

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

P R O L A P S O U T E R I N O
(PRESENTACION DE 90 CASOS. HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA)

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

OSCAR ENRIQUE MARQUEZ VASQUEZ

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. JUSTIFICACION
- IV. ANTECEDENTES
- V. CLASIFICACION CLINICA
- VI. TECNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL
- VII. TECNICA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL
- VIII. MATERIAL Y METODOS
- IX. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El prolapso uterino es una entidad ginecológica que se observa con mayor incidencia en aquellos lugares donde la asistencia obstétrica no está ampliamente difundida.

Al realizar el presente estudio se observó que la incidencia de Prolapso Uterino en pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital Nacional de la Antigua Guatemala, ha aumentado de 1976 a 1978; así mismo que el mayor porcentaje de esta afección se presenta en personas de bajo nivel socio-económico y cultural.

Es importante poner de manifiesto que el prolapso uterino es una afección que no se ha tratado en forma preventiva sino en forma curativa. Por lo tanto en este estudio se exponen cuadros estadísticos que nos demuestran su alta incidencia.

Y tomando en cuenta que dicha afección constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, se pretende conocer su curso clínico y tratamiento en este centro hospitalario.

O B J E T I V O S

El objetivo primordial de este trabajo es dar a conocer que existe un alto número de personas que padecen de esta afección, lo cual representa un problema de tipo social y hospitalario; esto último reflejado en los casos de problemas asociados, lo cual retrasa su tratamiento específico.

J U S T I F I C A C I O N

Se decidió efectuar el presente trabajo tomando en cuenta que hasta la fecha no se ha llevado a cabo uno similar en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala y sobre todo, debido a la alta incidencia observada en nuestra población, con este problema.

A N T E C E D E N T E S

El prolapso uterino es una afección que en la antigüedad se presentaba con medios conservadores, por ejemplo los Pesarios, los cuales cayeron en desuso el tratamiento quirúrgico fué tomando auge. Estos pesarios están elaborados de material plástico, de goma rígida, caucho duro y blando.

Debido al elevado número de infecciones vaginales y molestias mecánicas que ocasionaban, fueron marginados exclusivamente a los pacientes en los que el procedimiento quirúrgico presentaba un riesgo, así como en pacientes puerperales con útero en retroflexión y como prueba terapéutica para determinar si está indicada la operación suspensoria.

Como contraindicaciones se han establecido las infecciones vaginales y cervicales y donde existe un cisto y rectocele marcado. Entre los tipos de pesarios usados tenemos: El de Albert Smith; el de Hodge, que es una modificación del anterior y su brazo posterior es cóncavo, en tanto que el anterior es más ancho; el pesario del anillo corriente de goma rígida, que se emplea especialmente en los casos de prolapso; y el de Findley, plegable, en el cual un pequeño segmento en cada extremo es de caucho blando para facilitar la introducción. Actualmente se ha utilizado con mucho éxito en el tratamiento quirúrgico: Histerectomía Vaginal tipo Mayo, Mayo modificado y Heanney.

CLASIFICACION CLINICA

PROLAPSO UTERINO: Es la salida del cuerpo del útero a través de la vagina y que generalmente se acompaña del prolapso de la vejiga llamado Cistocele, y en menor grado del prolapso del recto llamado rectocele.

Una de las teorías aceptadas en la etiología del prolapso del útero es la relajación que existe en los medios de fijación de mismo, los cuales pueden ser clasificados en 3 grupos:

- 1- Los ligamentos del útero, dispuestos simétricamente son en número de seis: dos ligamentos anchos, dos redondos y dos úterosacros.
- 2- El sistema de fijación del cuello y de la cúpula vaginal formado por: el ligamento transverso de Mackenroth y las aponeurosis sacrorectovaginales de P. Delbet.
- 3- El sistema de sostén formado por: los músculos elevadores del ano y los del perineo, que en los casos de multiparidad existe una relajación de éstos, aumentando así el grado de prolapso.

El Prolapso Uterino ha sido clasificado en cuatro grados:

GRADO I: El útero desciende dentro de la vagina pero sin llegar a nivel de la vulva, ni aún tirando con tenáculo. Se acompaña casi siempre de cistocele que puede predominar sobre el prolapso uterino y ser la causa de la consulta.

GRADO II: El útero llega hasta nivel de la vulva.

GRADO III: El útero sale de la vulva pero conserva fondos

de saco vaginales.

GRADO IV: El útero sale completamente de la vulva sin conservar fondos de saco vaginales.

TECNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL

Al iniciar la intervención quirúrgica, se pinza el cuello y se dirige hacia arriba, descubriendo la pared posterior del cuello a la vagina; se secciona con bisturí la pared vaginal posterior, con el útero a tensión, se disea la pared vaginal en la parte posterior del cuello, se separa hasta llegar a los ligamentos uterosacros en ambos lados y aparece entre ellos el fondo de saco posterior, se incide el peritoneo posterior penetrando a la cavidad peritoneal, se introduce luego el dedo índice al interior de la cavidad, explorándose el fondo de saco, asegurándose de que no existen adherencias al ligamento uterosacro y se secciona con bisturí el tejido interpuesto entre el ligamento y el útero, el tejido como rendido entre la pinza se anuda con ligadura, éstos no se seccionan se dejan largos, se pinzan y se usarán más tarde en las reparaciones, lo mismo se practica en el lado opuesto, luego se dirige el cuello hacia abajo y a la izquierda, aplicando pinzas de Kelly en el ligamento cardinal, sobre el lado derecho, sobre el punto de inserción en el cuello; se secciona el tejido entre las dos pinzas aplicando un punto del lado uterino; se mantiene el útero traccionado; con el índice derecho se identifica el repliegue peritoneal anterior; con separadores de Deaver se separa la vejiga, mientras se tracciona el útero hacia abajo, se sujeta el repliegue peritoneal anterior y se secciona con tijera; se aplican puntos grandes, se anudan, se pinza, no se cortan para su fácil identificación al momento de la sutura peritoneal; con los dedos de la mano derecha se explora fondo de saco uterino y anexos, luego, a medida que se saca la mano, se tracciona el fondo del útero y se aplica un gancho doble; el separador colocado arriba protege la vejiga y mejora la exposición del campo operatorio.

Se angula el útero fuertemente hacia abajo, exponiendo el anexo izquierdo; debajo de éste se introduce la mano izquierda para evitar el posible descenso del intestino delgado; se aplica el primer punto en torno a la trompa y vasos ováricos; el punto se

anuda y se deja largo; se aplica una pinza de Kelly a través del ligamento ovárico y trompa; en el lado uterino, se aplica otro punto, se anuda, colocando ambos nudos sobre los vasos ováricos y se seccionan ambos nudos.

Se tracciona el útero hacia la derecha de la paciente, se extrae la pinza del muñón (proximal) del ligamento ovárico y trompa y se aplica de nuevo, incluyendo el ligamento redondo, se aplica un punto en el ligamento redondo, se anuda, se pinzan los cabos y se dejan largos, el ligamento redondo se usará en la subsiguiente reconstrucción del suelo pelviano; debe tenerse una buena exposición a causa de la proximidad del uréter.

Se disecciona hacia atrás la pared vaginal, se descubre el ligamento ancho y se pinza junto al útero, pinzando así la rama ovárica de la arteria uterina, se secciona el tejido comprendido entre útero y pinza; se aíslan ahora los vasos uterinos del tejido circundante, se aplican dos pinzas sobre los vasos uterinos, se secciona, se continúa la tracción uterina hacia la derecha, se aplica una segunda pinza sobre el muñón de los vasos uterinos seccionados, se liga en torno a las pinzas, se anudan. La banda de tejido restante, contiene la rama cervical de la arteria uterina, la cual se pinza, se anuda y se secciona. Se repiten todas las maniobras en el lado derecho.

Se extirpa el útero; la ligadura de identificación colocada originalmente en el reborde peritoneal posterior se extrae, se empieza la sutura peritoneal en el centro con catgut fino atraumático.

Aquí se inicia la fase de reconstrucción, siendo la primera maniobra el cierre peritoneal, siendo el método más simple una sutura en bolsa.

Se consigue una mejor exposición traccionando las suturas largas aplicadas al principio a los ligamentos redondos, uterosacros

y cardinal.

Con el cierre en bolsa, se aísla la pared abdominal del resto de la herida, los ligamentos redondos y uterosacros, quedan fuera de la cavidad abdominal, manteniendo la tracción de las suturas largas y de los ligamentos redondos y uterosacros, se aplica una ligadura en 8 para incluir en ella ambos ligamentos; la misma maniobra se aplica en el lado opuesto.

Luego se descubre la vejiga con una pinza atraumática, se aplica una pinza de Allis sobre el reborde de la pared vaginal en la línea media y se dirige hacia arriba, se tracciona la vejiga hacia abajo y se ponen los puntos necesarios para reparar el cistocele. Se aplican pinzas a los cabos, se dejan largos, luego se anudan y de esta manera se repara el cistocele.

Se extirpa parte de la pared vaginal exuberante. Se coloca un punto en cada uno de los cabos de la sutura que sujeta los cabos de los ligamentos uterosacros y redondo; se dirige a la pared vaginal posterior, más o menos 14 mm., de su borde; se hacen las mismas maniobras del lado opuesto, se colocan pinzas de Kelly en cada ángulo del defecto de la pared vaginal, aplicando el primer punto de sutura en el ángulo superior; se aproximan los rebordes con puntos separados, se anudan ahora las suturas no anudadas de los ligamentos uterosacros y redondos, a medida que los ligamentos se retraen, el vértice vaginal se eleva, disminuyendo el peligro de prolapso recurrente; con esto, extirpado el útero, reparado el cistocele; para completar el procedimiento se hace perineorrafia.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL COMPLETA:

TECNICA OPERATORIA

La preparación de la vagina procederá a la del abdomen. Se limpian introito y genitales externos con alcohol y tintura de mertiolato. Se introduce luego un expéculo en la vagina y se secan y pincelan cuidadosa y completamente con alcohol y mertiolato la cavidad y el cuello. Es importante observar perfectamente el cuello para tener la seguridad de que éste y la vagina vecina se han limpiado perfectamente. Se coloca una sonda permanente en la vejiga, se drena ésta y el extremo de la sonda se une a un frasco colocado cerca de la mesa de operaciones. Se lleva a cabo entonces la limpieza quirúrgica usual de la pared abdominal.

Preferimos una incisión en la línea media, de la sínfisis del pubis al ombligo en la mujer con pared abdominal baja bastante larga. Sin embargo, cuando el abdomen es corto o la mujer es extraordinariamente obesa, la incisión en la línea media debe extenderse a la izquierda del ombligo en breve distancia. La exposición adecuada brinda mayor facilidad para las manipulaciones quirúrgicas y disminuye el traumatismo. No tiene ventaja ninguna un acceso limitado a los órganos pelvianos. Es mejor empezar por abrir la cavidad péritoneal debajo del ombligo, extendiendo luego la incisión hacia la sínfisis pero visualizando el pliegue vesical cuidadosamente por delante y por detrás. A veces resulta difícil palpar el borde cervical.

Si se ha utilizado anestesia raquídea, puede colocarse a la paciente en Trendelenburg, ya que ha transcurrido tiempo bastante para fijar el nivel de la anestesia. Se procede a exploración cuidadosa de la parte alta de abdomen para determinar la normalidad de vesícula biliar, riñones, bazo, tubo gastrointestinal y otras vísceras. Tal examen muchas veces revela lesiones importantes, que afectarán o no afectarán la cirugía

pelviana, pero deben tenerse en cuenta y registrarse en beneficio de la paciente. Ahora pueden protegerse las vísceras altas con dos o tres compresas de laparotomía húmedas y calientes.

Ahora se exploran cuidadosamente los órganos pelvianos. Se agarra el cuerpo del útero con pinzas puestas a cada lado en la unión de la trompa y ligamento redondo. Estas pinzas, colocadas adecuadamente y fijas, obliteran la luz de las trompas y evitan el paso de restos celulares de la cavidad uterina a las mismas; sirven también como tractores eficaces y no traumáticos. Ahora se procede a elevar el útero si está libre, y quedan netamente visibles su superficie posterior, los anexos, el recto y los uréteres. Si uréteres o anexos están unidos a vísceras vecinas o estructuras pelvianas, pueden liberarse por disección cuidadosa. Después puede extirparse el útero.

Se agarra el pliegue peritoneal que cubre la vejiga con una pinza inmediatamente por debajo de su unión al útero y por dentro del ligamento redondo. Se corta y se separa con cuidado de su fijación uterina por disección obtusa con tijeras hasta ver el riego sanguíneo de la unión cervical. Será mucho mejor empezar la disección peritoneal por fuera del útero que en la línea media, donde está mucho más firmemente adherido. Si se desea respetar los anexos, se agarran con una pinza de Allis inmediatamente por debajo del ovario, de manera que una tracción ligera ponga en extensión la trompa, el ovario y el ligamento ancho por debajo. El ligamento ancho, incluyendo el ligamento redondo, se prende ahora con dos pinzas bastante cerca de los anexos, y se corta entre las mismas, dejando un pedículo de seguridad largo. Esta sutura puede conservarse, para orientar acerca de la anatomía después que se haya extirpado el útero. Ahora puede efectuarse la separación adicional en la parte izquierda del peritoneo vesical, para observar mejor el riego sanguíneo del útero en la unión cervical. Puede separarse el peritoneo de su fijación laxa al útero con poca pérdida de sangre, insertando con cuidado tijeras curvas, disecando por debajo del peritoneo y luego abriendo las tijeras

para separar el tejido areolar laxo. Se necesita poca disección aguda, a menos que la enferma ya hubiera sido operada anteriormente. Se facilita el pliegue peritoneal hacia abajo mediante una pinza para gases.

Ahora se pueden colocar dos pinzas en los vasos sanguíneos uterinos formando ángulo, de manera que el extremo de la pinza agarre la substancia del cuello. Las pinzas quedarán suficientemente separadas para que quede un buen muñón al cortar; después se liga al pedículo lateral. No es necesaria una ligadura doble de los vasos si la ligadura inicial se colocó adecuadamente. La pinza en el extremo uterino se deja colocada para mantener el campo operatorio seco.

Estas etapas de la operación se repiten en el lado derecho del útero. Hecho esto, es posible completar la incisión peritoneal, y separar con cuidado el cuello de la vejiga con su revestimiento de peritoneo. Importa descubrir el plano aponeurótico entre vejiga y cuello, que tiene color blanco característico y no es vascular. Se desplaza la vejiga hacia abajo y afuera del cuello por disección obtusa con tijeras, a veces recurriendo a un poco de disección aguda; lo más útil es ejercer presión mediante una pinza. Después que se ha separado completamente del cuello, queda visible la pared vaginal. Es fácil determinar este punto de referencia palpando el extremo del cuello entre el índice y el pulgar, uno colocado por delante y el otro por detrás, entre los ligamentos uterosacros.

Generalmente el cuello se separa de su fijación con dos o tres cortes. Se coloca una pinza de tipo Ochsner lateralmente, y lo más cerca posible del cuello, prendiendo tejido pericervical y ligamento cardinal en una longitud de 1.25 a 1.8 centímetros. Ahora se corta el cuello, dejando un pedículo adecuado para ligarlo. Sólo se necesita una pinza, ya que el riego sanguíneo principal del cuello ha sido ligado y hay poca hemorragia a nivel de la superficie cortada. La segunda pinza puede incluir la

fijación del ligamento uterosacro en la parte posterior a este nivel. En ocasiones, después de ligar el riego sanguíneo uterino puede ser útil pinzar, cortar y ligar por separado los ligamentos uterosacros cerca de su fijación uterina. Su separación aumenta la movilidad del cuello, que puede tener particular importancia cuando el útero está fijado a consecuencia de endometriosis, enfermedad inflamatoria u otra lesión. Además, los ligamentos uterosacros son los sostenes fisiológicos más importantes de la bóveda vaginal, y su identificación y separación tempranas permitieran identificar fácilmente sus extremos cortados y unirlos a la bóveda vaginal.

Antes de colocar la segunda y, si es necesario, la tercera pinza en el cuello, hay que determinar con seguridad que la vejiga está separada de la vagina a nivel de sus ángulos laterales. Los uréteres penetran en la vejiga a este nivel y siempre existe el peligro de lesionarlos. Después de colocada cada pinza se corta el cuello y se liga el muñón lateral, lo cual proporciona una imagen de las estructuras pelvianas y permite manipular fácilmente. Durante todas estas manipulaciones, la tracción moderada del útero hacia uno u otro lado mejora la visión en el campo operatorio. Vale la pena inspeccionar de vez en cuando la parte posterior del útero, y tener presente el curso de los uréteres, fáciles de observar a través de sus revestimientos peritoneales.

No hay necesidad de proseguir la disección por detrás del cuello a menos que el recto esté anormalmente adherido al fondo de saco, haya endometriosis o cambios residuales por inflamación, o interese incluir un amplio manguito de vagina en el cuello extirpado. Cuando las relaciones anatómicas son normales, hay amplio lugar por delante del resto para poder extirpar el cuello sin poner en dificultad esta estructura.

La separación del cuello de su fijación vaginal debe llevarse a cabo sin sacrificar vagina. La excepción a esta regla es la paciente sometida a histerectomía por cáncer no invasor o de

invasión dudosa de cuello uterino o adenocarcinoma del cuerpo, en cuyo caso interesa la extirpación de un manguito vaginal. Conservar la longitud normal de la vagina asegura su buena función fisiológica.

Se coloca un apósito de laparotomía por detrás del útero, para evitar que el peritoneo se ensucie por el contenido vaginal. Se penetra en la vagina por una incisión longitudinal a través del cuello, en la parte anterior de su unión con la vagina. Ahora, a través de esta incisión se observa la vagina, se agarran los bordes cortados de los labios anteriores del cuello con pinzas, se tira de ellos hacia arriba y resulta fácil cortar la pared vaginal de su fijación cervical. Interesa agarrar los bordes de la vagina con fórceps a medida que se va separando del cuello. Cuando se corta la parte posterior de la pared vaginal, ejercer tracción sobre el cuello ayuda a separarla de los tejidos y del peritoneo del fondo de saco. Cuando el recto es anormalmente adherente, tal separación obtusa evita traumatismo para el órgano. Generalmente hacemos presión con una pequeña gasa empapada en solución antiséptica colocada en la luz vaginal para disminuir el peligro de contaminación peritoneal. La gasa se quita de la vagina después de completada la intervención.

Se cierra la vagina y se le proporciona el mismo tiempo amplio sostén utilizando puntos separados del catgut crómico. El primero empieza en la parte posterior atravesando el cabo ligado del ligamento uterosacro, luego del ángulo de pared vaginal, de los extremos cortados de los ligamentos cardinales, del extremo cortado de los ligamentos redondos y anchos y, finalmente, de la pared vaginal. Después de anudada esta sutura, el ángulo de la vagina queda bien sostenido. Se colocan una segunda y una tercera sutura a través del ligamento uterosacro por detrás, la pared vaginal posterior, el ligamento anterior y la pared vaginal anterior. Importa que la bóveda vaginal quede bien sostenida, pero al mismo tiempo conserve suficiente elasticidad. Dos o tres puntos adicionales aproximando las porciones restantes de los

bordes vaginales cortados cerrarán la luz vaginal y lograrán hemostasis.

La peritonización cuidadosa es la medida más segura para tener una convalecencia sin complicaciones y evitar las adherencias a vísceras vecinas. Generalmente empezamos la peritonización en la parte posterior, agarrando el peritoneo sobre los extremos cortados de los ligamentos cardinales, los muñones de tejido pericervical, ligamento uterosacro y ángulo del borde cortado del peritoneo vesical por delante. El primero o los dos primeros puntos deben colocarse con cuidado para no incluir el trayecto del uréter en la vejiga y no imponer tensión sobre el colgajo peritoneal. Entre los dos ángulos cruciales, el peritoneo vesical puede empujarse hacia abajo sobre el cuello y fijarse posteriormente. Hay que tener la seguridad de que todo el campo queda seco, controlando todas las hemorragias. Si continúa una ligera exudación en sábana, sobre todo en los ángulos por debajo del colgajo peritoneal, resulta útil un pequeño cubito de Gelfoam colocado a este nivel para asegurar un campo perfectamente seco.

Los anexos que quedan requieren mucho cuidado para prevenir cualquier dificultad, inmediata o futura, de su riego sanguíneo. Además, hay que tratarlos de manera que queden a lo largo de la pared lateral de la pelvis, lejos de la bóveda vaginal. El ligamento redondo puede unirse al ángulo de la vagina con un punto colocado a cierta distancia de los anexos. Los bordes cortados de los ligamentos ancho y ovárico se peritonizarán por separado con puntos aislados, utilizando ampliamente la hoja anterior del ligamento ancho respetando la posterior del peritoneo que cubre el uréter, de primordial importancia. Así, los anexos colocados adecuadamente y bien peritonizados quedarán fuera de la cavidad pelviana y la función ovárica continuará normalmente.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se basa en la revisión de 90 casos de Prolapso Uterino ingresados al servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" de Antigua Guatemala, a las cuales se les brindó tratamiento quirúrgico, con excepción de algunas pacientes que presentaron un riesgo quirúrgico. Esta revisión tiene un período de 3 años, de 1976 a 1978.

El método que se usó para el tratamiento de esta afección fue el quirúrgico, el cual se aplicó a 83 pacientes, lo cual nos da un porcentaje de 92.22o/o y de las no operadas que fueron 7, nos da un 7.78o/o.

(CUADRO No. 1)

Las pacientes, cuyas fichas clínicas se revisaron, se dividieron de acuerdo al año de ingreso (CUADRO No. 2) según la edad a su ingreso (CUADRO No. 3).

También se clasificaron tomando en cuenta el grado de prolapso uterino que presentaron (CUADRO No. 4); grupo étnico (CUADRO No. 5); procedencia (CUADRO No. 6); tipo de tratamiento efectuado (CUADRO No. 7), complicaciones (CUADRO No. 8) y tiempo de hospitalización (CUADRO No. 9).

Los datos obtenidos fueron tabulados y basados en los mismos, se obtuvieron conclusiones específicas y a partir de las mismas se hacen las recomendaciones respectivas.

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

	CASOS	o/o
Intervenciones quirúrgicas efectuadas	83	92.22
No operadas	7	7.78
TOTAL	90	100.00

Del total de las pacientes estudiadas, a 83 se les ofreció tratamiento quirúrgico para su problema, dando un porcentaje de 92.22o/o y a las 7 restantes, es decir el 7.78o/o el mismo no pudo ser aplicado. De lo anterior nos podemos dar cuenta que el método más usado en nuestro medio para este tipo de afecciones es el quirúrgico.

CUADRO No. 2

AÑO	PROLAPSOS	TOTAL DE INGRESOS	o/o
76	25	487	5.15
77	31	554	5.59
78	34	570	5.96
TOTAL	90	1611	16.68

El cuadro No. 2 nos demuestra que de las 1611 pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía de Mujeres en 3 años; 90 de ellas lo hicieron por problema de Prolapso Uterino, observándose que ha habido un ligero aumento de casos puesto que en 1976 se presentaron 25 en un total de 487 pacientes dando un porcentaje de 5.13o/o; en 1977 hubo 31 de 554 pacientes, con 5.59o/o y finalmente en 1978 se encontraron 34 casos de un total de 570 ingresos, dando un 5.96o/o para dicho año.

(Ver gráfica No. 1).

CUADRO No. 3

PROLAPSOS INGRESADOS POR EDAD

EDAD	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	TOTAL
No. de Casos		9	10	26	19	16	10	90
o/o		10	11.1	18.9	21.1	17.8	11.1	100.0

En el cuadro No. 3 se ha efectuado una relación de edad, en la cual se observa que en el período de los 40-49 años es donde mayor número de prolapsos se obtuvo, con un 28.9o/o; la de menor incidencia es la comprendida de los 20-29 años, con el 10o/o y en las demás edades se tiene un promedio de 11.22o/o.

(Ver Gráfica No. 2).

CUADRO No. 4

PROLAPSOS CLASIFICADOS POR GRADO

GRADOS	I	II	III	IV	TOTAL
No. de Casos	5	12	39	34	90
o/o	5.5	13.4	43.3	37.8	100.00

En el Cuadro No. 4 hemos establecido los diferentes grados de Prolapso Uterino. En el grado III se observó un 43.3o/o como el de mayor incidencia; siguiéndole el grado IV con 37.8o/o luego el grado II con el 13.4o/o y como el de menor incidencia el grado I, con el 5.5o/o.

(Ver Gráfica No. 3).

CUADRO No. 5

GRUPO ETNICO

	Indígena	Ladina	Total
No. de Casos	40	50	90
o/o	44.4	55.6	100.0

En el cuadro anterior se presentan los casos de prolapso

uterino agrupados de acuerdo al grupo étnico de las pacientes; encontrando que el mayor porcentaje lo ocupa la raza ladina con el 55.6o/o y el 44.4o/o restante le corresponde a la raza indígena.

(Ver Gráfica No. 4).

CUADRO No. 6

**PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES
CON PROLAPSO UTERINO**

	No. de Casos	o/o
ANTIGUA	38	42.2
CHIMALTENANGO	44	48.9
GUATEMALA	5	5.6
ESCUINTLA	3	3.3
TOTAL	90	100.0

En el cuadro No. 6 se clasifican los casos de acuerdo al lugar de procedencia. El mayor número corresponde al Depto. de Chimaltenango con 44 casos y un 48.9o/o; le sigue el Depto. de Sacatepéquez con 38 casos que hacen un 42.2o/o y luego encontramos 5 casos del departamento de Guatemala con el 5.6o/o; para que finalmente aparezcan 3 casos del departamento de Escuintla con un 3.3o/o.

(Ver Gráfica No. 5).

CUADRO No. 7

TRATAMIENTO EFECTUADO

TRATAMIENTO	No. de CASOS	o/o
HISTERECTOMIA VAGINAL	42	46.7
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	24	26.7
HISTERECTOMIA VAGINAL CON CORRECCION DE CISTO - RECTOCELE.	17	18.8
NO OPERADAS	7	7.8
TOTAL	90	100.0

En el cuadro anterior observamos el tipo de tratamiento efectuado y nos damos cuenta que el procedimiento con el mayor número de casos es el que corresponde a la Histerectomía Vaginal con un 46.7o/o, luego siguen: Histerectomía Abdominal con 26.7o/o, posteriormente Histerectomía Vaginal con corrección de cisto-rectocele con 18.8o/o y 7 casos de pacientes que no recibieron tratamiento quirúrgico, que hacen un 7.8o/o.

(Ver Gráfica No. 6).

CUADRO No. 8
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACION	No. de Casos	o/o
INFECCION URINARIA	5	5.5
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	3	3.3
TOTAL	8	8.8

En el cuadro No. 8 presentamos el total de complicaciones post-operatorias que fueron 8; correspondiéndole el mayor número a las infecciones urinarias con 5 casos del total de casos de prolapso uterino que fueron 90; por lo que le corresponde un 5.5o/o y también encontramos 3 casos de infección de herida operatoria que hacen un 3.3o/o.

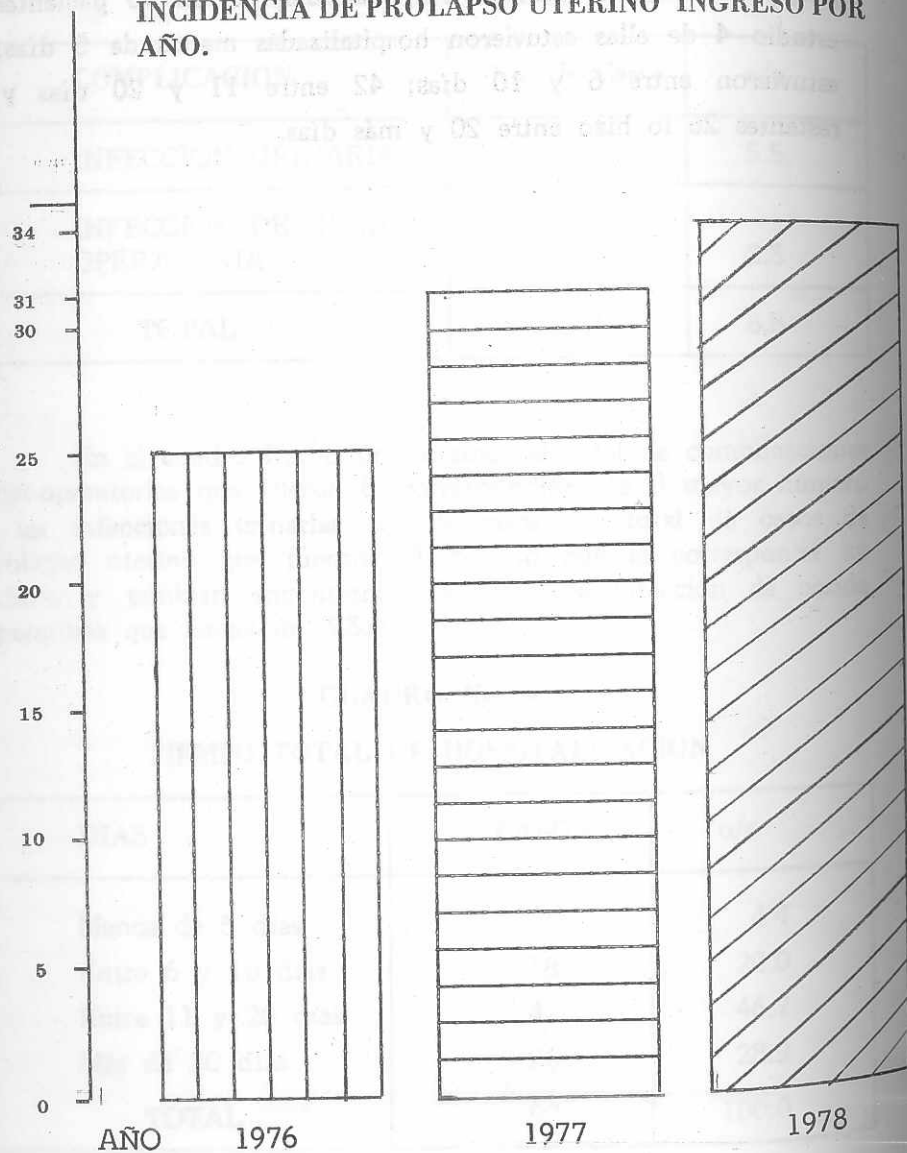
CUADRO No. 9
TIEMPO TOTAL DE HOSPITALIZACION

DIAS	CASOS	o/o
Menos de 5 días	4	4.4
Entre 6 y 10 días	18	20.0
Entre 11 y 20 días	42	46.7
Más de 20 días	26	28.9
TOTAL	90	100.0

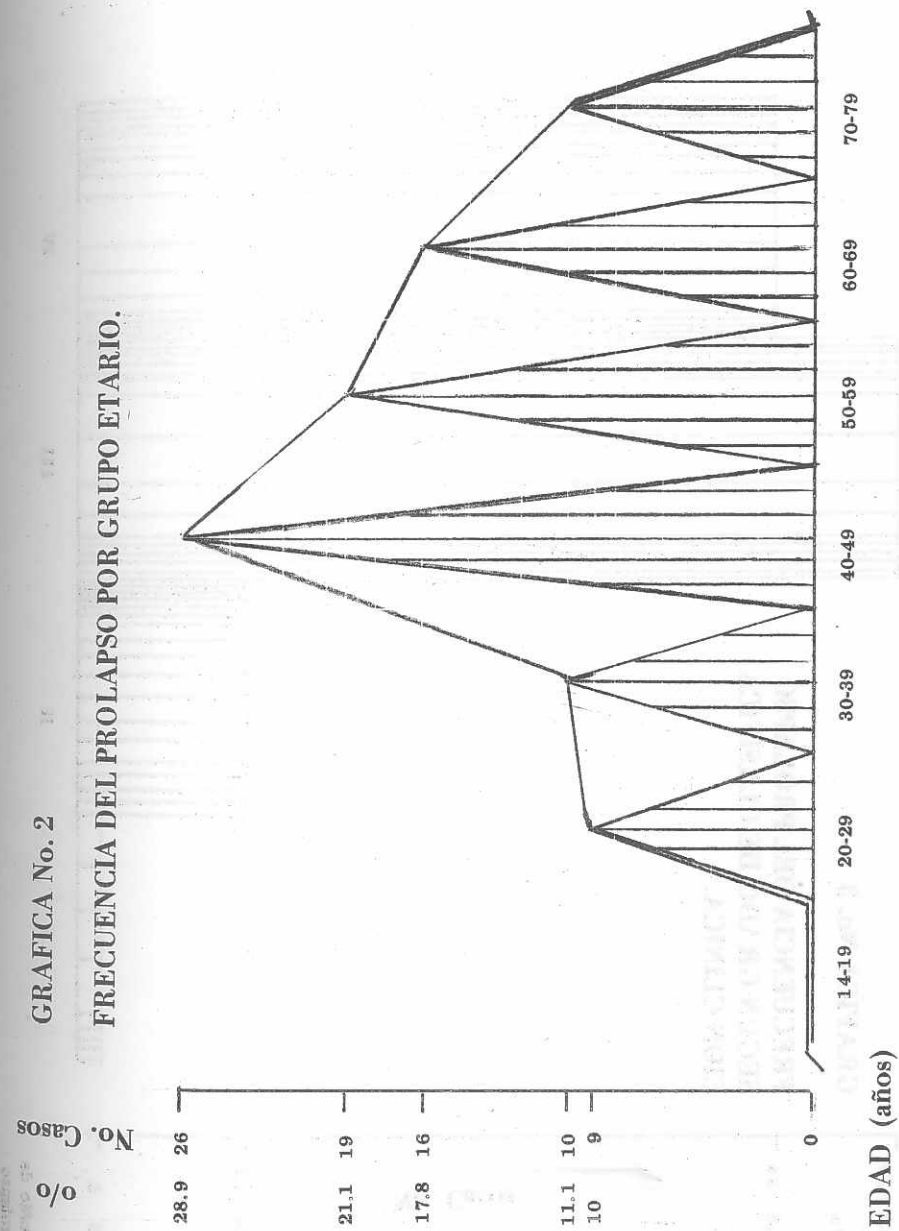
El cuadro anterior nos muestra el tiempo de hospitalización, el cual fue muy variable; de las 90 pacientes en estudio 4 de ellas estuvieron hospitalizadas menos de 5 días, 18 estuvieron entre 6 y 10 días; 42 entre 11 y 20 días y las restantes 26 lo hizo entre 20 y más días.

GRAFICA No. 1

INCIDENCIA DE PROLAPSO UTERINO INGRESO POR AÑO.



GRAFICA No. 2
FRECUENCIA DEL PROLAPSO POR GRUPO ETARIO.



43.3 39
o/o
37.8 34
No. Casos

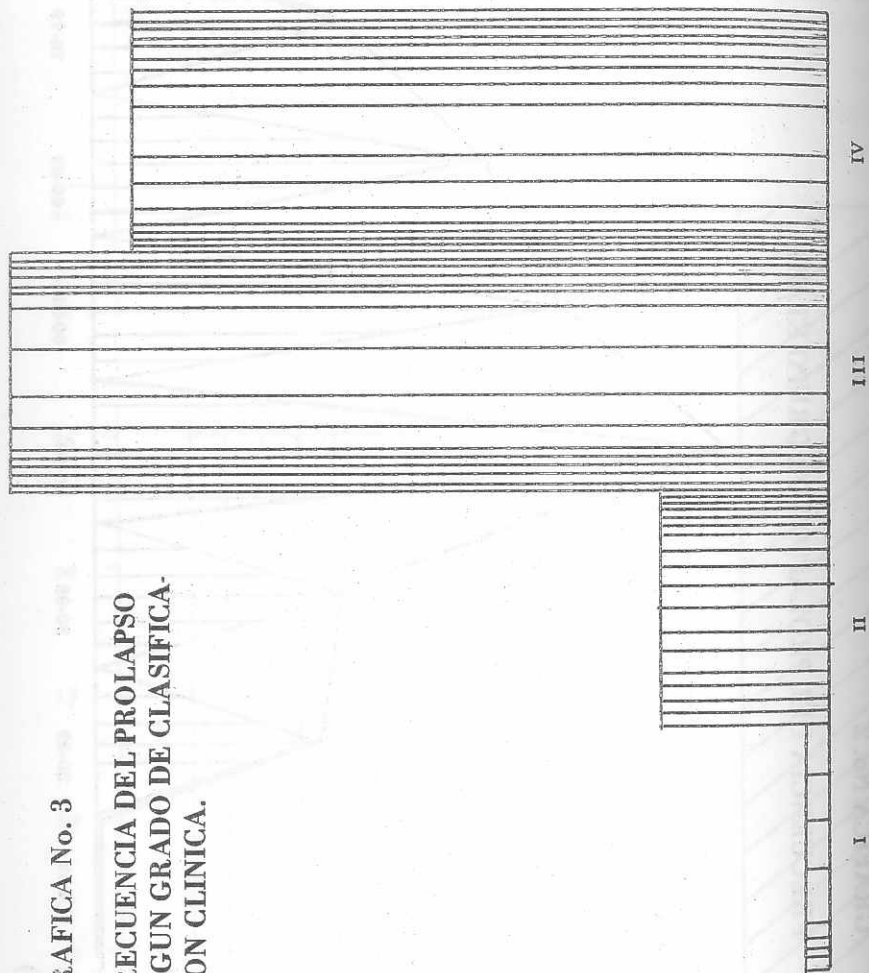
GRAFICA No. 3

FRECUENCIA DEL PROLAPSO
SEGUN GRADO DE CLASIFICACION CLINICA.

13.4 12

5.5 5

Grado de Prolapso



GRAFICA No. 4

CLASIFICACION POR GRUPO ETNICO

GRUPO ETNICO

) Indígena

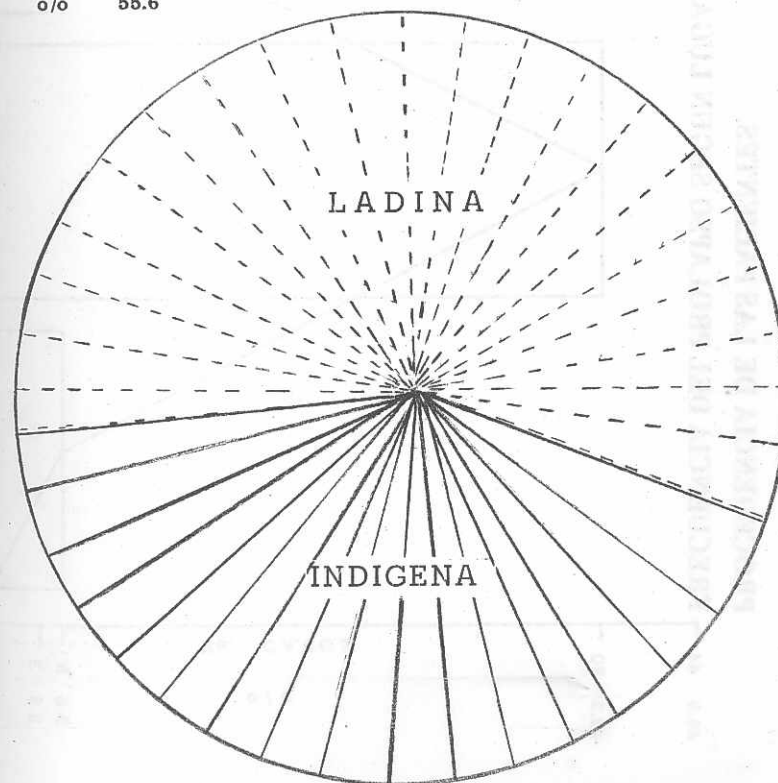
No. Casos 40

o/o 44.4

) Ladina

No. Casos 50

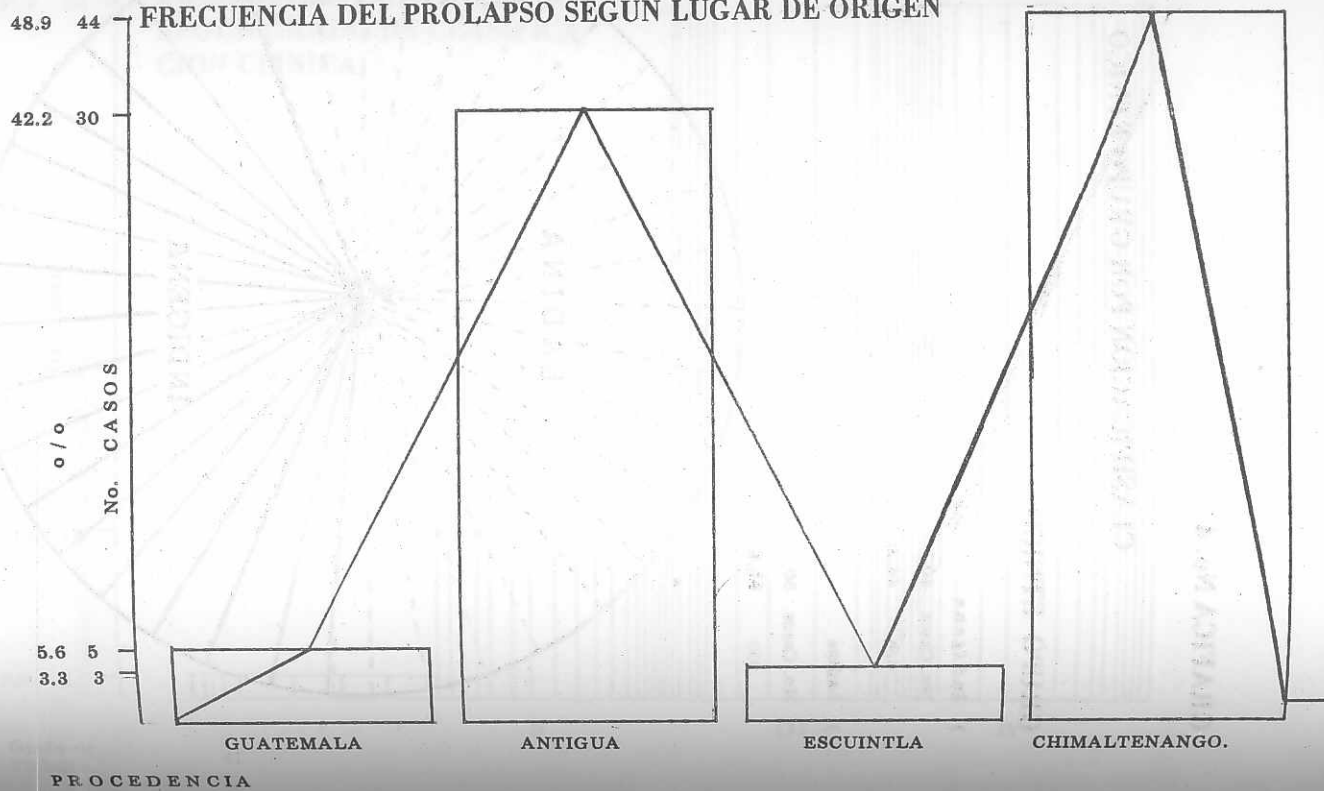
o/o 55.6



GRAFICA No. 5

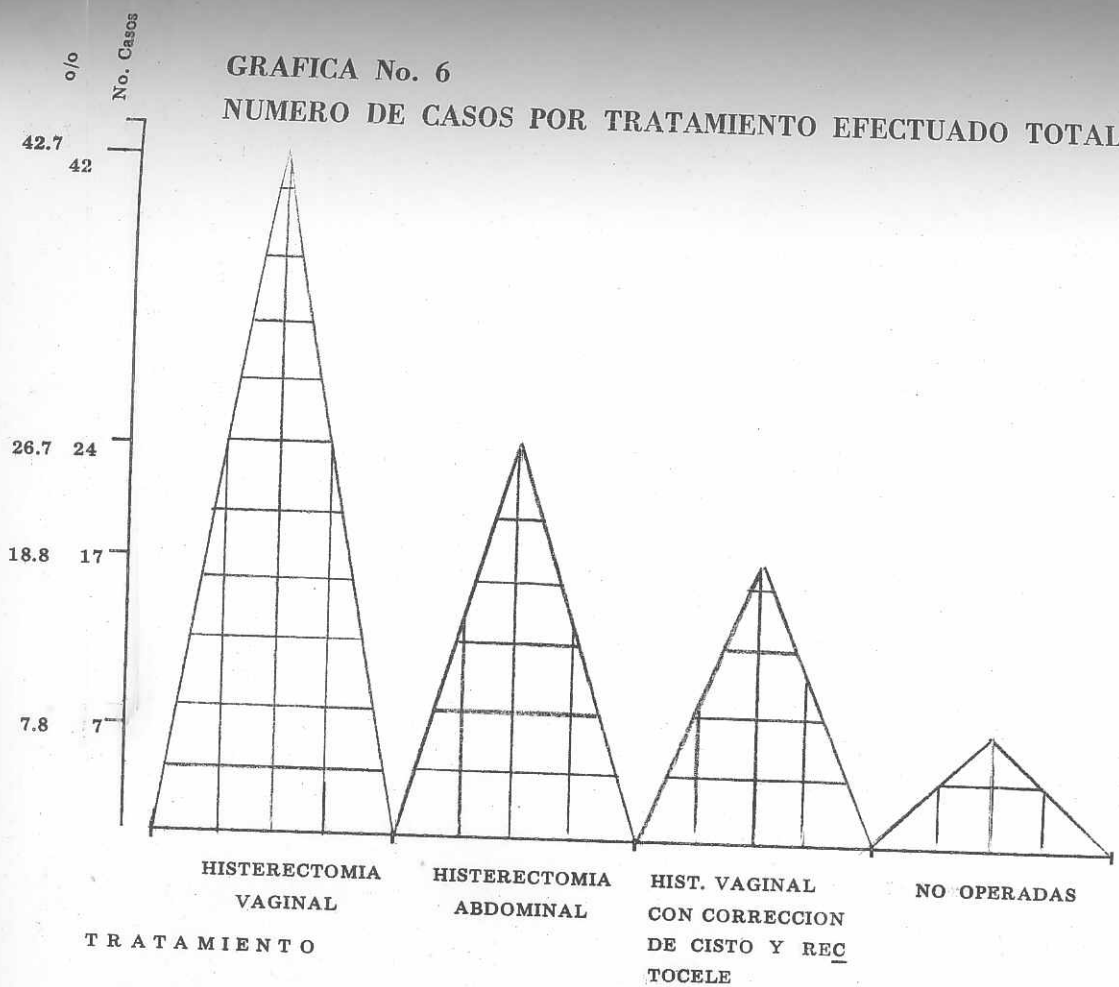
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES.

FRECUENCIA DEL PROLAPSO SEGUN LUGAR DE ORIGEN



GRAFICA No. 6

NUMERO DE CASOS POR TRATAMIENTO EFECTUADO TOTAL DE CASOS: 90



CONCLUSIONES

- 1- En el presente trabajo he hecho resaltar la alta incidencia de Prolapso Uterino en nuestro medio y he revisado los tratamientos quirúrgicos efectuados en la sala de Cirugía de Mujeres del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, los cuales han tenido resultados satisfactorios para el tratamiento de esta afección.
- 2- El Prolapso Uterino es una afección que ha ido aumentando progresivamente pues en el primer año de este estudio se encontraron 25 casos y en el último 34 casos.
- 3- Se efectuó una relación de la edad, observando que la mayor incidencia ha sido durante los 40-49 años de edad.
- 4- El Grado de Prolapso Uterino que con mayor frecuencia se encontró fue el Grado III.
- 5- El grupo étnico que mayor número de casos presentó fue el Ladino.
- 6- En lo concerniente al lugar de procedencia se observó que el mayor número de pacientes son oriundas del departamento de Chimaltenango.
- 7- El tratamiento quirúrgico efectuado en más alto número fue la Histerectomía Vaginal, siguiéndole la Histerectomía Abdominal y con ambos procedimientos se obtuvo un alto porcentaje de curación.
- 8- Del total de pacientes estudiadas, 7 no recibieron tratamiento quirúrgico.
- 9- De las 83 intervenciones quirúrgicas efectuadas, solamente

presentaron complicaciones post-operatoria 8 pacientes; 5 con infección urinaria y 3 con infección de la herida operatoria.

- 10- Del total de pacientes estudiadas, 42 permanecieron en el hospital entre 11 y 20 días, correspondiéndoles a las mismas el mayor número de casos.

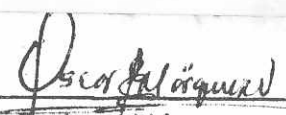
RECOMENDACIONES

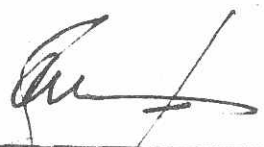
- 1- Tratar de prevenir el apareamiento de Prolapso Uterino puesto que es una afección que presenta una alta incidencia en nuestro medio.
- 2- Hacer conciencia en las mujeres jóvenes que ingresan al Hospital Nacional de Antigua, sobre los problemas que representa el Prolapso Uterino, el cual no es un padecimiento de edad avanzada sino de mujeres en la edad media de la vida, y fácilmente prevenible por terapia educativa.
- 3- Tratar los Prolapsos Uterinos en sus inicios para evitar que lleguen a constituir un Prolapso Uterino Grado III, que es el que con mayor frecuencia se presenta. Insistir en la consulta temprana.
- 4- Investigar más a fondo las características de las pacientes originarias del departamento de Chimaltenango y compararlas con las de las pacientes del departamento de Sacatepéquez, puesto que las primeras presentaron un índice más alto de Prolapso Uterino.
- 5- Continuar con los tratamientos quirúrgicos descritos anteriormente pues se comprobó que tienen un resultado satisfactorio y además las complicaciones post-operatorias son mínimas y el tiempo de hospitalización es el adecuado para este tipo de tratamiento.

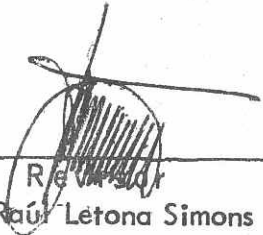
BIBLIOGRAFIA

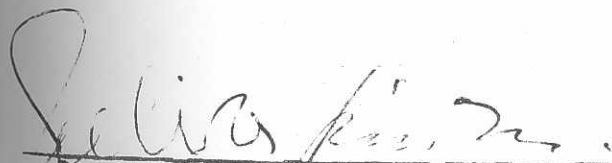
- 1- Novak. Jones. Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana, octava edición. 1971.
- 2- Castellanos G. Julio. Cateterismo vesical en histerectomía vaginal. tesis de graduación, Facultad de Ciencias Médicas. USAC, 1978.
- 3- AV Bravo, Sandoval, Jorge. LA MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL. Ginecología y Obstetricia de México. Mayo 1973.
- 4- Montenegro, P; Humberto. HISTERECTOMIA VAGINAL TECNICA DE HEANEY. Tesis de graduación Fac. de Ciencias Médicas. USAC 1949.
- 5- Castillo Franco Juan José. PROLAPSO GENITAL. Tesis de graduación, Fac. de Ciencias Médicas USAC 1966.
- 6- Martínez Ordóñez, Archelao. PROLAPSO GENITAL TOTAL. Tesis de graduación, Fac. de Ciencias Médicas USAC 1970.
- 7- Cutler y Zollinger. ATLAS DE OPERACIONES QUIRURGICAS. UTEHA, segunda edición. 1941.

- 8- Wilson y Mcdonald. MANUAL DE CIRUGIA, segunda edición 1972.
- 9- Giulano, Alfredo. CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICA. El Ateneo, tercera edición, 1976.
- 10- Meddein, John,. ATLAS DE TECNICAS DE CIRUGIA. Interamericana segunda edición. 1964.
- 11- Rouviere, H. ANATOMINA HUMANA DESCRIPTIVA Y TOPOGRAFICA. Editora Nacional, México. 1972.
- 12- Testut. A. Latarjet. COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA. Salvat, Editores S.A. 1968.


Br. Oscar Enrique Márquez Vásquez

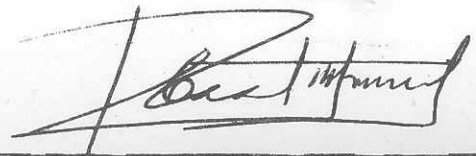

Asesor
Dr. Arturo Carranza Hernández


Revisor
Dr. Otto Raúl Letona Simons


Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEÓN


Secretario General
Dr. RAÚL A. CASTILLO

Vo.Bo.


Decano