

**COLPOTOMIA POSTERIOR**

EVALUACION DEL USO DE LA COLPOTOMIA POSTERIOR  
COMO VIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA EN LOS ULTIMOS  
DIEZ AÑOS (1974 a 1984), EN EL DEPARTAMENTO  
DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

160 CASOS.

**CESAR EDWIN LOPEZ LOPEZ**

GUATEMALA, AGOSTO DE 1985

## INDICE

	Página
Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Revisión Bibliográfica.....	3
Materiales y Métodos .....	8
Resultados .....	9
Análisis y Discusión de resultados.....	16
Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	21
Resumen.....	22
Referencias Bibliógraficas .....	23
Apéndice.....	25

## INTRODUCCION

El presente estudio es una revisión retrospectiva y descriptiva sobre la colpotomía posterior, la cual consiste en efectuar una pequeña incisión en el fondo de saco posterior por vía vaginal, para el diagnóstico y tratamiento de algunas entidades de carácter ginecológico.

Se revisaron los libros de registro clínico del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, tomando el período comprendido del 1 de enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1984; dicha revisión se llevo a cabo durante el mes de Julio y parte del mes de Agosto de 1985, con la finalidad de dar a conocer la incidencia de dicha técnica, la patología que se diagnosticó y trató, edad en que se practico más frecuentemente, período de hospitalización al emplear la misma y su morbi-mortalidad.

Dando como resultados al finalizar la revisión, los siguientes: su incidencia es baja, se emplea más frecuentemente en pacientes jóvenes, el diagnóstico más frecuente fué absceso fondo de saco posterior, masa anexial derecha y metrorragia, se utiliza tanto diagnostica como terapéuticamente, además el 50% de los procesos infecciosos + absceso de saco posterior se resolvieron únicamente por colpotomía posterior + drenaje de absceso + colocación de tubo rígido. La morbilidad fue baja y la mortalidad fué de cero pacientes.

Se recomienda la continuidad del presente estudio.

## OBJETIVOS

1. Dar a conocer el uso de dicha técnica como método diagnóstico y terapéutico en las distintas entidades nosológicas en que se aplica.
2. Dar a conocer cuales fueron las entidades nosológicas que se diagnosticaron por medio de dicha técnica.
3. Determinar el tiempo de hospitalización de pacientes que fueron sometidas a dicha técnica.
4. Determinar las complicaciones a que da lugar el empleo de la misma.
5. Determinar la morbilidad de este procedimiento
6. Determinar la mortalidad de pacientes en el período que fué revisado, al emplear dicha técnica.

## REVISION BIBLIOGRAFICA

Esta técnica, fue usada por primera vez en 1760 por Joachim Fredrich Henkel para "drenar un quiste por vía vaginal", luego fue usada y enseñada por los ecuanos de la cirugía vaginal, N. Sproat Heaney y Edward J. Allen de Chicago. Heaney utiliza la colpotomía posterior, como una incisión en el fondo de saco de Douglas, para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico (10).

Así pues tenemos que la colpotomía posterior se realiza con fines tanto diagnósticos como terapéuticos. "Las indicaciones diagnósticas son: sospecha de embarazo extrauterino, endometriosis o tumores malignos (1,6). Desde el punto de vista terapéutico se usa principalmente para el vaciamiento de los abscesos del fondo de saco de Douglas y en algunas operaciones de los genitales internos como salpingectomía, ligadura de trompas, etc. (6).

La exploración ginecológica cuidadosa es de mucha importancia ya que mediante ella se establecerán aspectos tan importantes como tamaño, forma, consistencia, posición y movilidad del cuello y cuerpo uterino, así como del estado de los anexos y fondo de saco de Douglas (4).

Previo a que se efectúe la técnica quirúrgica se debe realizar un cuidadoso y completo rasuramiento de la zona púbica y perianal. (4,10).

Anestesia: se puede emplear anestesia general o regional (4,10).

La paciente ya anestesiada se coloca la posición de litotomía clásica y se lleva a una inclinación modera-

de Trendelenburg con el fin de rechazar las asas intestinales hacia el diafragma y así lograr una buena sualización de la cavidad pélvica durante el acto quirúrgico. (4,10).

La técnica quirúrgica empleada en el Departamento Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt la que a continuación se describe: Previo lavado en agua y jabón de la cavidad vaginal, se aplica una sustancia antiséptica de tipo Clorhidrato de Clorhexidina, a continuación se colocan campos estériles (2 serneras + 2 campos, 1 es colocado en abdomen y el otro para cubrir ano y periné), este momento se aprovecha para relaizar un nuevo examen ginecológico, previa evacuación vesical por cateterismo. Se colocan 2 puntos de sutura (en cada labio menor hacia campo operatorio (puntos de algodón), luego se colocan valvas de Heaney (en total a las 4, 8 y 12 de las agujas del reloj) sobre el labio posterior del cérvix se aplica un mánaculo uterino, éste se tracciona hacia afuera y se lleva hacia arriba, luego se reduce y se observa el pliegue cervico vaginal posterior, al cual se le aplica nuevamente una sustancia antiséptica, previo a efectuar la incisión. Se incide a nivel del pliegue cervico vaginal posterior con tijera de Mayo curva se prolonga hacia los lados  $\pm$  2.5 cms. de cada lado, se localiza peritoneo posterior y se incide con la misma tijera en forma transversal, ampliando luego la incisión por divulsión hasta los límites de la mucosa posterior).

Luego las valvas se colocan a nivel de peritoneo posterior, procediendo a efectuar exploración digital o visual; dependiendo de los hallazgos se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico planeado. Ej drenaje de absceso.

---

Erwin Morales, residente de tercer año, Departamento de Ginecología, Hospital Roosevelt, Junio de 1985.

y colocación de tubo rígido, resolución de un embarazo ectópico efectuando salpingectomía, ligadura de trompas etc. (4,10).

La incisión transversal de la mucosa en el sitio y forma ya anotados, tiene las siguientes ventajas, evita lesionar el recto, facilita encontrar rápidamente el peritoneo en una zona habitualmente desprovista de tejido graso; por otra parte la incisión vertical tiene la desventaja de producir retracción cicatrizal que puede eventualmente causar dispareunia (4).

Es de hacer notar que la técnica anteriormente descrita, varía muy poco o casi nada de la técnica descrita por varios autores de distintos países y épocas (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Idealmente son tres los requerimientos para drenar un absceso pélvico por medio de una colpotomía posterior.

El absceso debe estar localizado en la línea media o muy cerca de ella.

Debe disecar el septum rectovaginal.

El absceso debe estar fluctuante o quístico para asegurar un mejor drenaje. (9)

Al puncionar el absceso es frecuente que encuentre más de un compartimiento, por lo que es deseable que se introduzca un dedo dentro de la cavidad para una mejor exploración, si se encuentra pus, se colocan los dispositivos adecuados para su drenaje, al final se cierra la incisión de la colpotomía posterior con puntos de catgut crómico 2-0.

En un estudio retrospectivo que se efectuó

y colocación de tubo rígido, resolución de un embarazo ectópico efectuando salpingectomía, ligadura de trompas, etc. (4,10).

La incisión transversal de la mucosa en el sitio y forma ya anotados, tiene las siguientes ventajas, evita lesionar el recto, facilita encontrar rápidamente el peritoneo en una zona habitualmente desprovista de tejido graso; por otra parte la incisión vertical tiene la desventaja de producir retracción cicatrizal que puede eventualmente causar dispareunia (4).

Es de hacer notar que la técnica anteriormente descrita, varía muy poco o casi nada de la técnica descrita por varios autores de distintos países y épocas (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Idealmente son tres los requerimientos para drenar un absceso pélvico por medio de una colpotomía posterior.

El absceso debe estar localizado en la línea media o muy cerca de ella.

Debe disecar el septum rectovaginal.

El absceso debe estar fluctuante o quístico para asegurar un mejor drenaje. (9)

Al puncionar el absceso es frecuente que encuentre más de un compartimiento, por lo que es deseable que se introduzca un dedo dentro de la cavidad para una mejor exploración, si se encuentra pus, se colocan los dispositivos adecuados para su drenaje, al final se cierra la incisión de la colpotomía posterior con puntos de catgut crómico 2-0.

En un estudio retrospectivo que se efectuó

el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, de los años 1970 a 1982 sobre "Infección pélvica y tratamiento quirúrgico", se llegó a las siguientes conclusiones:

"El hallazgo operatorio más frecuente encontrado fué el absceso tuboovárico unilateral, siguiéndolo el absceso tuboovárico unilateral con salpingitis contralateral".

"Los principales motivos de consulta fueron; dolor hipogástrico, fiebre y hemorragia vaginal".

"Las enfermedades transmisibles por contacto sexual, constituyen la primera causa de infección pélvica que requieren tratamiento quirúrgico".

"Los principales errores diagnósticos pre operatorios fueron: embarazo ectópico y apendicitis aguda".

Todo lo anterior fue producto de un total de 423 casos encontrados en el período antes mencionado (2).

En otro estudio retrospectivo titulado "Embarazo ectópico en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt" estudio de 431 casos de Junio 1966 a Diciembre 1979, se concluyó lo siguiente:

"La mayor incidencia de embarazo ectópico de los casos revisados ocurre en el intervalo comprendido entre las edades de 21 a 30 años".

"La mayoría de pacientes con embarazo ectópico son pequeñas múltiparas".

"El dolor se presentó como motivo de consulta en un 93% de los casos".

"La región anatómica más frecuente en el embarazo ectópico, lo constituye la región ampullar en un 53% del total de casos". (5)

## MATERIALES Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se revisó los libros de registro de pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, en las fechas comprendidas de Enero 1974 a Diciembre de 1984.

Una vez revisados los libros se tomo los registros de aquellas pacientes a quienes se les efectuó colpotomía posterior en entidades nosológicas de origen ginecológico, Ej. embarazo ectópico, absceso en fondo de saco posterior, etc.

Ya agrupados se hizo un análisis del registro clínico de cada paciente en base a las variables planteadas: edad, motivo de consulta, antecedentes gineco-obstétricos, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, complicaciones transoperatorias, complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización y mortalidad.

Dichos datos se reagruparon y clasificaron a fin de elaborar cuadros estadísticos, para luego hacer sus respectivo análisis; en base a lo cual se plantearon las conclusiones y recomendaciones para esta técnica en particular.

La recolección de los datos se llevó a cabo en una ficha elaborada para el efecto. (ver anexo No 1)

## RESULTADOS

### INCIDENCIA DE LA COLPOTOMIA POSTERIOR

	No.	o/o
Pacientes ingresadas al servicio de Ginecología.	7108	100
Pacientes con colpomotomía posterior	193	2.71

#### CUADRO No. 1

Fuente? Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

<i>Tipo de Cirugía</i>	<i>No.</i>	<i>o/o</i>
Cirugía mayor	5370	83.22
Cirugía menor	890	13.79
Colpomotomía posterior	193	2.99
<b>TOTAL</b>	<b>6453</b>	<b>100</b>

#### CUADRO No. 2

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

G E S T A S P A R I D A D

EDAD	G E S T A S					P A R I D A D								
	0 o/o	1-3 o/o	4-5 o/o	5 o más o/o	0 o/o	1 o/o	2-4 o/o	5 o más o/o	0 o/o	1 o/o	2-4 o/o	5 o más o/o		
36 - más	0	11	6.87	5	3.13	6	3.75	0	1	0.62	11	6.87	10	6.25
26 - 35	1	0.62	32	20.00	23	14.38	11	6.87	3	1.88	9	5.63	45	28.13
15 - 25	15	9.38	41	25.62	11	6.87	3	1.88	20	12.5	19	11.87	28	17.5
Menor de 15	1	0.62						1	0.62					
Subtotal	17	84	39	20	24	29	84	23						

USODE LA COLPOTOMIA DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

EDAD	USODE LA COLPOTOMIA				DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA							
	Dx o/o	Tx, o/o	Dx+Tx o/o	o/o	1-5 o/o	6-10 o/o	11 - 15 o/o	o/o				
36 - más	8	5.01	8	5.01	6	3.75	2	1.25	9	5.63	11	6.87
26 - 35	19	11.87	11	6.87	37	23.13	2	1.25	43	26.88	22	13.75
15 - 25	10	6.25	13	8.13	47	29.38	14	8.75	36	22.5	20	12.5
Menor de 15			1	0.62							1	0.62
Subtotal	37	33	90	88	18	54						

CUADRO No. 3

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

## MOTIVO DE CONSULTA

	No.	o/o
Dolor abdominal difuso	88	55
Hemorragia vaginal	29	18.12
Dolor abd. difuso más hemorragia vaginal.	18	11.25
Dolor Abd. difuso más fiebre	14	8.75
Solicitud de ligadura de trompas	7	4.39
Referida por otra institución x Ca. cervix	2	1.25
incontinencia urinaria	1	0.62
Dispareunia más flujo vaginal	1	0.62
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

### CUADRO No.4

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

## DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Diagnóstico	No.	o/o
Absceso fondo de saco posterior	65	40.62
Masa anexial derecha	33	20.62
Metrorragia	22	13.75
Multiparidad	16	10
Sospecha de embarazo ectópico	14	8.75
Masa anexial izquierda	10	6.26
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

CUADRO No. 5

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

## MORBILIDAD

MORBILIDAD EDAD	TRANS- OPERATORIAS	No.	o/o	POST- OPERATORIAS	No.	o/o
36 - más	Rasg. periné G. I	1	0.62			
26 - 35	Rasg. periné G.II	2	1.25	Ret. urinaria	2	1.25
				Inf. urinaria	1	0.62
15 - 25	Perforación recto	2	1.25	Ret. urinaria	3	1.88
Menor 15						
TOTAL		5	3.12		6	3.75

CUADRO No. 6

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

Diagnóstico	No.	o/o
Absceso fondo de saco posterior	58	36.25
Metrorragia	22	13.75
Multiparidad	16	10
Quiste simple ovario derecho	15	9.37
Ovarios poliquísticos	10	6.25
Absceso tuboovárico derecho	7	4.37
Absceso tuboovárico izquierdo	7	4.37
Embarazo ectópico ampullar izq. roto	6	3.75
Embarazo ectópico ampullar der. roto	4	2.5
Quiste simple ovario izquierdo	4	2.5
Embarazo ectópico der. organizado	3	1.88
Cuerpo amarillo hemorrágico ov. der.	2	1.25
Cuerpo amarillo hemorrágico ov. izq.	2	1.25
Quiste dermoide ovario derecho	2	1.25
Apendicitis aguda perforada	1	0.63
Enfermedad de Halban más Hidrosalpinx	1	0.63
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

CUADRO No. 7

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

UTILIDAD TERAPEUTICA DE LA COLPOTOMIA POSTERIOR

	SI			NO	
	No.	No.	o/o	No.	o/o
osceso fondo saco posterior	58	28	48.28	30	51.72
ovarios poliquísticos y quiste simple	29	28	96.55	1	3.45
ultiparidad	16	16	100		
osceso tubo-ovárico	14	6	42.86	8	57.14
embarazo ectópico	13	4	30.77	9	69.23
uerpo amarillo hemorrágico	4	3	75	1	25
uiste dermoide ovario der.	2	2	100		
enfermedad de Halban más Hidrosalpinx	1	1	100		

CUADRO No. 8

Fuente: Departamento de registros clínicos Hospital Roosevelt.

MORTALIDAD

CERO

CUADRO No. 9

Fuente: Departamento de registros clínicos, Hospital Roosevelt.

## ANALISIS DE RESULTADOS

### Cuadro No. 1

La incidencia de la colpotomía posterior fué de 2.71%. Se efectuaron un total de 193 colpotomías posteriores durante el período estudiado, pero por depuración de registros clínicos en el archivo del hospital, unicamente se encontraron 160 papeletas, sobre las cuales se trabajó.

### Cuadro No. 2

De los 6,453 procedimientos quirúrgicos realizados en el período estudiado, 193 fueron colpotomías posteriores, correspondiéndoles un 2.99% a estas; a la cirugía mayor le corresponde un 83.22% y a la cirugía menor un 13.79%.

### Cuadro No. 3

Las pacientes de 36 años ó más, habían de uno a tres embarazos en el 6.87% de los casos (11 pacientes), más de cinco en el 3.75% (6 pacientes) y de cuatro a cinco en el 3.13% (5 pacientes). en cuanto a la paridad este grupo etáreo había tenido de dos a cuatro partos en el 6.87% de pacientes, cinco ó mas partos en el 6.25% y solamente un parto el 0.62% de pacientes. El uso de la colpotomía fué diagnóstico en el 5.01% de pacientes, terapéutico en 5.01% y mixto en el 3.75%. La mayoría de pacientes de este grupo permaneció hospitalizado más de once días (11 pacientes), para un 6.87%, el 5.63% estuvo de seis a diez días y el 1.25% no más de cinco.

En el grupo etáreo de 26 a 35 años, el 20% de las pacientes tuvo de uno a tres embarazos, el 14.38% de cuatro a cinco embarazos, el 6.87% más de cinco y el 0.62% ninguno. La paridad fué hasta antes de la colpotomía de dos a cuatro

partos en el 28.13% (45 pacientes), cinco o más partos en el 6.25% (10 pacientes), un parto en el 5.63% (9 pacientes) y ningún parto en el 1.88% (3 pacientes).

El uso de la colpotomía fué mixto (Dx y Tx) en el 23.13% (37 pacientes), diagnóstico en el 11.87% (19 pacientes) y terapéutico en el 6.87% (11 pacientes), el período de hospitalización fué de seis a diez días en el 26.88% (43 pacientes), más de once días en el 13.75% (22 pacientes) y menor de cinco días en el 1.25% (2 pacientes).

El grupo de 15 a 25 años, 25.62% (41 pacientes) tuvo de uno a tres embarazos, el 9.38% no tuvo ninguno (15 pacientes), el 6.87% tuvo de cuatro a cinco y el 1.88% (3) más de cinco. La paridad fué de dos a cuatro partos en el 17.5% (28 pacientes), el 11.87% solamente un parto (19 pacientes), nulíparas en el 12.5% (20 pacientes) y más de cinco partos el 1.88% (3 pacientes). La colpotomía fué mixta en el 29.38% (47 pacientes), terapéutica en el 8.13% (13 pacientes) y diagnóstica en el 6.25% (10 pacientes). Los días de hospitalización fueron de seis a diez en el 22.5% (36 pacientes), de once a más días en el 12.5% (20 pacientes) y menos de cinco días en el 8.75% (14 pacientes).

Pacientes menores de 15 años hubo una, la cual no tuvo antecedentes obstétricos y en quien la colpotomía posterior fué terapéutica y estuvo hospitalizada once días para un 0.62%.

#### Cuadro No. 4

El motivo de consulta más frecuente fué el Dolor abdominal difuso en el 55% (88 pacientes). Un 18.12% consultó por Hemorragia vaginal (29 pacien-

tes). Otros motivos de consulta importantes pero menos frecuentes fueron Dolor abdominal difuso + Hemorragia vaginal en 11.25% (18 pacientes), Dolor abdominal más fiebre en 8.75% (13 pacientes) y solicitud de ligadura de trompas con 4.39% (7 pacientes).

#### Cuadro No. 5

El 40% de los diagnósticos preoperatorios de absceso en fondo de saco posterior, en segundo lugar estuvo Masa anexial derecha en 20.62% (13 pacientes), en tercer lugar estuvo Metrorragia en un 13.75% (22 pacientes), luego Multiparidad con un 10%, sospecha de embarazo ectópico en 8.75% y Masa anexial izquierda en el 6.26% restante.

Es de hacer notar que a las pacientes con diagnóstico de Multiparidad (16 pacientes), se les efectuó colpotomía posterior para realizar ligadura de trompas y a un 80% de la totalidad de pacientes se les efectuó legrado instrumental uterino previo a la colpotomía.

#### Cuadro No. 6

La morbilidad de la colpotomía posterior fue de un 6.87% correspondiéndole un 3.12% a complicaciones trans-operatorias (5 casos) y un 3.75% a las complicaciones postoperatorias (6 casos).

#### Cuadro No. 7

Los diagnósticos postoperatorios coincidieron en gran parte con los preoperatorios, prevaleciendo el Absceso en fondo de saco posterior en un 36.25% (58 pacientes) efectuándose colpotomía posterior como medida terapéutica, luego Metrorragia

gia en 13.75% (22 pacientes), efectuando colpotomía posterior diagnóstica y en el 9.37% (15 pacientes) con quiste simple de ovario derecho, se efectuó colpotomía posterior tanto diagnóstica como terapéuticamente; al igual que en la mayoría de la patología restante. Es de aclarar que la apendicitis aguda perforada fué diagnosticada por medio de la colpotomía posterior, pero resuelta por vía abdominal.

#### adro No. 8

La utilidad terapéutica de la colpotomía posterior se presentó así: en los 58 casos de Absceso en fondo de saco posterior, la colpotomía fué efectiva en el 48.28% de estos casos, mientras que en el 51.72% restante se tuvo que efectuar exploración pélvica posteriormente. Para ovarios poliquísticos y quistes simples la colpotomía fué útil en 96.55% de los casos, para ligadura de trompas fue efectiva en el 100% (multiparidad), para embarazo ectópico su efectividad fué de 30.77% y el 69.23% restante se resolvió por vía abdominal.

#### adro No. 9

La mortalidad para este procedimiento fué de CERO.

## CONCLUSIONES

La incidencia de la colpotomía posterior durante el período estudiado es baja (2.71%).

Las edades más frecuentes en las que se practica la colpotomía posterior, es en pacientes jóvenes (15 a 35 años).

El motivo de consulta más frecuente Dolor abdominal difuso.

El absceso en fondo de saco posterior, Masa anexial derecha y metrorragia, fueron los diagnósticos preoperatorios más frecuentes.

El absceso de fondo de saco posterior prevaleció en el diagnóstico postoperatorio (36.25%).

La colpotomía se utilizo tanto como método diagnóstico como terapéutico.

El cincuenta por ciento de los procesos infecciosos pélvicos + absceso de fondo de saco posterior, se resolvieron únicamente por colpotomía posterior + drenaje de absceso + colocación de tubo rígido.

Uno de cada tres embarazos ectópicos diagnosticados por colpotomía posteior, fueron resueltos por esta vía.

La morbilidad de este procedimiento fué baja (6.87%)

La mortalidad fue de CERO pacientes.

## RECOMENDACIONES

1. Por lo interesante que he considerado este trabajo de tesis, y por ser el primer estudio casuístico sobre el tema, además de los datos obtenidos, recomiendo la continuidad del mismo.
2. Reconocer que dicho procedimiento tiene sus limitaciones, por lo que al afrontar problemas al efectuar el mismo, se decida resolver la patología que se encuentre por la vía abdominal.

## RESUMEN

La finalidad del presente trabajo fue revisar la totalidad de colpotomías posteriores realizadas en los últimos diez años en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt. La revisión se hizo retrospectivamente, analizando cada uno de los registros clínicos en base a las variables existentes, las cuales se clasificaron nuevamente para así elaborar los cuadros estadísticos correspondientes. Al analizar y discutir dichos cuadros, se observó que, la incidencia de la colpotomía posterior fue de 2.71%, que la edad de las pacientes a quienes se les efectuó colpotomía osciló más frecuentemente entre los 15 a 35 años de edad, el motivo de consulta más frecuente fue Dolor abdominal difuso en un 55% de las pacientes, los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron Absceso en fondo de saco posterior, masa anexial derecha y metrorragia respectivamente y que en el diagnóstico postoperatorio prevaleció el absceso en fondo de saco posterior como el más frecuente en 36.25% de los casos, la colpotomía se utilizó tanto como método diagnóstico, como terapéutico (23.13% y 20.62%), el 50% de los procesos infecciosos pélvicos + abscesos de fondo de saco posterior se resolvieron únicamente por colpotomía posterior + drenaje de absceso + Colocación de tubo rígido, la morbilidad más frecuente fue rasgadura perineal grado II (transoperatoria) y retención urinaria #1 (postoperatoria) para un 1.25% y 3.12% respectivamente y la mortalidad fue de cero pacientes; las conclusiones son similares y se recomienda la continuidad del estudio, dado los datos que se obtuvieron.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Danforth, D.N. Operative gynecology. In his: Obstetrics and gynecology. 3rd. ed. New York, Harper & Row, 1977. 1206p. (pp.1120-1167)
2. García E., Max A. Infección pélvica y tratamiento quirúrgico; estudio retrospectivo en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, 1970-1982. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 70p.
3. Giulano, Alfredo. Procesos ginecológicos infecciosos agudos. En su: Clínica y terapéutica quirúrgica. 3ed. Buenos Aires, Ateneo, 1976. 1341p. (pp.436-440)
4. Gonzalez, R.R. Esterilización tubárica por colpotomía. En su: Manual de esterilización femenina. 2.ed. Bogota, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, 1977. 317p. (pp.147-177)
5. Jop. G. Enrique. Embarazo ectópico en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt; estudio de 431 casos de Junio 1966 a Diciembre 1979. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 65p.
6. Kaser, O. et al. Pequeñas intervenciones diagnósticas y terapéuticas. En su: Atlas de operaciones ginecológicas. 3.ed. Barcelona, Toray, 1975. 595 p. (pp.43-70)
7. Kern, Günter. Gynecology. Chicago, Year Book Medical, 1976. 442p.(pp.58-59)

3. Sandberg, E.C. Synopsis of obstetrics 10th. ed.  
San Luis, Mosby, 1978. 664p.(pp.314-329)
9. Te Linde, R.W. Tratamiento de las infecciones  
pélvicas agudas. En su: Ginecología operatoria.  
3.ed. Buenos Aires, Bernades, 1966. 926p.(pp.262  
265)
0. Tovell, H.M. and L.D. Dank. Posterior colpotomy  
and tubal sterilization. In his: Gynecologic  
operations. New York, Harper & Row, 1978.  
321p. (pp.275-281)
1. Williams, J. et al. Infección puerperal. En su:  
Obstetricia. México, Salvat, 1978. 967p.(pp.  
839-857)

To Go

E. Anguado

Universidad de San Carlos de Guatemala  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

## APENDICE

ANEXO No 1

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HISTORIA CLINICA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

INDICACION \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO POST OPERTAORIO \_\_\_\_\_

MORTALIDAD \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

FECHA DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

( C I C S )

CONFORME:

*beana*  
Dr. Mario Augusto Salazar Estrada  
ASESOR.

Dr. Mario A. Salazar E.  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO No. 3716

SATISFECHO:

*[Signature]*  
Dr. José Orlando Escobar Meza  
REVISOR.

PROBADO:

*[Signature]*  
Lic. Francisco Mendizabal Prem  
DIRECTOR DEL CICS

EMASE:

*[Signature]*  
Dr. Mario René Moreno Cámara  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.  
U.S.A.C.



Guatemala, *14* de *Agosto*

de 1985.