Los agujeros presentes en estas estructuras para permitir el parto y la eliminación de los productos excretores han requerido de desarrollo de elementos fibrosos auxiliares concentrados en las áreas abiertas del piso muscular para sustentar a las vísceras en estas áreas más débiles¹.

PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

Es la salida de alguna estructura u órgano que ocupa la cavidad pelviana a través de zonas de menor resistencia en el piso pelviano. En general se dividen en prolapsos del compartimiento anterior (descenso de vejiga y uretra), compartimiento medio (útero o cúpula vaginal) o posterior (Recto).

ETIOPATOGENIA

Parece ser que 2 a 3% de las mujeres padece defectos del soporte de los órganos pélvicos de tipo patológico. Se trata de un trastorno bastante frecuente de cuyas causas no se dispone de gran información. Existen diversos factores relacionados como causantes del prolapso de órganos pélvicos.

Existe pocos estudios que demuestren la prevalencia del prolapso de órganos pélvicos, considerando solamente a las mujeres con prolapso en estadio II o mayor la prevalencia fue medida hasta en el 50-51% de las mujeres paridas. El prolapso que ocurre más frecuentemente es el compartimiento anterior siguiéndole el compartimiento posterior y posteriormente el compartimiento apical en estadio I y II.^{2,3}

FACTORES DE RIESGO:

EDAD: la cirugía del prolapso de órganos pélvicos es poco común en las mujeres menores de 30 y mayores de 80 años.

EMBARAZO, PARIDAD Y FACTORES OBSTETRICOS: los efectos potenciales del embarazo, parto vaginal, instrumentación del parto, episiotomía, peso al nacer, tiempo y manejo del segundo estadio, tipo de anestesia. La paridad es el factor de riesgo más fuerte para desencadenar prolapso de órganos pélvicos en mujeres por debajo de los 59 años. El riesgo relativo de desarrollare prolapso es del 8.4 en mujeres con 2 hijos y 10.9% para mujeres con mas de 4 hijos.

RAZA Y FACTORES HEREDITARIOS: las mujeres hispanas tienen un ligero incremento en el riesgo de cistocele y prolapso uterino y las cirugías son mucho más frecuentes en las blancas comparadas con las negras. Pueden intervenir también factores hereditarios o anormalidades intrínsecas del tejido conectivo. Existe alto riesgo en mujeres con madre o hermana con antecedente de prolapso, así como aquellas que tiene hipermovilidad de las articulaciones, los desórdenes del tejido conectivo.

OBESIDAD: existe incremento de riesgo del prolapso uterino en mujeres con sobrepeso y obesas.

MENOPAUSIA Y HORMONAS ANTICONCEPTIVAS: existe una posible pero no demostrada asociación entre los anticonceptivos y el prolapso de órganos pélvicos. En la postmenopausia el uso de terapia hormonal por más de 5 años está asociada con un descenso del riesgo del prolapso.

TABAQUISMO: es a menudo postulado como un factor de riesgo para prolapso, pero algunos estudios no han mostrado asociación con el prolapso de órganos pélvicos.

DISFUNCION INTESTINAL: La constipación crónica con largos esfuerzos agotadores repetitivos de defecación contribuye a la progresiva neuropatía, disfunción del piso pélvico y prolapso.

CIRUGIAS GINECOLOGICAS: la histerectomía es a menudo un factor de riesgo de desarrollo tardío de prolapso. La incidencia de prolapso seguido de histerectomía es de 3.6 por 1000 mujeres/año.

OTROS FACTORES: disfunción de los músculos del piso pélvico. ^{2,3,4}

El parto por vía vaginal se ha postulado como el factor contribuyente de mayor relevancia en el cual se estiran los músculos elevadores del ano (los puborrectales son estirados y muchas veces rasgados) y el nervio pudendo lo que ocasiona lesión con neuropatía y debilidad muscular permanente.

Hay evidencias que señalan que las mujeres con prolapso de órganos pélvicos tienen menos colágena total en su fascia pubocervical y es de un tipo más débil. También el levantamiento de objetos pesados puede vincularse en el prolapso².

Según Carter, el verdadero mecanismo del prolapso yace en un debilitamiento o falla de los músculos del piso pelviano, los ligamentos serían elementos pasivos que en una primera instancia compensarían la falla del músculo, pero luego cederán y se elongarán. De esta manera, él plantea que la reparación del prolapso no es sólo quirúrgica, sino también del apoyo de una rigurosa rehabilitación posterior para refortalecer los músculos del piso pelviano.

ESTANDARIZACION DEL PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

En 1996 la Sociedad Internacional de Continencia, la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos publicaron y aprobaron el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (CPOP) y fue publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology en julio de 1996.

Como condiciones para la uniformidad en la aplicación de estos criterios y para demostrar que la patología que se observa no está subestimada en el examen de la paciente se debe observar uno o todos los elementos siguientes:

- Cualquier protrusión de la pared vaginal debe ser la máxima y por lo tanto con esfuerzo de la paciente
- La tracción de la masa protruida no causa más descenso
- La paciente debe advertir que la masa protruida ante el médico es de la misma magnitud de la observada en las peores condiciones por ella
- En posición de pie, el prolapso debe ser observado de la misma magnitud que en otras posiciones. Es bueno casi siempre examinarlo de pie puesto que esa es la posición en que se exagera y en que se vive la vida diaria.

Este sistema es una tabla de 9 casillas que muestra una serie de componentes y sus valores, los cuales podrían variar en el tiempo indicando mejoría, estabilización o agravamiento del cuadro. En seis de ellos la medición se hace en relación a un parámetro común que es el himen, siendo los números negativos aquellos parámetros que están por dentro del himen, es decir hacia el interior de la vagina y en positivo por fuera de éste. A esto se agregan otras 3 mediciones que incluyen el hiato genital, el cuerpo perineal y longitud total de vagina, se obtienen en total 9 mediciones.^{2,5}

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cervix o cúpula C
Hiato genital gh	Cuerpo perineal pb	Longitud vaginal total tvL
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fondo de saco posterior D

Puntos Vaginales anteriores

- Aa: Punto en línea media de pared anterior de vagina, situado a 3 cms del meato urinario. Valores: de -3 a +3 cms
- Ba: Es el punto más distal del punto Aa del fórnix vaginal anterior. Valor: -3 cm en ausencia de prolapso, con valores positivos igual a la posición de la cúpula o fondo de saco anterior en mujeres con prolapso de cúpula post histerectomía.

Puntos vaginales superiores

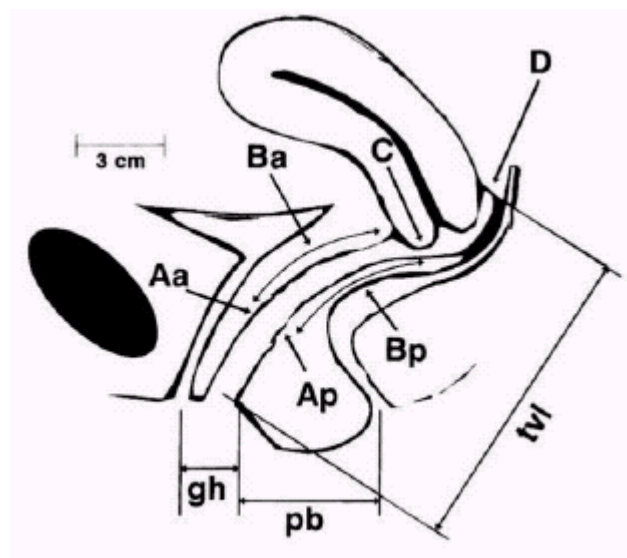
- C : Punto más sobresaliente o distal del cuello, generalmente borde anterior. Corresponde también al punto más alto de la cúpula vaginal en mujeres histerectomizadas.
- D : Fondo de saco de Douglas, lugar de inserción del complejo úterosacros-cardinales. No hay que considerarlo en ausencia de cuello

Puntos vaginales posteriores

- Ap :Punto en la línea media de la pared vaginal posterior a 3 cm del himen. Valores:-3 a +3 cm
- Bp :Es el punto de la pared vaginal posterior más distal al punto Ap. Su valor normal es – 3cm. .

Otras mediciones

- gh (genital hiatus) : Hiato genital, distancia en cm desde el meato uretral a la parte media posterior del himen. Se mide en cms.
- pb (Perineal body) : Distancia en cms desde la parte más posterior del hiato genital al punto medio del ano. Ver Figura 11.
- tvl : largo vaginal total es la distancia en cm cuando los puntos C y D están en su máxima posición.
-



Debe utilizarse un sistema de clasificación de la etapa luego de terminar la descripción cuantitativa.

- ETAPA 0: No hay prolapso, Los puntos Aa, Ap, Ba, Bp están todos a – 3 cms del himen y cualquier punto C o D no está a más de -2cm.
- ETAPA I: el punto de guía del prolapso se halla a menos de -1cm sobre el himen
- ETAPA II: El punto de guía del prolapso se ubica entre -1 cm y +1 cm sobre o bajo el himen
- ETAPA III: El punto de guía del prolapso está entre +1 cm y +2 cm por debajo del himen.
- ETAPA IV: El punto de guía del prolapso se localiza mas allá de +2

PROLAPSO DEL COMPARTIMENTO ANTERIOR:

Aparece cuando hay un claro defecto del nivel II o intermedio de sujeción vaginal a estructuras vecinas. Hay diversos tipos de cistocèles la importancia de identificarlos estriba en que el tratamiento es diametralmente opuesto dependiendo del defecto que predomine, por lo que el fracaso de una técnica por un diagnóstico erróneo.

- El defecto más frecuente es el central, como consecuencia del fallo de la aponeurosis pubocervical.
- Puede haber defectos laterales o paravaginales, por alteración del arco tendinoso de la aponeurosis endopélvica.
- Hay también defectos transversos proximales o distales de menos interés clínico y se tratan igual que el defecto central, es también falla de la aponeurosis pubocervical

La tendencia actual al referirse a ellos es evitar llamarlo cistocele y en su defecto hablar de pared vaginal anterior, lateral, posterior, cúpula vaginal en lugar de especular que hay al otro lado de la pared vaginal

Clínicamente se puede observar una protrusión de la pared anterior de la vagina que puede verse sólo ayudándose con una valva del espéculo separando la pared vaginal posterior o bien puede protruir totalmente en forma espontánea, pudiendo en ocasiones ser de gran tamaño⁶.

PROLAPSO DEL COMPARTIMENTO POSTERIOR

Según DeLancey , 1 de 9 mujeres norteamericanas requiere cirugía por defectos del piso pelviano y entre éstas, el 25% necesita una segunda operación. En pacientes con prolapso documentado, el 76% tiene defecto en el compartimiento posterior. El defecto estructural o la causa exacta del rectocele, aún no está completamente claro.

En el año 1839 Denonvilliers describió una capa delgada de tejido entre la vagina y el recto y le dio el nombre de tabique rectovaginal. Este tabique transcurre por la pared vaginal posterior , y en sentido dorsal se une a los uterosacros a cada lado. En la línea media está densamente adherido al peritoneo del fondo de saco y medialmente se une a los músculos pubococcígeos y al arco tendinoso, en su parte distal se une al cuerpo del periné fusionándose con fibras

musculares del transverso perineal profundo. Cuando con la maniobra de valsalva se aprecia una protrusión del recto a través de la pared vaginal posterior, es indicativo de una falla de la fascia rectovaginal.

El rectocele es la protrusión del recto a través de la pared vaginal posterior, lo que resulta de una falla de la fascia rectovaginal. Este tipo de rectocele se denomina rectocele por desplazamiento, es decir, el recto se desplaza por falla de la fascia que lo sostiene en su lugar, destrucción o daño importante del cuerpo perineal o simplemente adelgazamiento o debilitamiento del tabique rectovaginal. A veces la fascia está indemne y el rectocele se produce por una falla intrínseca de la pared rectal, este rectocele se llama por distensión.

Existen 2 teorías para explicar la mecánica :

A) TEORIA DE RICHARDSON: hay una ruptura del tabique rectovaginal que puede ocurrir a diversos niveles, la más frecuente es la transversa inmediatamente por encima del cuerpo de periné que condiciona un defecto rectocele bajo , otro es el defecto vertical en la línea media que puede ser causado por una episiotomía mal reparada, puede afectar la porción inferior hasta el vértice, otro es el desgarro uni o bilateral ó en L. Lo normal es que coexistan todos estos defectos lo que puede hacer difícil identificar el tabique rectovaginal , se ahí la tendencia en cirugía vaginal de usar mallas de sujeción que sustituyan este tabique.

B) TEORIA DE DELANCEY: La estática del segmento inferior del recto está garantizada por la acción conjunta del tabique rectovaginal y el tejido muscular estriado del músculo puborectal. La alteración de uno u otro mecanismo dará lugar a 2 tipos diferentes de rectocele; cuando lo que fracasa es el tabique rectovaginal aparece un rectocele mediano y cuando ocurre un defecto en el hiato urogenital aparece un rectocele basal⁶.

ENTEROCELE :

Es la protrusión de peritoneo con o sin intestino a través de una falla de la fascia rectovaginal o de la unión entre la fascia pubocervical y la rectovaginal. Ocurre una herniación del intestino delgado el que diseca la vagina de la fascia de

Denonvillier o fascia rectovaginal especialmente en pacientes que fueron histerectomizadas y que tuvieron prolapso de cúpula. Después de la histerectomía puede ocurrir enteroceles hasta entre 0.1 a 16%. Las asas intestinales se encuentran separadas del exterior sólo por peritoneo y mucosa vaginal. La fascia rectovaginal sufre una especie de división entre dos fascias o estratos, justo debajo del nivel del cuello. La separación ocurre entre la fascia vaginal posterior y la fascia rectal anterior y esto constituye una zona de debilidad del piso del fondo de saco de Douglas. El enterocel puede ocurrir también cuando se usan técnicas que desvían el eje de la vagina hacia anterior dejando expuesto el fondo de saco a las presiones intrabdominales.

TRATAMIENTO

El tratamiento del prolapso depende de la severidad del prolapso y los síntomas así como el estado de salud de la paciente. Existen varias opciones de tratamiento como los conservadores, mecánicos y quirúrgicos. Generalmente los tratamientos conservadores y mecánicos son considerados para mujeres con un prolapso leve y en el que las mujeres desean tener más hijos o no desean realizarse la cirugía.

Los objetivos de la cirugía del prolapso de órganos pélvicos incluyen

- 1.- Restaurar la anatomía normal de la vagina
- 2.- Restaurar y mantener la función normal vesical
- 3.- restaurar y mantener la función normal del intestino
- 4.- Restaurar y mantener la función sexual normal

La elección de la cirugía depende de un número de factores tales como la naturaleza, sitio, severidad del prolapso, además de la existencia o no de síntomas urinarios asociados a la función sexual.

De manera tradicional los cistocelos se han reparado mediante plicatura de la fascia pubocervical en la línea media con una serie de puntos de colchonero horizontales, de manera independiente de los sitios en que se ubican las roturas de la fascia. Y se reporta un índice de falla del 20 al 40%⁷ Hace menos tiempo se concedió interés a una reparación más anatómica, la reparación dirigida al defecto, con valoración pre y transoperatoria cuidadosa del defecto preciso de la fascia. Los defectos del segmento anterior pueden ocurrir en los lados, en

ubicación superior y en la línea media. Los defectos superiores se resuelven mediante cierre del manguito con establecimiento de continuidad de las fascias anterior y posterior y garantía de soporte apical adecuado. La reparación original de los defectos paravaginales se realizaba por vía vaginal pero desde hace poco tiempo se ha descrito a menudo por vía abdominal y se ha descrito también su ejecución por vía laparoscópica. Son considerables los datos relacionados con la eficacia de la reparación de los defectos paravaginales por vía abdominal su eficacia para la incontinencia de esfuerzo, para el prolapso de órganos pélvico no está bien comprobada.

Richardson fué el primero en reforzar los defectos laterales con 4 a 6 puntos colocados con una exposición del arco tendíneo abordándolo por el espacio de Retzius, con un dedo en la vagina para identificar específicamente el defecto y repararlo con tycron 3-3 y aguja T-16.⁸

Shull en 1994 evaluó una técnica de tratamiento de los prolapsos de segmento anterior con defecto lateral, suturando con material no reabsorbible la fascia pubo cervical desde un plano retropubiano, buscando el arco tendíneo por vía vaginal. Con resultados difíciles de evaluar dado el escaso número de pacientes y el gran número de patologías asociadas del piso pelviano, tiene el mérito de dar una alternativa importante a la reparación por vía abdominal los defectos laterales del segmento anterior.⁹

Según DeLancey, no habría un solo tipo de rectocele, sino varios, dependiendo del nivel y estructuras afectadas. Los defectos del Nivel II de la vagina pueden provocar un rectocele, el cual puede ocurrir en la línea media, en este caso llega a ser independiente de la función del elevador el cual, al igual que el cuerpo perineal pueden estar normales. En este caso es bueno reconstituir la fascia en el plano medio, plicándola solamente, pero si el defecto abarca niveles más inferiores, se deberá reforzar el cuerpo perineal. La otra posibilidad en el rectocele es que se haya separado el nivel II del III, en este caso se deberá unir nuevamente la fascia del nivel II con el cuerpo perineal.

Su tratamiento es difícil, aún no se ha diseñado la técnica más efectiva, por eso existen muchas técnicas con diferentes resultados. Los estudios en general no

contemplan pacientes con rectocele sólo, sino combinado con otras patologías del piso pelviano, lo que confunde o hace difícil la interpretación de los resultados de la respuesta a la cirugía, así como tampoco se pueden realizar comparaciones entre los diferentes trabajos. La sola reparación del rectocele, de la fascia en los sitios donde tiene fallas, sin miorrafia de los elevadores, tiene resultados mediocres, con un 18% de recurrencia a los doce meses ^{2,10}, pero con importante alivio sintomático que significa una mejor calidad de vida, el paciente se siente mejor, pero objetivamente el rectocele persiste . A pesar de la opinión de Richardson que es necesario disminuir el diámetro del hiato genital por medio de la plicatura de los elevadores, Singh y otros han demostrado por resonancia magnética que la plicatura de los elevadores por sobre el cuerpo perineal no es tal y lo único que produce es dolor y disfunción sexual, se produce atrofia del músculo y cicatrización dolorosa posterior. Quizá la reparación del cuerpo perineal podrá tener mejores resultados que la plicatura de los elevadores en la reparación de un hiato rectal demasiado ancho. Según este autor los rectoceles severos pueden verse asociados a lesiones transversas sobre el cuerpo perineal, también en una antigua episiotomía mal suturada, también aquellos rectoceles con un importante defecto central que llega hasta el fondo de saco posterior o defectos laterales que llegan hasta la inserción de la fascia en las paredes laterales de la pelvis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El prolapso de órganos pélvicos es una condición común en la mujer, se presenta en 50- 51% de las mujeres paridas en estadio II o mayor. Un 2 a 3% son de tipo patológico el prolapso que ocurre con más frecuencia en el compartimiento anterior seguido del compartimiento posterior y el compartimiento apical en estadio I y II.^{2,3,4} . Es la indicación quirúrgica más común en la mujer.³

La incidencia anual en estados unidos de cirugía del prolapso de órganos pélvicos está en el rango de 1.5 a 4.9 casos por 1000 mujeres por año. La tasa de incidencia de cirugía se incrementa con la menopausia (2.7 a 3.3 por 1000 mujeres) la incidencia de cirugía por prolapso se incrementó de mujeres de 1979 a 1997. 16% entre los 45 y 54 años de edad. La incidencia de cirugía para mujeres menores de 50 años disminuyó y aumentó para mayores de 50 años.³ Siendo la causa más frecuente de cirugía en mujeres mayores de 50 años.¹¹

En la práctica de la cirugía vaginal reconstructiva el sitio más común de recurrencia del defecto del soporte pélvico es el compartimiento anterior con un índice de fracaso de 20 al 40%^{7,12} y de un 18% en el compartimiento posterior^{2,10} . 29 - 40% de las cirugías de prolapso son para tratar recurrencias.^{7,13} 60% de todas las recurrencias son en el compartimiento previamente operado.¹⁴ Existe un 32.5% de recurrencia en el compartimiento alterno.¹⁴

Sabemos además que el tejido original demuestra ser inadecuado para sostener la longevidad de una reparación quirúrgica siendo la remodelación de tejido natural un método de reparación ineficiente.¹⁵

Lo que ha llevado a cambiar y extender la técnica tradicional de reparación de la pared anterior y posterior por el uso de suturas permanentes con un decremento de la recidiva a un 20 a 30% sin embargo la recidiva continua siendo un problema frecuente.¹⁶ En nuestro servicio es también un problema al que no enfrentamos continuamente más sin embargo no contamos en nuestro servicio con estadísticas que nos demuestren la frecuencia de recidiva así como los factores de riesgo relacionados a esta.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia de recidiva del cistocele etapa II a más y rectocele etapa II a más y los factores relacionados, en el hospital de Gineco Obstetricia?

JUSTIFICACION

Existe en la literatura un alto índice de recidiva en la cirugía convencional para la corrección del cistocele y rectocele. En la práctica de la cirugía vaginal reconstructiva el sitio más común de recurrencia del defecto del soporte pélvico es el compartimiento anterior con un índice de fracaso de 20 al 40%. Y la literatura reporta que 29 - 40% de las cirugías de prolapso son para tratar estas recurrencias y 60% de todas las recurrencias son en el compartimiento previamente operado.

Siendo este un problema al que continuamente nos estamos enfrentando en nuestro servicio y no contamos en el servicio con estudios que demuestren su prevalencia así como los factores de riesgo relacionados a esta.

OBJETIVO GENERAL

Estimar la frecuencia de recidiva del cistocele y/o rectocele etapa II a más que fueron corregidos por medio de plicatura de la fascia pubocervical (colpoperineoplastia de Kelly) y plicatura de la fascia rectovaginal en el servicio de Ginecología del Hospital General Tijuana de 1996 a 1999.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Identificar los factores clínicos, sociodemográficos y transquirúrgicos relacionados con la recidiva.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO Descriptivo transversal

UNIVERSO DE TRABAJO: Mujeres del Servicio de Ginecología del Hospital General Tijuana Baja California.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Expedientes de pacientes con cistocele y/o rectocele etapa II a más que fueron operadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de 1996 a 1999.

MUESTREO No probabilístico

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiarán los casos incidentes de pacientes operadas de cistocele y/o rectocele etapa II a más con la técnica convencional durante el periodo de 1996-1999.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN

Expedientes de mujeres con cistocele etapa II o más sintomático o asintomático, de acuerdo con el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POPQ), que fueron operadas con plicatura de la fascia pubocervical y plicatura de la fascia rectovaginal (colpoperineoplastia de Kelly) dentro del período 1996-1999.

- de cualquier edad
- con defecto central y paravaginal
- con y sin incontinencia urinaria

NO INCLUSIÓN

Expedientes de mujeres con cirugía de cistocele y/o rectocele en etapa menor de II de acuerdo con el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POPQ).

- Aquellas mujeres en que la técnica quirúrgica no fue plicatura de la fascia pubocervical y plicatura de la fascia rectovaginal (colpoperineoplastia de Kelly)

EXCLUSION

Expedientes cuyos datos no permitan el llenado completo de la cédula de recolección.

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE:

Recidiva del cistocele y/o rectocele

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- 1.- Edad
- 2.- Ocupación
- 3.- Estado civil
- 4.- Peso
- 5.- Talla
- 6.- Número de gestaciones
- 7.- Número de partos
- 8.- Tipo de parto
- 9.- Peso de los hijos al nacer
- 10.- Estreñimiento crónico
- 11.- Tos crónica
- 12.- Tabaquismo
- 13.- Tipo de defecto
- 14.- Infección de la herida
- 15.- Rechazo a la sutura

VARIABLES INTERVINIENTES:

- 1.- Número de consultas subsecuentes a la cirugía
- 2.- Fecha de cirugía
- 3.- Fecha de diagnostico de recidiva
- 4.- Tiempo de recidiva

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	MANEJO ESTADISTICO
Recidiva	Reurrencia del cistocele o rectocele a etapa II o más en un periodo de 1 año	cualitativa	Si No	Porcentaje
Edad	Años cumplidos al momento de la intervención quirúrgica	cuantitativa	Números absolutos	Media Desviación estándar
Ocupación	Actividad actual a la que se dedica la paciente	cualitativa	Si No	Porcentaje
Estado Civil	Estado civil en el momento de la cirugía	cualitativa	Soltera Casada Unión libre Divorciada Separada Viuda	Porcentaje

Peso	Peso en kilogramos	cuantitativa	Números absolutos	Media Desviación Estándar
Talla	Estatura en metros	cuantitativa	Números absolutos	Media Desviación Estándar
Número de gestaciones	Número de embarazos	cuantitativa	Números absolutos	Porcentaje Media Desviación Estándar
Número de partos	Número de partos vaginales	cuantitativa	Números absolutos	Porcentaje Media Desviación Estándar
Tipo de parto	Características del parto Eutócico o distócico (utilización de fórceps, periodo expulsivo prolongado por más de 2 horas)	cualitativa	Eutócico Distócico	Porcentaje

Peso de los hijos	Peso en kilogramos de los hijos nacidos por parto vaginal	cuantitativa	Números absolutos	Porcentaje Media Desviación Estándar
Estreñimiento crónico	Obstrucción de la defecación de más de 2 años de evolución	cualitativa	Si No	Porcentaje
Tos crónica	Tos de más de 1 mes de evolución, incluyendo asmáticas y con problemas bronquiales crónicos	cualitativa	Si No	Porcentaje
Tabaquismo	Tabaquismo de más de 5 años de evolución (más de 20 cigarrillos al día)	Cualitativa	Si No	Porcentaje
Tipo de defecto	Defecto de la fascia pubocervical central, paravaginal. Defecto de la fascia rectovaginal alto o bajo	cualitativa	Si No	Porcentaje
Infección	Infección de herida quirúrgica	cualitativa	Si No	Porcentaje

Número de consultas subsecuentes a la cirugía	Asistencia a consultas subsecuentes posterior a la cirugía	cuantitativa	Números Absolutos	Porcentaje Media Desviación Estándar
Fecha de cirugía	Día, mes y año en la que se realizó la cirugía			
Fecha de diagnostico de recidiva	Día, mes, año en el que se detecta la recidiva			
Tiempo de recidiva	Tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el diagnóstico de la recidiva	cuantitativa	Días Meses Años	Porcentaje Media Desviación Estándar Media

ASPECTOS ETICOS

De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud esta investigación es considerada: Investigación sin riesgo. Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros documentos, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, e invariablemente se guardará confidencialidad de la información obtenida por parte del equipo de investigadores.

RECURSOS FINANCIEROS

RECURSOS FISICOS:

Médico

Expedientes de pacientes

TECNOLÓGICO:

Computadora

Programa estadístico SPSS

Los recursos de oficina estarán a cargo de la alumna del Adiestramiento en Investigación de Servicios de Salud.

MATERIAL:

Hojas de papel

Encuesta personal con datos generales

Encuesta personal con datos

Lápiz

FACTIBILIDAD

El servicio de Ginecológica se encuentra organizado de tal manera que cuenta con área física propia, equipo y material necesarios para un eficiente funcionamiento, personal médico y de enfermería con funciones bien definidas de acuerdo a su cargo y profesiograma.

Por otra parte el Servicio de Gineco-obstetricia cuenta con infraestructura necesaria para hacer factible el desarrollo del presente protocolo (laboratorio, rayos X, medicamentos, hospitalización, interconsulta a otras especialidades, área de hospitalización, etc.)

La paciente al ser referida a Ginecología con diagnóstico de trastorno de estática pélvica es registrada en una lista nominal del propio departamento, donde mediante el trabajo del equipo multidisciplinario posibilita el seguimiento de las mujeres que ahí son atendidas; lo que hace factible la selección de las mujeres que entraran al estudio y la oportunidad de concluir con éxito la presente investigación.

RESULTADOS

Se hizo una revisión exhaustiva de los expedientes de las pacientes operadas en el servicio de Ginecología con prolapso de órganos pélvicos en etapa II a más de enero de 1996 a enero de 1999 de los cuales 108 expedientes cumplían con los criterios de inclusión más sin embargo 46 de estos no tenían expediente con seguimiento postquirúrgico a 1 año o no había dato en el expediente que nos pudiera informar sobre la presencia o no de recidiva quedando solamente 60 casos incluidos en el estudio y, se dividieron en 3 grupos (gráfica 1):

Grupo I: 10 casos a los que se les realizó Colpoperineoplastia anterior con plicatura de la fascia pubocervical por Prolapso de la pared vaginal anterior en etapa II a más (POP IIa a más).

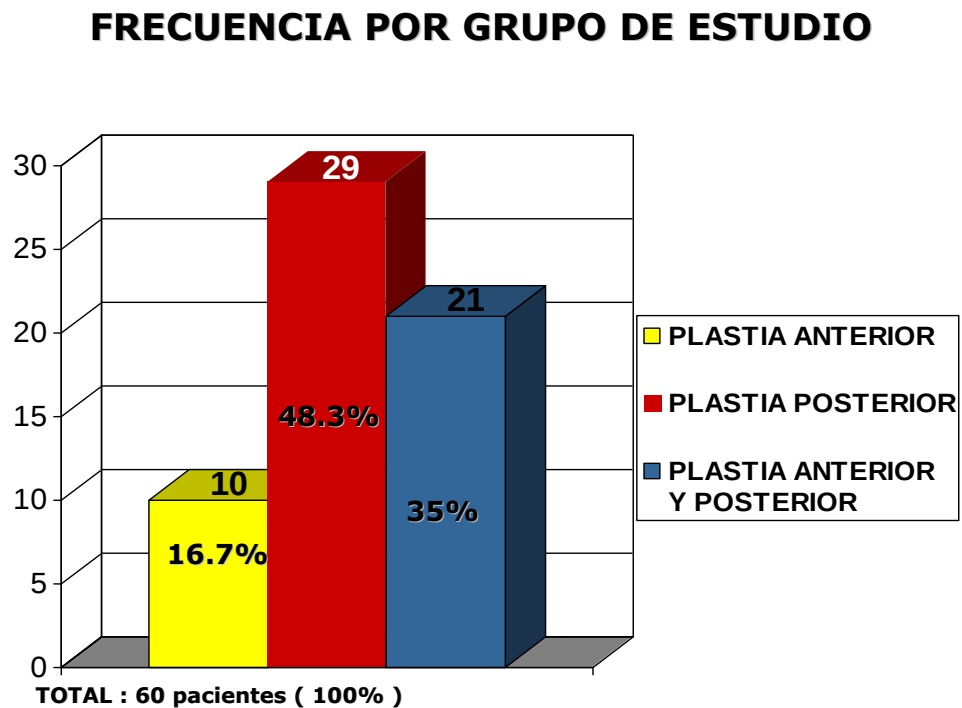
Grupo II: 29 casos a los que se les realizó Colpoperineoplastia posterior por Prolapso de la pared vaginal posterior en etapa II a más (POPQ II p a más).

Grupo III: 21 casos a los que se les realizó Colpoperineoplastia anterior y Posterior por Prolapso de la pared vaginal anterior y posterior en etapa II a más. (POPQ IIap a más)

La Media de edad en el total de los casos (n=60) fue de 49.35 $\pm$ 9.45. Se formaron los siguientes grupos de edad: 26 a 30 años: 1 caso, 31 a 35 años: 5 casos, 36 a 40 años: 6 casos, 41 a 45 años: 9 casos, 46 a 50 años: 9 casos, 51 a 55 años: 15 casos, 56 a 60 años: 7 casos, 61 a 65 años: 5 casos, 66 a 70 años:

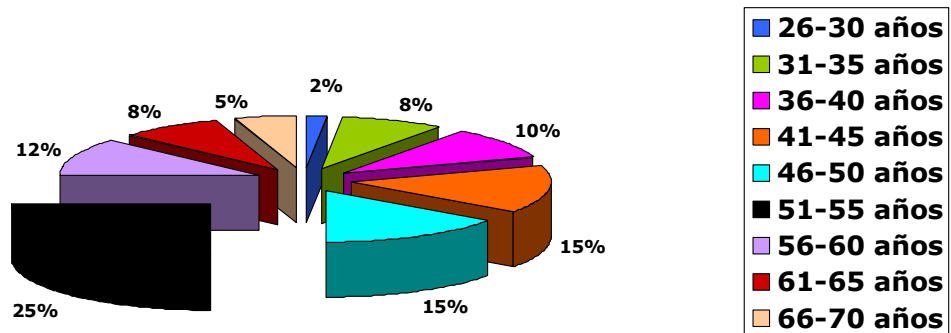
3 casos (gráfica 2). La media de gestaciones en el total de casos (n=60) fué de 5.53 ± 3.64 , La media de partos vaginales en el total de los casos (n=60) fué de 4.47 ± 2.97 , de los 60 casos solo 8 (13.3%) tenía el antecedente de parto traumático con utilización de fórceps, 4 (6.7%) de los 60 padecían de tos crónica, 6 (10%) de los 60 tenían antecedente de tabaquismo, 4 (6.7%) tenían estreñimiento crónico, en 40 (66.7%) de los 60 casos había antecedente de histerectomía o se les realizó en la cirugía actual. Como se muestra en la tabla 1

Gráfica 1.



Gráfica 2

FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD



TOTAL: 60 CASOS: 100%

GRUPO I: La Media de edad ($n=10$) fué de 53.3 ± 8.94 (tabla 1). Se formaron los siguientes grupos de edad: 36 a 40 años: 1 caso, 41 a 45 años: 1 caso , 46 a 50 años: 2 casos, 51 a 55 años: 2 casos, 56 a 60 años: 1 caso , 61 a 65 años: 2 casos, 66 a 70 años: 1 caso (gráfica 3). La media de gestaciones fué de 5.40 ± 3.34 y la media de partos vaginales fué de 4.60 ± 2.80 , predominando las grandes multigestas 2 (20 %) casos con 4 gestaciones y 2 casos (8%) con 8 gestaciones. en 2 (20 %) casos antecedente de 4 partos vaginales y en 2 (20 %) casos antecedente de hasta 7 partos vaginales. Solo en 1 (10%) caso hubo el antecedente de parto atendido con fórceps, en ningún caso hubo tos crónica ni tabaquismo, en 1 (10%) caso había estreñimiento crónico, en 6 (60%) casos había antecedente de histerectomía. Con un prolapso de órganos pélvicos preoperatorio en etapa Ila en los 10 casos (100%) (ver tabla 1).

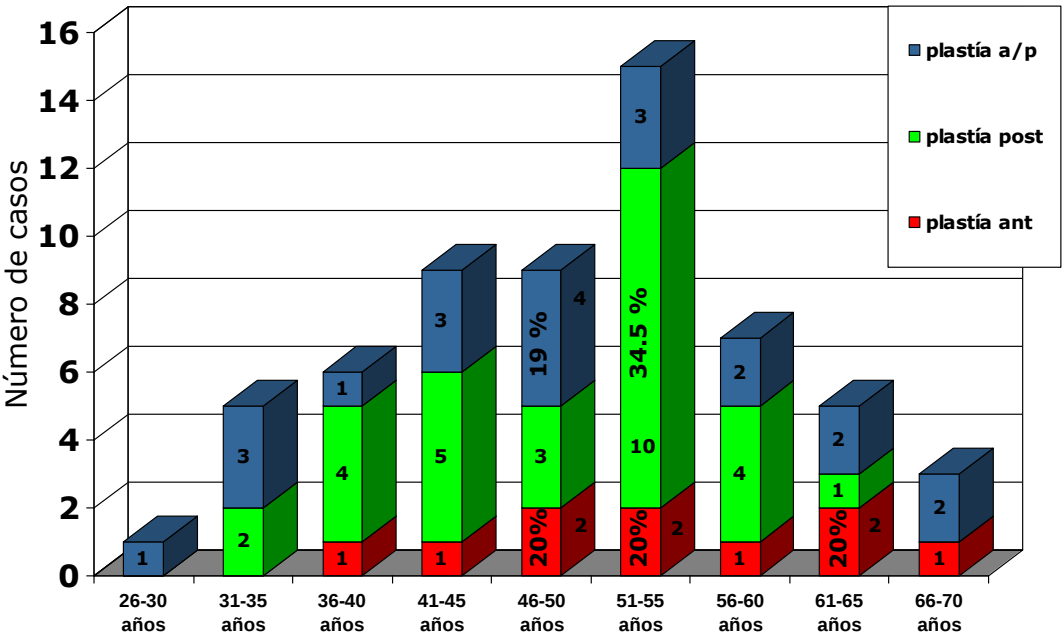
GRUPO II: La Media de edad ($n=29$) fué de 48.34 ± 7.62 (tabla 1). Se formaron los siguientes grupos de edad: 31 a 35 años: 2 casos, 36 a 40 años: 4 casos, 41 a 45 años: 5 casos , 46 a 50 años: 3 casos, 51 a 55 años: 10 casos, 56 a 60 años: 4 casos , 61 a 65 años: 1 caso (gráfica 3). La media de gestaciones fué de 5.86 ± 4.28 y la media de partos vaginales fué de 4.52 ± 4 (tabla 1), predominando las multigestas 6 (20.7 %) casos con 4 gestaciones y 5 casos (17.2%) con 5 gestaciones (gráfica 4). en 6 (20.7 %) casos antecedente de 3

partos vaginales y en 5 (17.2 %) casos antecedente de hasta 2 partos vaginales (gráfica 5). En 5 (17.2%) casos había el antecedente de parto atendido con fórceps, en 1 (3.4%) caso antecedente de tos crónica. El tabaquismo se presentó en 4 (13.8 %) casos, 3 (10.3%) casos tenían estreñimiento, en 18 (62.1%) casos había antecedente de histerectomía. Con un prolapso de órganos pélvicos preoperatorio en etapa IIp en los 26 casos (89.7%) y IIIp en 3 casos (10.3%)(ver tabla 1).

GRUPO III: La Media de edad (n=21) fué de 48.86 +-11.68 (tabla 1). Se formaron los siguientes grupos de edad: 26 a 30 años: 1 caso, 31 a 35 años: 3 casos, 36 a 40 años: 1 caso, 41 a 45 años: 3 casos , 46 a 50 años: 4 casos, 51 a 55 años: 3 casos, 56 a 60 años: 2 casos , 61 a 65 años: 2 casos, 66 a 70 años: 2 casos (gráfica 3). La media de gestaciones fué de 5.14+-2.85 y la media de partos vaginales fué de 4.33 +- 2.61 (tabla 1), predominando las multigestas en 4 (19 %) casos con 3 gestaciones, 4 (19%) casos con 4 gestaciones y 4 casos (19%) con 7 gestaciones (gráfica 4). Así como las multíparas en 6 (28.6 %) casos antecedente de 3 partos vaginales y en 4 (19 %) casos antecedente de 2 partos vaginales (gráfica 5), en 2 (9.5%) casos había el antecedente de parto atendido con fórceps, antecedente de tos crónica en 3 (14.3%) casos, tabaquismo positivo en 2 (9.5%) casos, en ningún caso hubo estreñimiento, en 16 (76.2 %) casos había antecedente de histerectomía. Con un prolapso de órganos pélvicos preoperatorio en etapa IIa / IIp en 13 casos (61.9%), IIIa / IIp en 4 casos (19%), IIIa / IIIp en 1 caso (4.8%) y IVa / IIp en 2 casos (9.5%) (ver tabla 1).

Gráfica 3.

GRUPOS DE EDAD POR GRUPO DE ESTUDIO



Gráfica 4.

NUMERO DE EMBARAZOS POR GRUPO DE ESTUDIO

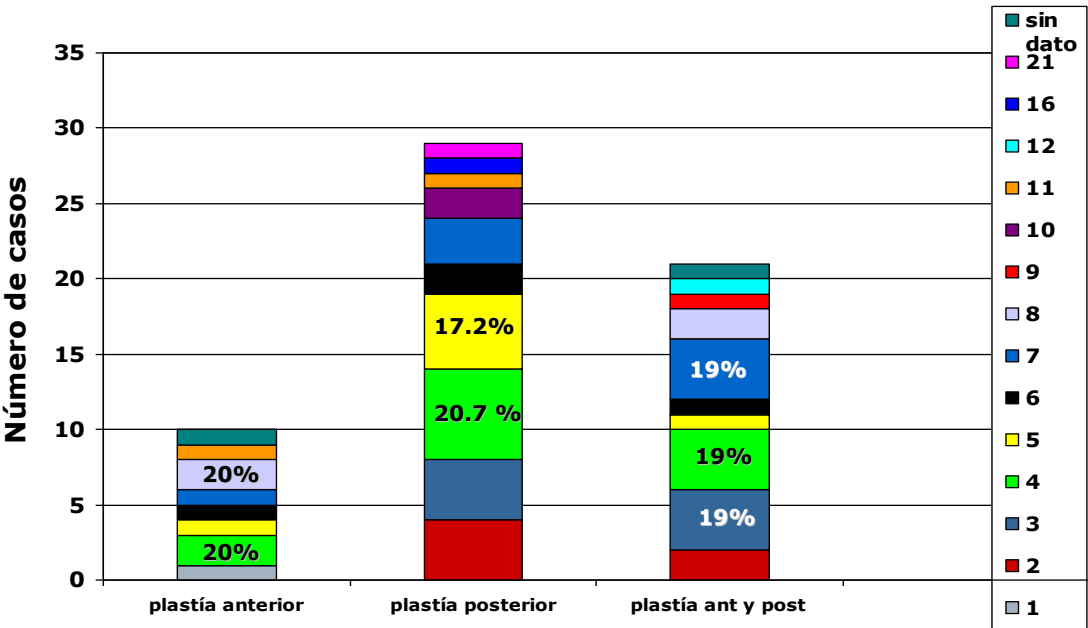
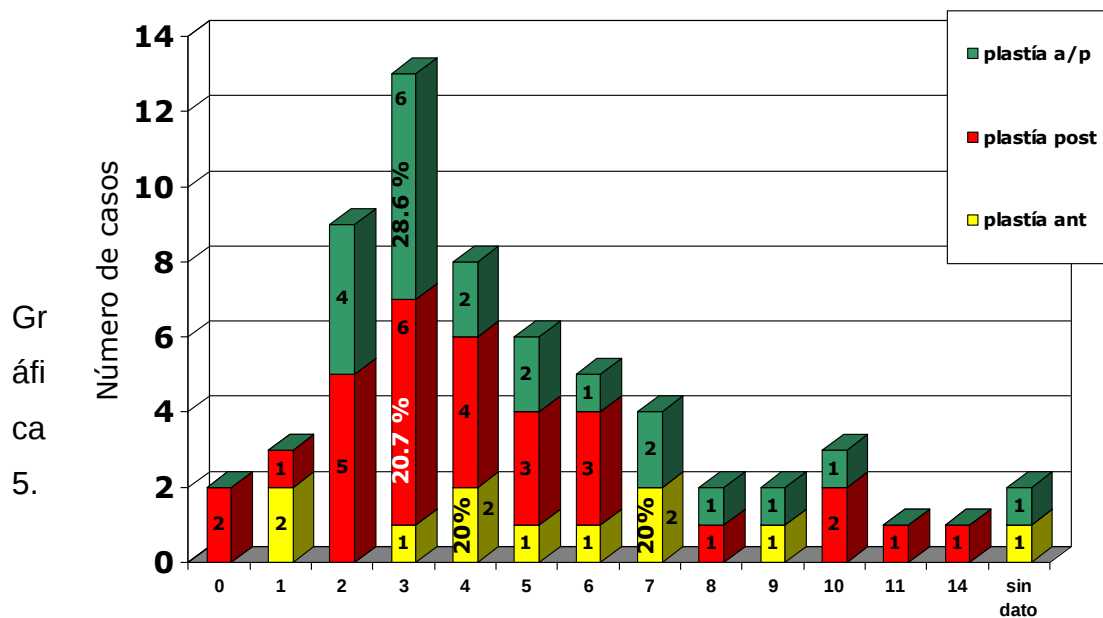


Tabla 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS DEL TOTAL DE LA 60 PACIENTES Y POR GRUPO DE ESTUDIO

NUMERO DE PARTOS POR GRUPO DE ESTUDIO



Características	Total (n= 60)	Grupo I (n=10)	Grupo II (n=29)	Grupo III (n= 21)
Edad (años)	49.35+- 9.45	53.3+-8.94	48.34+- 7.62	48.86+-11.68
Grupo de edad no.(%)				
26 a 30 años	1			1 (4.8%)
31 a 35 años	5		2 (6.9%)	3 (14.3%)
36 a 40 años	6	1 (10%)	4 (13.8%)	1 (4.8%)
41 a 45 años	9	1 (10%)	5 (17.2%)	3 (14.3%)
46 a 50 años	9	2 (20%)	3 (10.3%)	4 (19%)
51 a 55 años	15	2 (20%)	10 (34.5%)	3 (14.3%)
56 a 60 años	7	1 (10%)	4 (13.8%)	2 (9.5%)
61 a 65 años	5	2 (20%)	1 (3.4%)	2 (9.5%)
66 a 70 años	3	1 (10%)	0 (0%)	2 (9.5%)
Gestas	5.53+-3.64	5.40+-3.34	5.86+- 4.28	5.14+-2.85
Paras	4.47+-2.97	4.60+-2.80	4.52+-4	4.33+-2.61
Antec de Fórceps	8 (13.3%)	1 (10%)	5 (17.2%)	2 (9.5%)
Tos crónica	4 (6.7%)	0 (0%)	1 (3.4%)	3 (14.3%)
Tabaquismo	6 (10%)	0 (0%)	4 (13.8%)	2 (9.5%)
Estreñimiento	4 (6.7%)	1 (10%)	3 (10.3%)	0 (0%)
Antec de Histerectomía	40 (66.7%)	6 (60%)	18 (62.1%)	16 (76.2%)
POPQ preoperatorio				
Lla	10	10 (100%)	----	----
Llp	26	----	26 (89.7%)	----
Lllp	3	----	3 (10.3%)	----
Ila / llp	13	----	----	13 (61.9%)
IIla / lip	4	----	----	4 (19%)
IIIa / IIIp	1	----	----	1 (4.8%)
IVa / llp	2	----	----	2 (9.5%)
IVa / IIIp	1	----	----	1 (4.8%)

Se realizó al grupo I (n=10) Colpoperineoplastía anterior con plicatura de la fascia pubocervical , al grupo II (n=29) Colpoperineoplastía posterior y al

grupo III (n=21) Colpoperineoplastia anterior y posterior encontrando que solo 2 casos (3.33%) hubo infección de la colpoperineoplastia (1 del grupo I y 1 del grupo III), no hubo ningún caso de rechazo a la sutura.

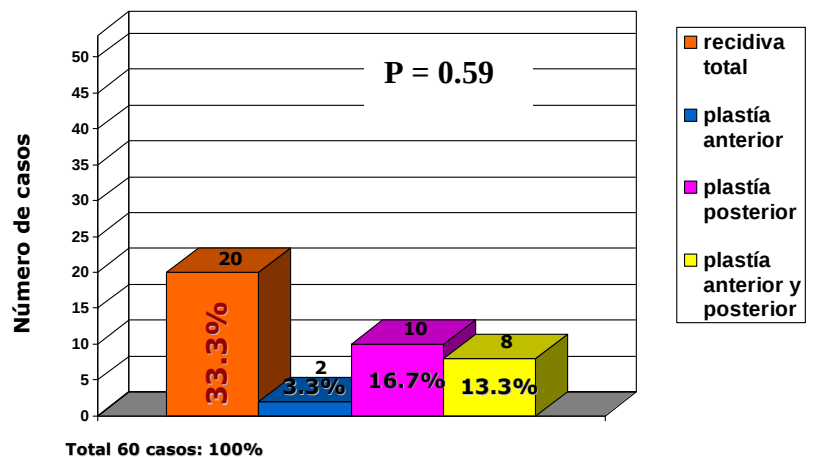
En cuanto a la recidiva.

Se presentó una recidiva en general (n=60) del 33.3% (20 casos) (de la cual el grupo I constituyó el 3.3%, el grupo II el 16.7% y el grupo III el 13.3% (gráfica 6)

Dentro del grupo I el porcentaje de recidiva fue del 20% (2 de 10 casos) , en el grupo II fue del 34.5 % (10 de 29 casos) y en el grupo III del 38.1 % (8 de 21 casos) (gráfica 7) . El tiempo en que se presentó la recidiva fue en el grupo I a los 8 meses (1 ; 50%) y 21 meses (1 ; 50%) . En el grupo II a los 6 meses (3 ; 30%), 7 meses (2;20%), 8 meses (1; 10%), 11 meses (1; 10), 12 meses (2; 20%) y 13 meses(1; 10%). En el grupo III al mes (1; 12.5%), a los 4 meses (2; 25%), a los 5 meses (1; 12.5 %), a los 6 meses (1;12.5%), a los 7 meses (1; 12.5%), a los 12 meses (1;12.5 %) y a los 13 meses (1; 12.5) (gráfica 8 y 9)

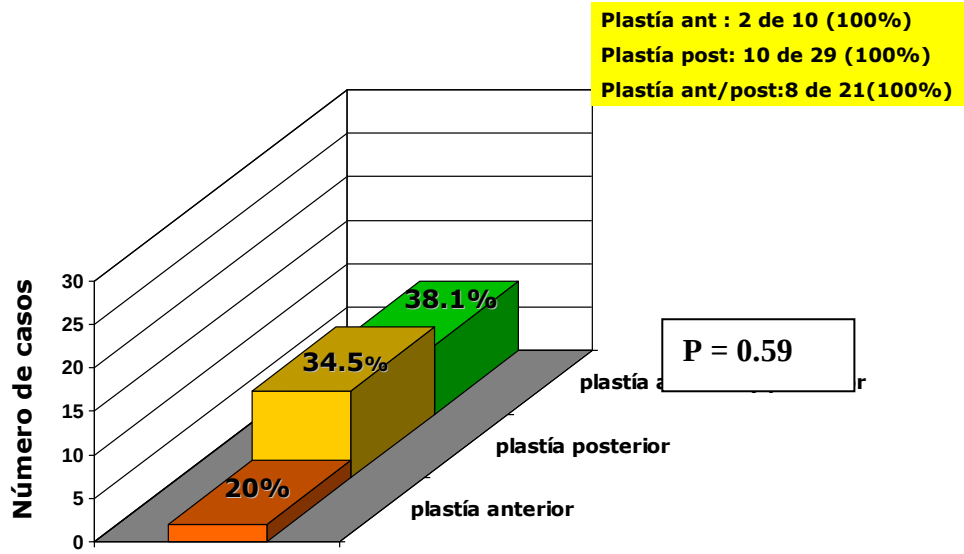
Gráfica 6.

FRECUENCIA DE RECIDIVA DEL TOTAL DE LAS PACIENTE INCLUIDAS EN EL ESTUDIO



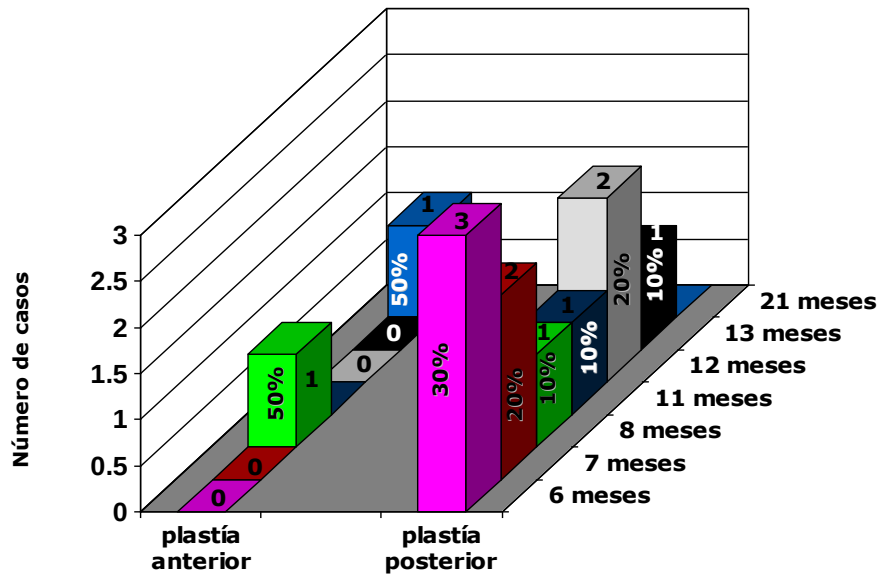
Gráfica 7

FRECUENCIA DE RECIDIVA POR GRUPO DE ESTUDIO



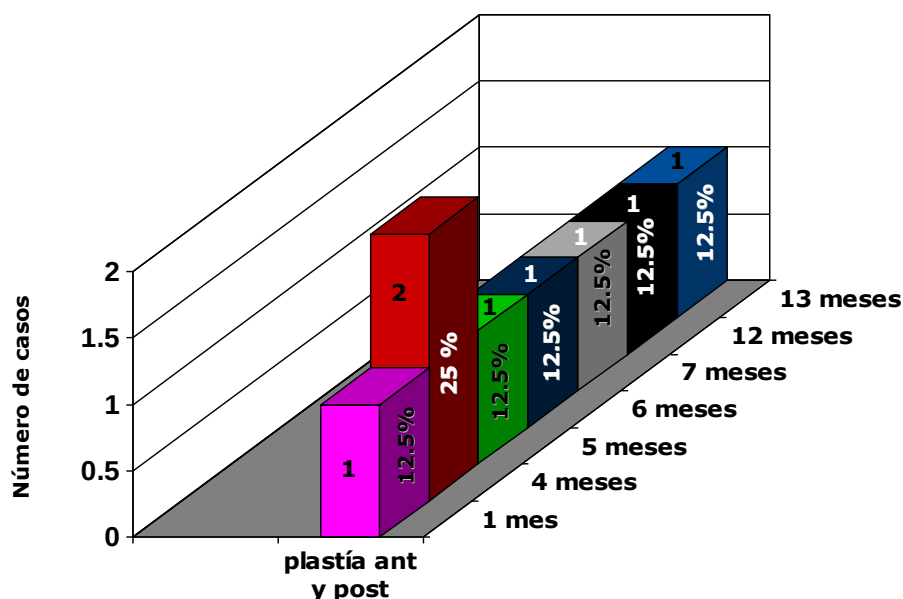
Gráfica 8

TIEMPO DE RECIDIVA POR GRUPO DE ESTUDIO



Gráfica 9.

TIEMPO DE RECIDIVA POR GRUPO DE ESTUDIO

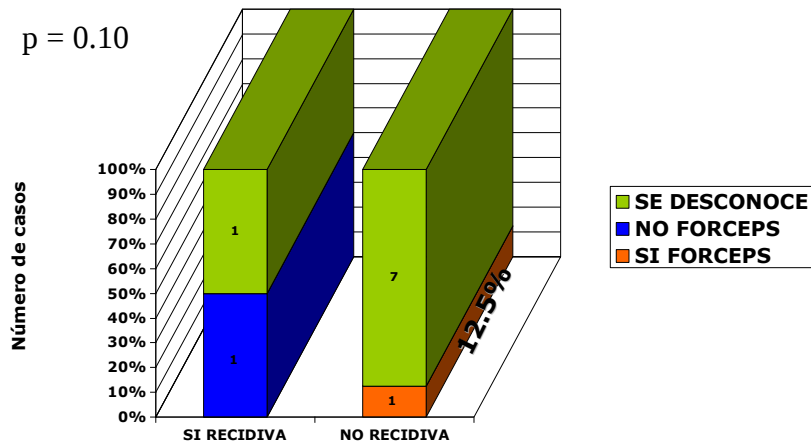


La recidiva se presentó en los 3 grupos asociada a diversos factores de riesgo de la siguiente manera:

En el GRUPO I de los 2 casos que recidivaron estos se encontraban en la etapa pre y postmenopáusica; 1 (50%) caso en el grupo de edad de 41 a 45 años y 1 (50%) caso en el grupo de 51 a 55 años (gráfica 15). En cuanto a la ocupación 1 (50%) cocinera y 1 (50%) ama de casa (gráfica 16). En cuanto al número de gestaciones 1 (50%) caso se presentó en una gesta 6 y 1 (50%) caso en una gesta 8 (gráfica 17). En cuanto a la paridad 1 (50%) caso se presentó en 6 paras y 1 caso (50%) en 7 paras (gráfica 18). Ninguno de los 2 casos que recidivaron tenían antecedente de atención de parto con fórceps (0%) sin embargo en el grupo de no recidiva había 1 casos con antecedente de fórceps (12.5 %)(Gráfica 10).

Gráfica 10.

FRECUENCIA DE FORCEPS EN LA RECIDIVA Y NO DE RECIDIVA DEL GRUPO DE PLASTIA ANTERIOR

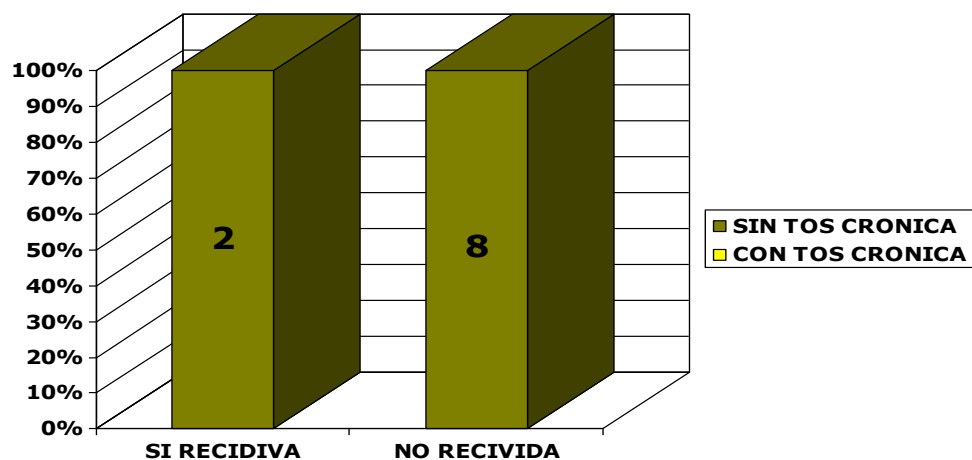


De la misma forma de los 2 casos que recidivaron ninguno tenía antecedente de TOS CRÓNICA (0 %) al igual que en el grupo que no recidivó (gráfica 11). En el grupo que recidivó

ninguno tenía antecedente de tabaquismo (0%) (grafica 12) al igual que el grupo que no recidivó. No hubo antecedente de estreñimiento (0 %) en el grupo de recidiva y si 1 caso en el de no recidiva (12.5 %)(Gráfica 13).

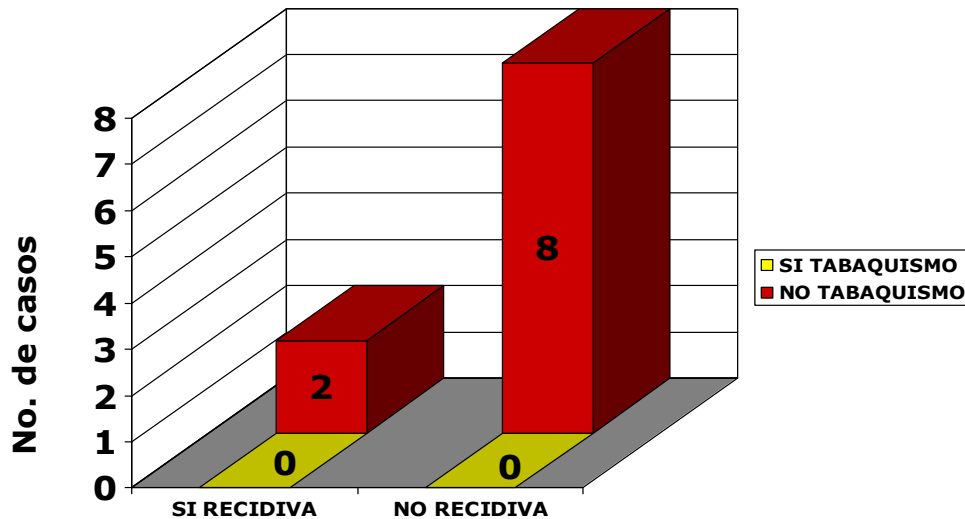
Gráfica 11.

FRECUENCIA DE TOS CRONICA EN LA RECIDIVA Y NO DE RECIDIVA DEL GRUPO DE PLASTIA ANTERIOR



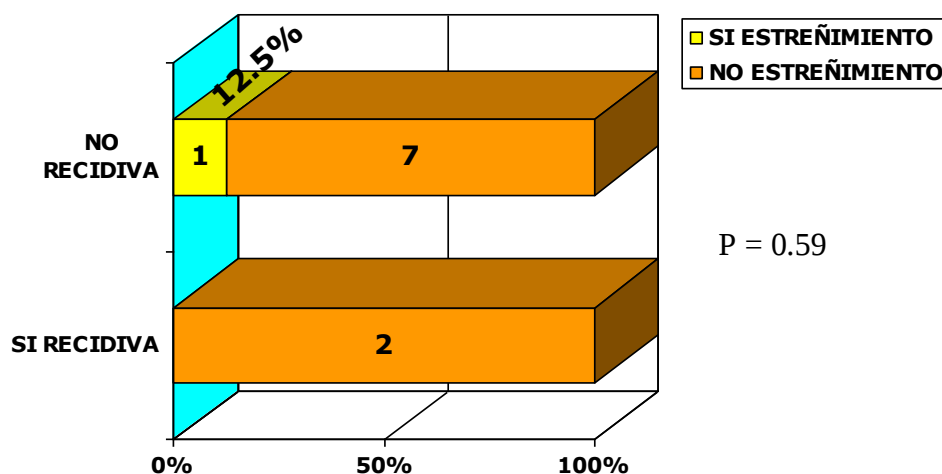
Gráfica 12.

FRECUENCIA DE TABAQUISMO EN LA RECIDIVA Y NO DE RECIDIVA DEL GRUPO DE PLASTIA ANTERIOR



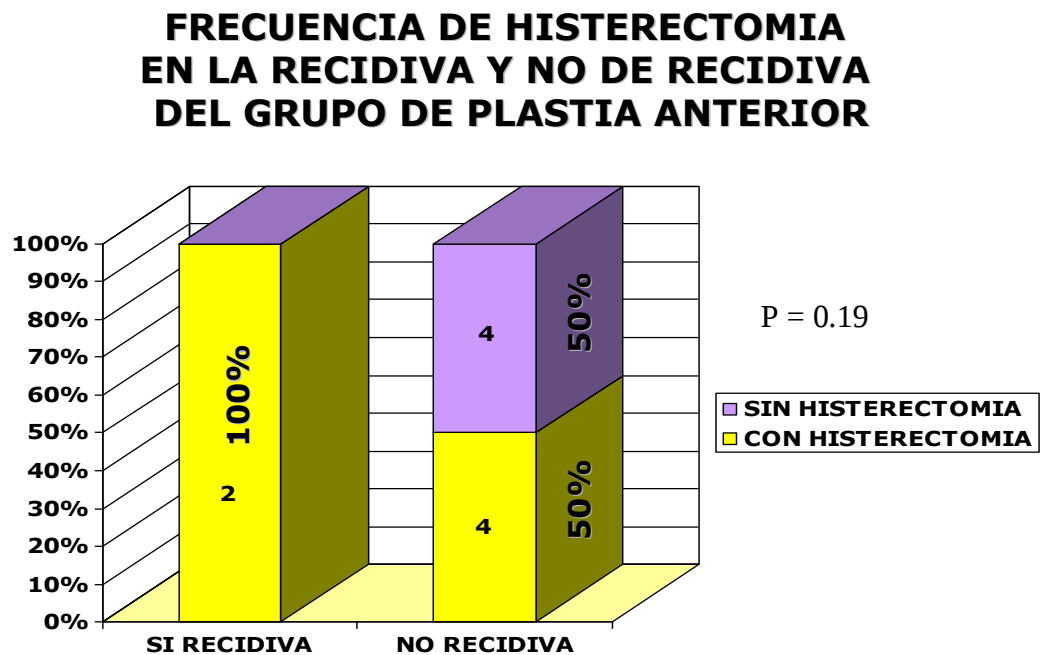
Gráfica 13.

FRECUENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN LA RECIDIVA Y NO DE RECIDIVA DEL GRUPO DE PLASTIA ANTERIOR

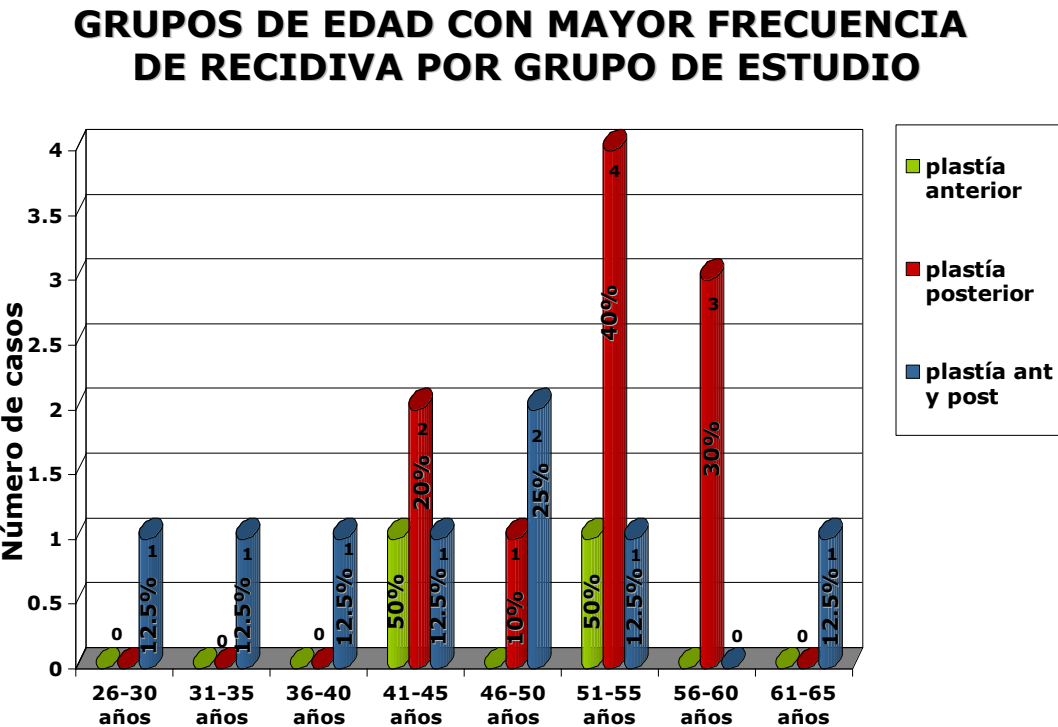


De los 2 casos que recidivaron en el grupo I, los 2 (100%) contaban con histerectomía en comparación con el 50% del grupo que no recidivó (Gráfica 14) . En cuanto a la etapa del POPQ (prolapso de órganos pélvico) los 2 casos que recidivaron contaban con una etapa IIa preoperatorio de los cuales 1 caso recidivó a los 8 meses a la misma etapa preoperatorio (IIa) y el otro a los 21 meses a una etapa mayor (IIIa) que la preoperatoria. El tipo de defecto en la pared vaginal anterior en los 2 casos que recidivaron no fué documentado.

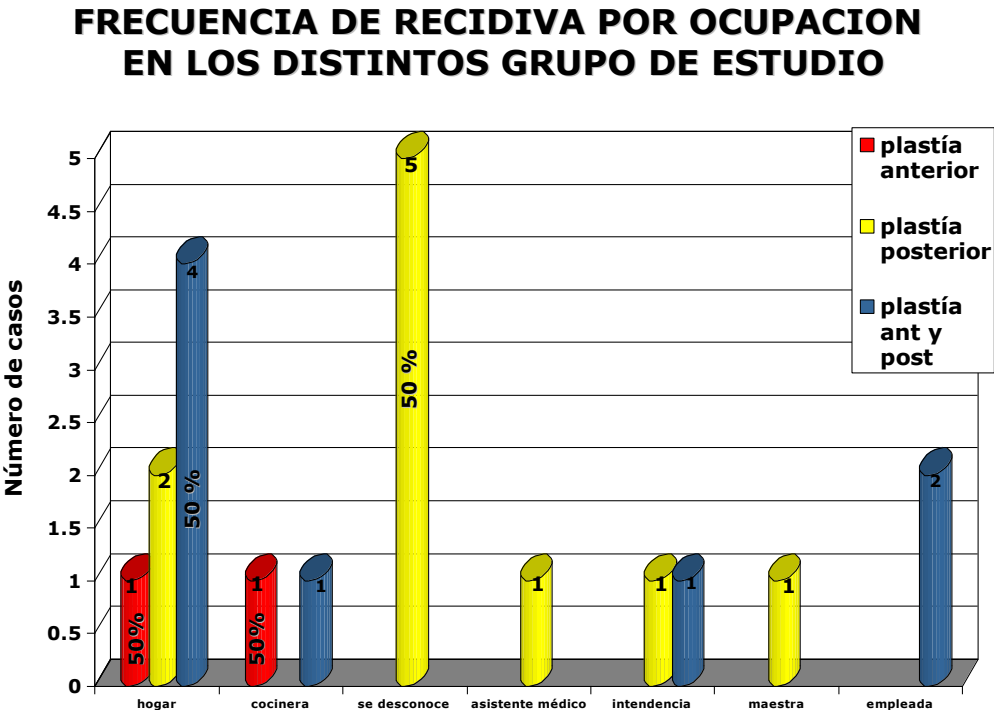
Gráfica 14.



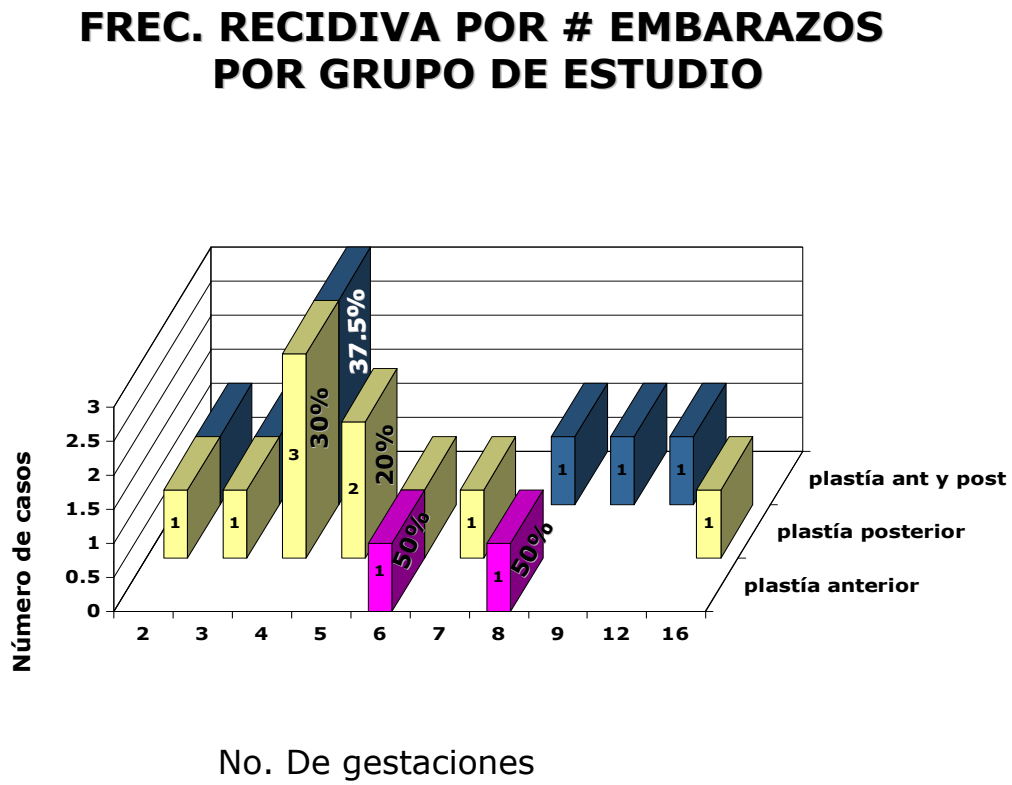
Gráfica 15.



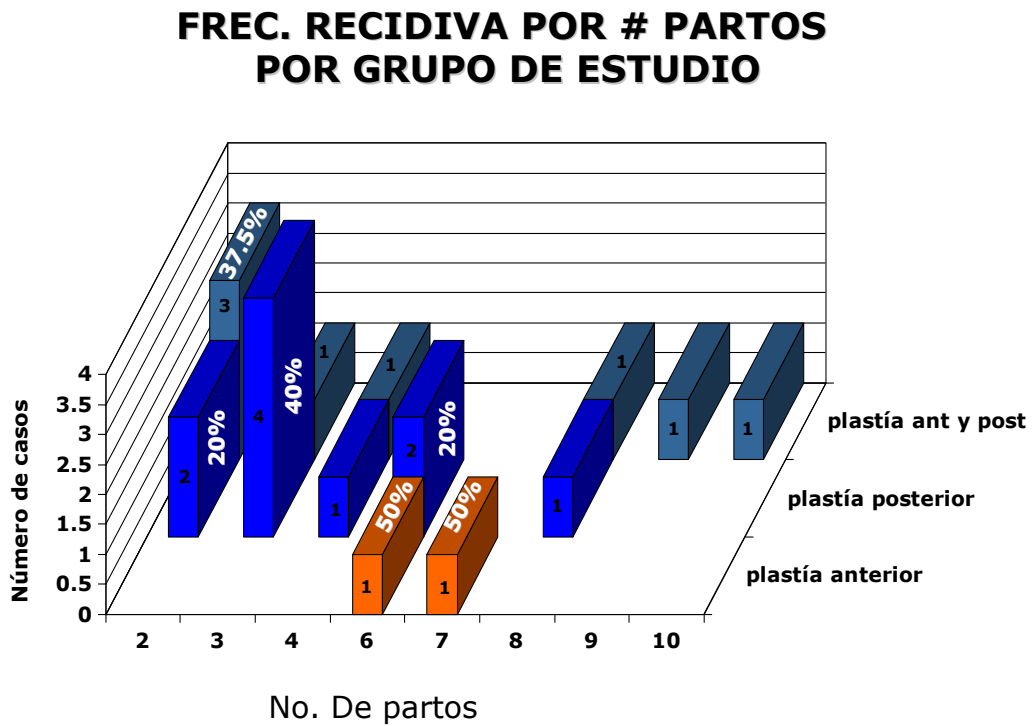
Gráfica 16.



Gráfica 17.

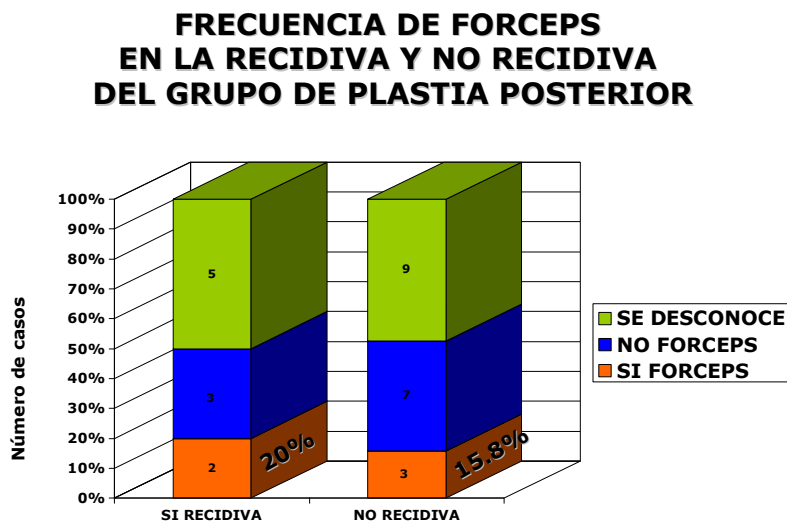


Gráfica 18.



En el GRUPO II de los 10 casos que recidivaron estos se encontraban en mayor porcentaje en la etapa postmenopáusica; 4 (40%) casos en el grupo de edad de 51 a 55 años y 3 (30%) casos en el grupo de edad de 56 a 60 años, (gráfica 15). En cuanto a la ocupación en el 50% se desconoce, 2 (20%) amas de casa, 1 (10%) asistente médico, 1 (10%) intendente y 1 (10%) maestra (gráfica 16). En cuanto al número de gestaciones predominaron las multigestas 3 (30%) casos con gesta 4 y 2 (20%) casos con gesta 5 el resto 1 gesta 2, 1 gesta 3, 1 gesta 6, 1 gesta 7 y 1 gesta 16 (gráfica 17). En cuanto a la paridad predominaron también las múltiparas ; 4 (40%) casos con 3 partos , 2 (20%) con 6 partos previos, 2 (20 %) con 2 partos previos y el resto 1 para 4 y 1 para 8 (gráfica 18). Solo 2 (20%) de los 10 casos de recidiva tenían antecedente de atención de parto con fórceps en comparación con 3 (15.8%) del grupo que no recidivó (Gráfica 19).

Gráfica 19.



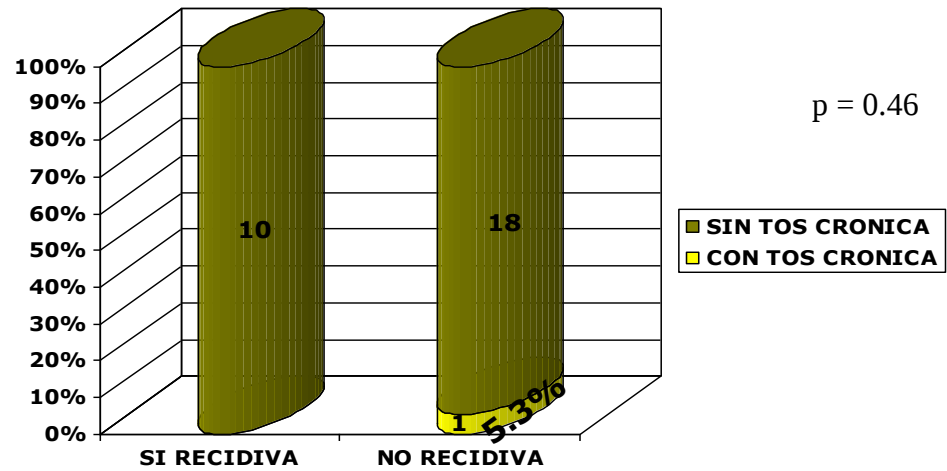
P = 0.92

De los 10 casos que recidivaron ninguno tenía antecedente de TOS CRÓNICA (0 %) en comparación con 1 (5.3 %) caso del grupo de no recidiva (gráfica 20). En el grupo de recidiva 2 (20%) casos tenían antecedente de

tabaquismo y en el grupo de no recidiva 2 (10.5 %) casos lo tenían (Gráfica 21) El antecedente de estreñimiento en el grupo de no recidiva fue en 3 (30%) casos en comparación con 0% en el grupo de no recidiva (Gráfica22).

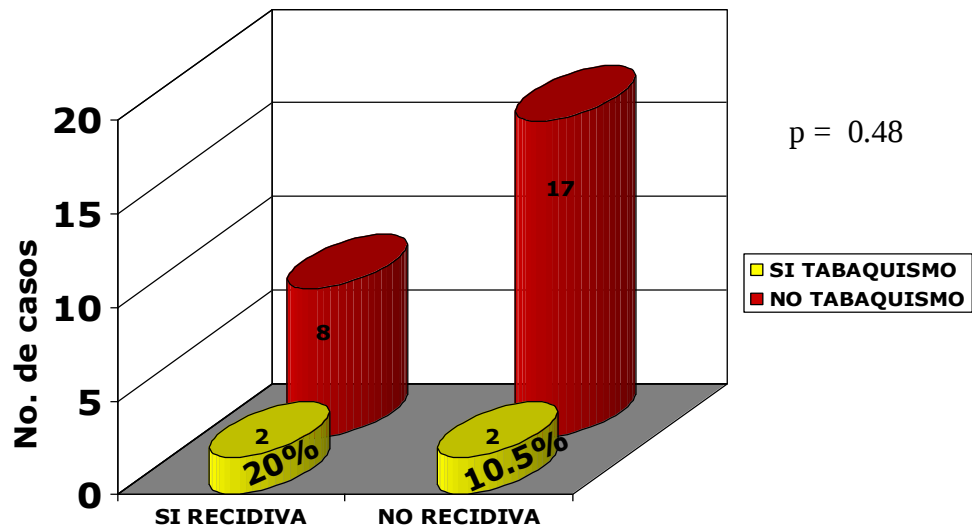
Gráfica 20

**FRECUENCIA DE TOS CRONICA
EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA
DEL GRUPO DE PLASTIA POSTERIOR**



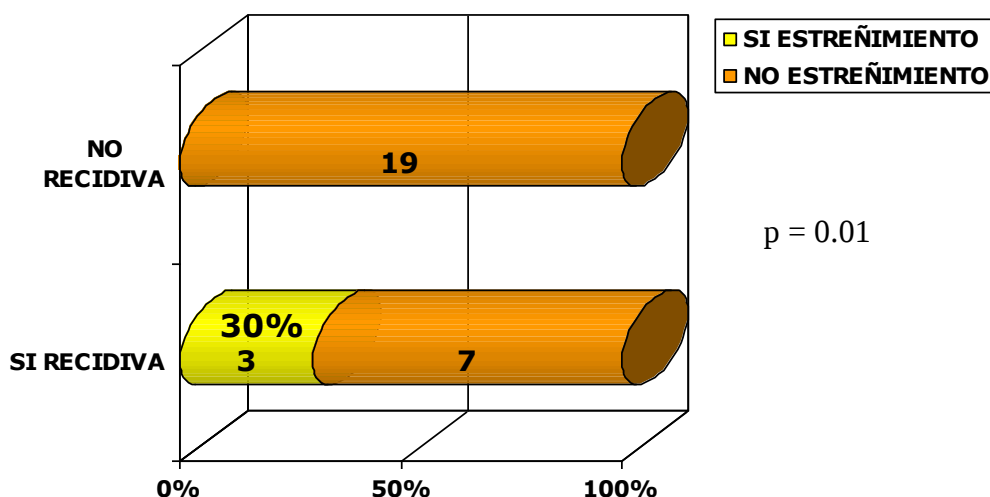
Gráfica 21.

**FRECUENCIA DE TABAQUISMO
EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA
DEL GRUPO DE PLASTIA POSTERIOR**



Gráfica 22.

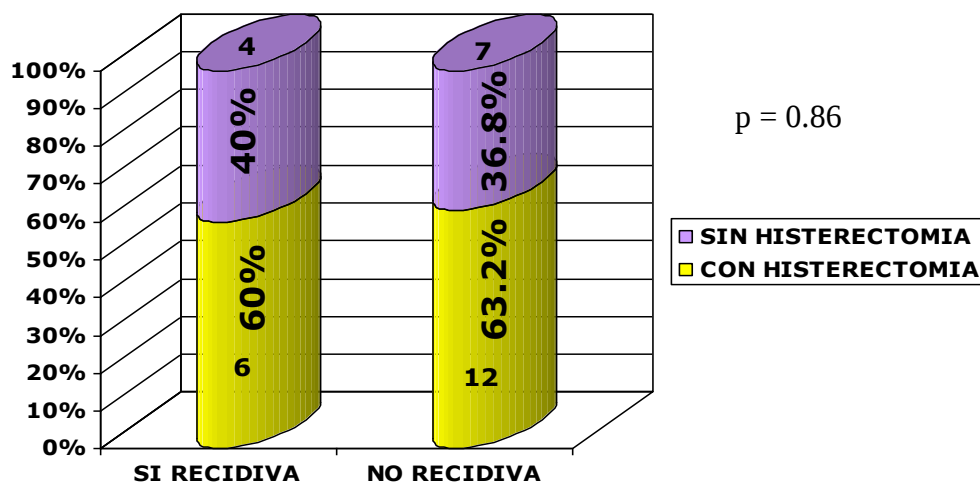
FRECUENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GRUPO DE PLASTIA POSTERIOR



De los 10 casos que recidivaron en el grupo II, 6 (60%) contaban con histerectomía (Gráfica 23). En cuanto a la etapa del POPQ (prolapso de órganos pélvico) los 10 casos que recidivaron 9 contaban con un POPQ preoperatorio en etapa IIp de los cuales 8 regresaron a la misma etapa en un tiempo de 6 a 13 meses y 1 avanzó a una etapa IIIp . 1 caso contaba con un POPQ preoperatorio en etapa IIIp el cual recidivó en 12 meses a una etapa IIp, encontrando que en la mayoría de los casos la recidiva fué a un estadio menor del prequirúrgico. El tipo de defecto en la pared vaginal posterior solo se documento en 3 casos (1 rectocele bajo y 2 rectoceles altos) los 7 restantes no lo tenían documentado.

Gráfica 23.

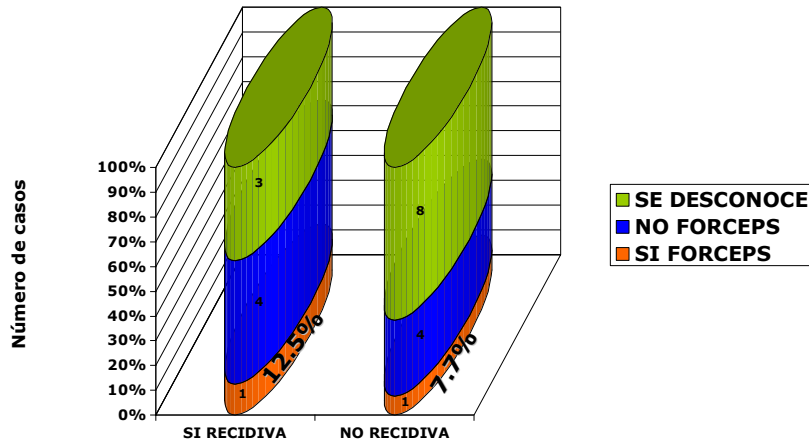
FRECUENCIA DE HISTERECTOMIA EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GRUPO DE PLASTIA POSTERIOR



En el GRUPO III de los 8 casos que recidivaron estos se encontraban distribuidos casi por igual en todos los grupos de edad predominando con 2 (25%) casos el grupo de edad de 46 a 50 años (gráfica 15). En cuanto a la ocupación 4 (50%) eran amas de casa, 1 (12.5%) cocinera, 2 (12.5%) empleadas y 1 (12.5) intendente (gráfica 16). En cuanto al número de gestaciones 3 (37.5%) casos eran gesta 4, el resto distribuido 1 caso era gesta 2, 1 caso era gesta 3, 1 caso era gesta , 1 caso gesta 9 y 1 caso gesta 12 (gráfica 17). En cuanto a la paridad el que más predominó fue la para 2 en 3 (37.5%) casos el resto distribuido de la siguiente manera 1 caso era para 3, 1 caso era para 4, 1 caso era para 8 , 1 para 9 y otro para 10 (gráfica 18). Solo en 1 (12.5%) caso de las 8 que recidivaron existía el antecedente de atención de parto con fórceps al igual que en las que no recidivaron 1 (7.7%) (Gráfica 24).

Gráfica 24.

**FRECUENCIA DE FORCEPS
EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GRUPO
PLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR**

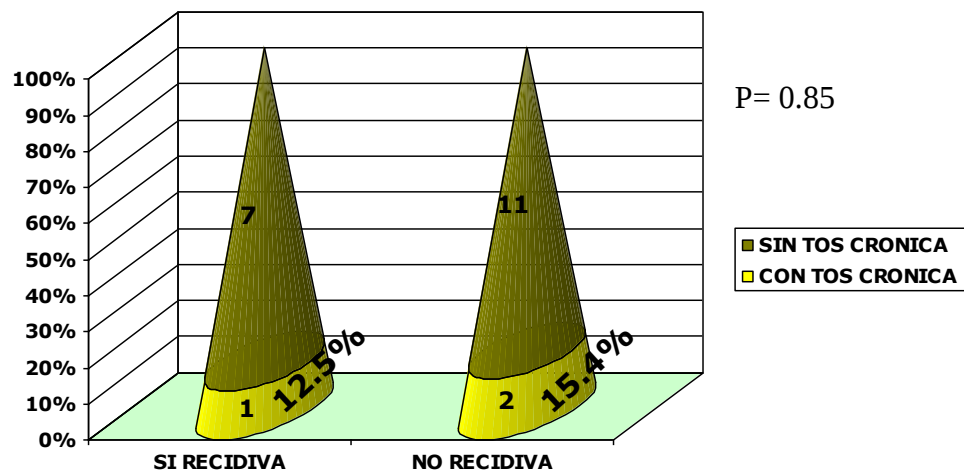


De los 8 casos que recidivaron solo 1 (12.5%) padecía de tos crónica y 2 (15.4%) en el grupo de las que no recidivaron (gráfica 25) .En los casos de

$p=0.56$
ninguno tenía antecedente de tabaquismo (0%) en comparación con el grupo de no recidiva en el que 2 (15.4%) casos tenían este antecedente (grafica 26) y ninguno en el grupo de no recidiva tenía antecedente de estreñimiento (0 %) al igual que en el grupo de no recidiva (0 %) (Gráfica 27).

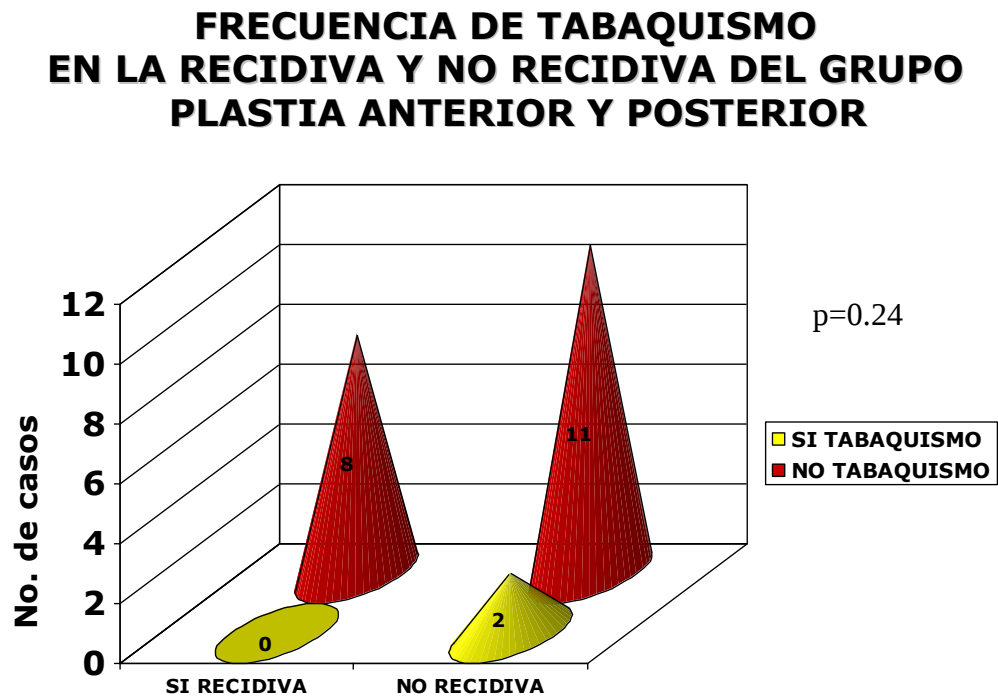
Gráfica 25.

**FRECUENCIA DE TOS CRONICA
EN LA RECIDIVA Y NO RECIDIVA DEL GRUPO
PLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR**

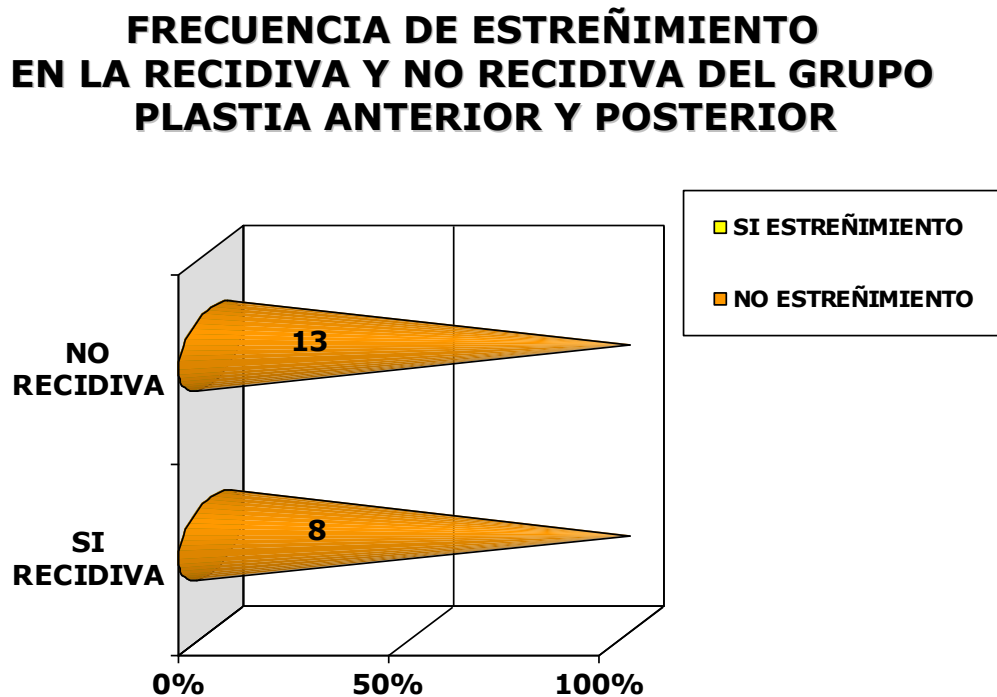


$P=0.85$

Gráfica 26.

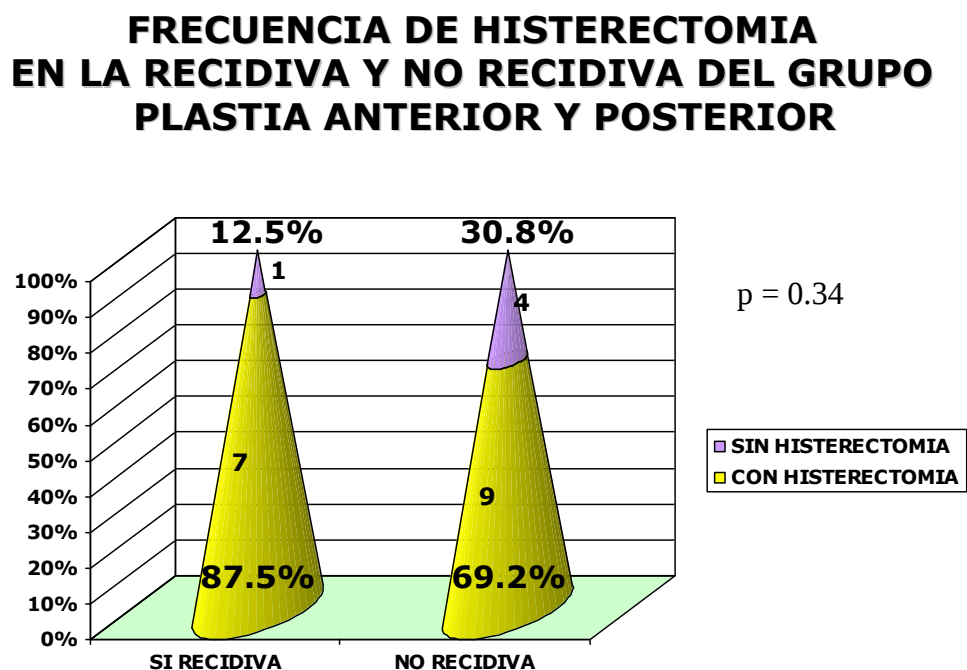


Gráfica 27.



De los 8 casos que recidivaron en el grupo III, 7 (87.5%) contaban con histerectomía y 1 (12.5 %) casos en el grupo de no recidiva (Gráfica 28). En cuanto a la etapa del POPQ (prolapso de órganos pélvico) los 8 casos que recidivaron 4 contaban con un POPQ preoperatorio en etapa IIa / IIp de los cuales en 2 casos solo recidivó la pared posterior a IIp , en 1 caso solo recidivó la pared anterior a IIa y en 1 casos recidivaron ambas paredes al mismo estadio preoperatorio (IIa / IIp). 3 contaban con un POPQ preoperatorio en etapa IIIa / IIp de los cuales 1 caso recidivó a etapa IIa / IIIp , 1 caso a etapa IIa y 1 caso a etapa IIa / IIp y 1 caso que contaba con un POPQ preoperatorio en etapa IIIa / IIIp del cual solo recidivó la pared anterior a etapa IIa. No encontrando diferencia importante entre la recidiva de la pared anterior y posterior. El tipo de defecto en la pared vaginal en los 8 casos que e recidivaron no estaba documentado.

Grafica 28.



DISCUSION

Habiendo realizado la revisión de los casos de colpoperineoplastías realizadas por el servicio de ginecología de esta unidad se encontraron 108 casos que cumplieron los criterios de inclusión más sin embargo 48 de estos acudieron a control postoperatorio por un corto tiempo (menos de 1 año) que no permitió valorar la presencia o no de recidiva , ya que en el tiempo que abandonaron el control postoperatorio aún no se daba la recidiva, lo que disminuyó considerablemente el grupo ya que los 48 casos representaron el 44% del total de los casos esto en definitiva nos altera los resultados que a continuación se presentan.

De los 108 casos de un inicio quedamos solo con 60 casos formando 3 grupos de estudio: grupo I (colpoperineoplastía anterior con un total de 10 casos), grupo II (colpoperineoplastía con un total de 29 casos), grupo III (colpoperineoplastía anterior y posterior con un total de 21 casos). Las características sociodemográficas y clínicas de los 3 grupos eran similares. Entre los 3 grupos la edad media fué de 53.3 ± 8.94 (grupo I), 48.34 ± 6.2 (grupo II), 48.86 ± 11.68 (grupo III) y el grupo de edad que más predominó en los 3 grupos fué similar en etapa peri y postmenopáusica (grupo 46 a 50 años: con un 20% en el grupo I y 19% en el grupo III, grupo de 51a 55 años con un 20% en el grupo II y con un 34.5 % en el grupo II) la media de gestaciones fue también similar (grupo I : 5.40 ± 3.34 , grupo II: 5.86 ± 4.28 , grupo III: 5.14 ± 2.85) no habiendo una diferencia significativa ($p = 0.44$) así como la paridad que fue de 4.60 ± 2.80 en el grupo I, 4.52 ± 4 en el grupo II, 4.33 ± 2.61 en el grupo III, también sin diferencia significativa ($p = 0.73$). En los 3 grupos el antecedente de fórceps en partos previos fué bajo (grupo I: 10%), grupo II: 17.2%, grupo III: 9.5%)($P = 0.42$), la frecuencia de tos crónica fué también bajo ; 0% en grupo I, 3.4% en grupo II y 14.3% en el grupo III sin una diferencia significativa ($p = 0.20$). El tabaquismo se presentó en 0% del grupo I, 13.8% del grupo II y 9.5% del grupo III ($p = 0.45$). El estreñimiento se presentó en 10% del grupo I, 10.3 % del grupo II, 0% del grupo III ($p = 0.31$). El antecedente de histerectomía en el grupo I fue del 60%, grupo II del 62.1%, grupo III 76.2%). El mayor porcentaje de estadio del prolapso de

órganos pélvicos en los 3 grupos fue en el estadio II (grupo I: 100% ; grupo 2: 89.7%, grupo III: 61.9 %).

La recidiva general de los 60 casos fue del 33.3% (20 casos) dentro de la cual la colpoperineoplastia anterior (grupo I) ocupó el 3.3% con 2 casos, la colpoperineoplastia posterior (grupo II) el 16.7 % con 10 casos y la colpoperineoplastia anterior y posterior el 13.3% con 8 casos. Considerando la recidiva por grupo de estudio el grupo I tuvo una recidiva del 20% (acorde a lo reportado por la bibliografía^{7,12}) a un estadio igual al preoperatorio en el 100% de los casos, pero tuvimos una mayor prevalencia de recidiva en el grupo II que fue del 34.5% (mayor a reportado por la bibliografía^{2,10}) al mismo estadio de prolapso preoperatorio en un 90% y aún mayor en el grupo de plastia mixta (grupo III) con un 38.1% en donde la recidiva más frecuente fue en un solo compartimiento en un 62.5 % (igual la proporción de pared anterior y posterior). El tiempo de presentación de la recidiva fué en el grupo I a los 6 meses (50%) y 21 meses (50%), en el grupo II en mayor proporción a los 6 meses (30 %) y 12 meses (20 %), en el grupo III a los 4 meses (25%) Los grupos de edad que más recidivaron fueron los comprendidos en la etapa peri y postmenopáusica (grupo I : 41 a 45 años en 50% y 51 a 55 años en 50% , grupo II: 51 a 55 años en 40%, 56 a 60 años en 30%, grupo III: 46 a 50 años en 25 %). Sin una diferencia significativa ($p = 0.33$) . No se observó relación de la recidiva con trabajo que amerite de grande esfuerzo, ya que en el mayor porcentaje la recidiva se asoció a actividades laborales domésticas y sedentarias. Pudimos observar que la recidiva se presentó con mayor frecuencia en multigestas (16 (80%) de 20 casos en más de 4 gestas así como multíparas (50% con más de 4 partos vaginales). En cuanto a la relación de la recidiva con el antecedente de fórceps en partos previos, no encontramos relación entre estos solo el 15% de los casos que recidivaron tenían el antecedente de parto atendido con fórceps y el 75% no lo tenía. De la misma manera no hubo relación entre la recidiva y la tos crónica (solo el 5% de los 20 casos que recidivaron eran portadores de tos crónica en comparación con el 15% en los que no recidivaron). Tampoco hubo relación entre la recidiva y el tabaquismo (solo el 10% de los 20 casos que recidivaron lo presentaban en comparación con el 20% de los que no recidivaron) Igualmente no hubo relación entre la recidiva y el estreñimiento (donde solo el 15% de los 20

casos que recidivaron lo presentaban por el contrario de los que no recidivaron el 20% padecía estreñimiento). No siendo igual para la histerectomía en donde se observó un porcentaje del 75% en los 20 casos que recidivaron en comparación con un 62.5% en los que no recidivaron)

CONCLUSION

De lo anterior podemos concluir que en nuestro estudio la prevalencia de recidiva fue del 33.3 % en general. En la colpoperineoplastía anterior del 20%, en la colpoperineoplastía posterior del 34.5 % y en la colpoperineoplastía anterior y posterior del 38.1%. Cifras que pudieran ser distintas si no contáramos con una gran deserción de pacientes de las cuales no podemos obtener resultados. En cuanto a los factores relacionados a la recidiva encontramos la edad en etapa peri y postmenopáusica, la multiparidad y el antecedente de histerectomía que como ya es conocido es un factor de riesgo de prolapso de órganos pélvicos, No encontramos relación de la recidiva con el antecedente de partos atendidos con fórceps, tabaquismo, tos crónica, estreñimiento ni la ocupación. En cuanto a los pesos de los hijos nacidos por parto lamentablemente es el dato que menos se encontró en el expediente (en 34 casos (56.6 %) no se refería , y en otro número considerable de casos solo se refería el peso de 1 de 3 a 4 hijos). En cuanto a la infección de la herida como causa de la recidiva esta solo se presentó en 1 (5%) caso de los 20 que recidivaron y 1 caso en el grupo de los que no recidivaron por lo tanto no es relevante . En ningún caso de los 60 se reportó rechazo a la sutura.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No. Folio_____

- 1.- Nombre de la paciente_____
- 2.- Número de Afiliación_____
- 3.- Edad_____años 4.- Peso_____Kg 5.- Talla_____mts
- 6.- Ocupación _____7.-Edo.civil _____
- 8.- Fecha de cirugía _____9.- Fecha de recidiva _____
- 10.-Tiempo de recidiva _____
- 11.- No. De consultas subsecuentes_____
- 12.- Gestas_____Paras_____Cesareas_____Abortos_____
- 13.- Fecha de último parto_____
- 14.- Tipo de partos: () eutócico () distócico _____
- 15.- Pesos de los bebés_____
- 16.- Fuma SI () no. de cigarrillos al día_____ NO ()
- 17.- Estreñimiento crónico SI () NO ()
- 18.- Tos crónica SI () NO ()
- 19.- POPQ Aa_____ Ba_____ C_____
- Hg_____ Cp_____ LTV_____
- Ap_____ Bp_____ D_____
- 20.- Tipo de defecto : cistocele () central () paravaginal
- () derecho
- () izquierdo
- Rectocele () bajo alto ()

21.- Infección de la herida

22.- Rechazo a la sutura

23.- 1er mes del postoperatorio:

POPQ	Aa_____	Ba_____	C_____
	Hg_____	Cp_____	LTV_____
	Ap_____	Bp_____	D_____

Infección SI () NO ()

17.- 3er mes postoperatorio:

POPQ	Aa_____	Ba_____	C_____
	Hg_____	Cp_____	LTV_____
	Ap_____	Bp_____	D_____

Infección SI () NO ()

18.- 6to mes postoperatorio:

POPQ	Aa_____	Ba_____	C_____
	Hg_____	Cp_____	LTV_____
	Ap_____	Bp_____	D_____

Infección SI () NO ()

19.- 9no mes postoperatorio:

POPQ	Aa_____	Ba_____	C_____
	Hg_____	Cp_____	LTV_____
	Ap_____	Bp_____	D_____

Infección SI () NO ()

20.- 1año postoperatorio:

POPQ	Aa_____	Ba_____	C_____
	Hg_____	Cp_____	LTV_____
	Ap_____	Bp_____	D_____

Infección	SI ()	NO ()
-----------	-----------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Te Linde, Ginecologia Quirurgica, Ed. Med. Panamericana Ed. 1998: 81-82
- 2.- Ostergard. Uroginecología y disfunción del piso pélvico. 5ta edición.p 3-42 , 97-104, 401-416, 1996.
- 3.- Incontinente. Abrams, Cardozo. Edición 1995.
- 4.- Bump Richard, Norton Peggy. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Clinics of North America 1998;25(4):723-46.
- 5.- Bump Richard. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-17
- 6.- Montserrat Espuña. Tratado de Uroginecología. Barcelona,España.p 173-213,1998.
- 7.- Marchionni M, Bracco GL, Checcucci V, Carabaneanu A, Coccia EM, Mecacci F, et al. True incidence of vaginal vault prolapse. Thirteen years of experience. Journal of Reproductive Medicine 1999;44;679-84
- 8.- A. Cullen Richardson, Paul B. Edmonds, Nancy L. Williams. Treatment of stress urinary incontinence due to paravaginal fascia defect. Obstet Gynecol 1981;57:357-362
- 9.- Bobby L. Shull, Wayne F. Baden. A six-year experience with paravaginal defect repair for stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 1989;160:1432-40.
- 10.- Cundiff MD. Addison.MB. Management of pelvic organ prolapse. Obstet and Gynecol Clinics. 1998;25(2):907-922
- 11.- A. Hernández Alcántara. Disfunción del piso pelviano. Prolapso de órganos pelvianos. Actualidad obstétrico ginecológica 1998;8;11-22.

- 12.- John O.L De Lancey, Anatomy aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1992; 16:1719
- 13.- Olson AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstetrics and Gynecology 1997; 89:501-6
- 14.- Clark AL, Gregory T, Smith VJ, Edwards R. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1998;189:1261-67.
- 15.- Moalli PA,Shand SH,Zyczynski HM,Gordy SC,Meyn LA.Remodeling of vaginal connective tissue in patients with prolapse.Obstet Gynecol 1997;106:953-962
- 16.- Thomas M. Julian. The efficacy of marlex mesh in the repair of severe, recurrent vaginal prolapse of the anterior midvaginal wall. Am J Obstet Gynecol 1996;175:1472-5.