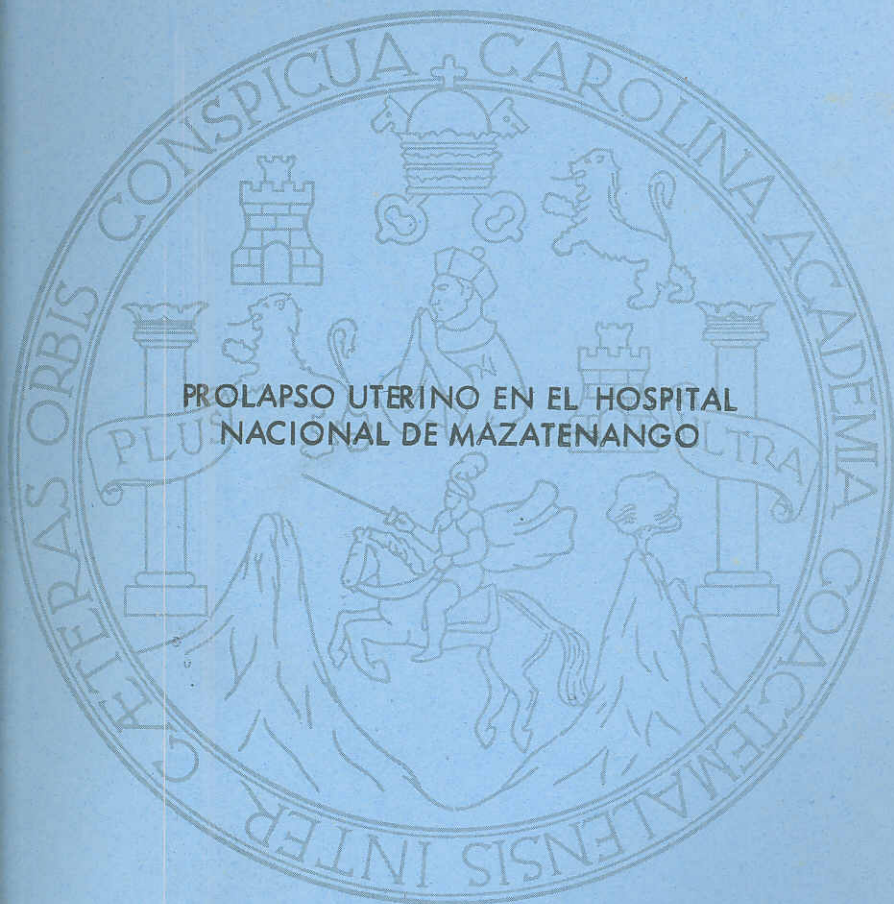


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**PROLAPSO UTERINO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE MAZATENANGO**

JUAN DOMINGO GIRON BORRAYO

- 1) INTRODUCCION
- 2) ANTECEDENTES
- 3) OBJETIVOS
- 4) HIPOTESIS
- 5) MATERIAL Y METODOS
- 6) CONSIDERACIONES GENERALES
 - a) Posición normal del útero
 - b) Medios normales del sostén del útero
 - c) Prolapso del útero
 - d) Tratamiento
- 7) PRESENTACION DE DATOS
- 8) CONCLUSIONES
- 9) RECOMENDACIONES

INTRODUCCION

A medida que uno como estudiante de medicina va pasando por los distintos servicios de un hospital, se va relacionando con una variedad de patología y a la vez, se va formando patrones estadísticos y una amplia gama de múltiples conocimientos que en el futuro nos pueden ayudar a desempeñarnos mejor en nuestra vida profesional.

En los servicios de gineco-obstetricia de cualquier hospital no es raro encontrar una cantidad elevada de casos de PRO-LAPSO UTERINO, y al mismo tiempo encontramos que en nuestro país carecemos de suficiente literatura y escasos estudios de esta entidad, a pesar de que el problema acarrea en nuestros hospitales gran número de camas ocupadas por pacientes que tanto en su pre-op como postop ocasionan al estado un gasto considerable por sus días de estancia, y sumando a esto todos los problemas y riesgos que se corren al practicar una intervención quirúrgica de esta naturaleza.

Por todas estas razones decidí basar mi trabajo de tesis en una revisión retrospectiva sobre prolapso uterino en la sala de cirugía de mujeres del hospital nacional de Mazatenango, tomando en consideración que en Guatemala y sobre todo en el medio rural, existe entre nuestras mujeres la tendencia a la multiparidad factor de sobra conocido como coadyuvante en el apareamiento de la PROCIDENCIA UTERINA. Además se considerarán otros factores como la edad, estado civil, gestas, paras, abortos, edad de menarquía y menopausia, edad en que apareció el prolapso, diagnóstico, grado de prolapso, días de estancia y complicaciones pre y post-operatorias.

El presente trabajo se realizará siguiendo cada uno de los pasos del método científico, utilizándose para el efecto el método deductivo mediante una revisión retrospectiva de las historias clínicas de todas las pacientes que ingresaron por el problema en estudio a la sala de cirugía de mujeres en un período de tiempo comprendido del primero de Enero de 1,977 al 31 de Diciembre de 1,979 (3 años), para lo cual se revisará detenidamente un total de 118 historias clínicas.

JUSTIFICACION

El presente trabajo se realizará con el propósito de aportar un grano de arena más en el inmenso desierto que se ha propuesto recorrer la abnegada tarea de la investigación científica, y porque en nuestro medio existen pocos estudios que se hayan basado en el objeto del presente.

ANTECEDENTES

- 1- CASTILLO FRANCO JUAN JOSE: Incidencia de prolapso Genital en el hospital General San Juan de Dios. Años 1958 a 1964. Trabajo de tesis de graduación de Agosto de 1966.
- 2- JUAREZ PEREZ EDGAR FELIPE: Carcinoma de Cervix asociado a prolapso uterino. Trabajo de tesis de graduación 1976.
- 3- MARTINEZ ORDOÑEZ ARCHELAO: Asociación de prolapso genital total con prolapso rectal total. Trabajo de tesis de graduación 1970.
- 4- UMAÑA PINTO MIGUEL MAURICIO: Trabajo de investigación sobre prolapso uterino en el hospital nacional de Escuintla. Trabajo de electivo en los meses de Junio y Julio de 1978.

En 1966 se hizo un estudio de 810 casos de prolapso uterino realizado por (1) en el cual se menciona una estadística presentada por los Doctores José Díaz Durán y Fco. Bauer Paiz, en el 3er. Congreso de Centroamérica sobre Ginecología y Obstetri-

cia celebrado en esta capital en el mes de Diciembre de 1958, y publicada en la memoria de dicho congreso la cual comprende 10 años (1948 - 1957). El único objetivo de este trabajo es demostrar que existe gran número de personas que padecen de esta afección lo cual representa un problema social y hospitalario.

En sus conclusiones Castillo Franco (1) menciona que la mayor incidencia de esta afección está entre los años 40 a 49 y que el prolapso genital G-III se observa con más frecuencia que los otros grados, y además la alta incidencia la atribuye a la desnutrición, alta multiparidad y a la limitada asistencia médica Obstétrica.

Por su parte Juárez Pérez (2) basa su estudio en investigar la incidencia de Ca de Cérvix asociado a prolapso uterino, llegando a la conclusión de que de 3769 pacientes hospitalizadas 0.85% presentó prolapso uterino asociado a Ca. de Cervix porcentaje similar al encontrado en otras latitudes por otros autores en 1962 a 1970. Además hace mención que la década más afectada es de 30 a 40 años, mientras que en otras latitudes se presenta más tarde probablemente debido al bajo promedio de vida de nuestro medio. Por último menciona que el 50% de las pacientes que encontró con este problema eran grandes multíparas.

Por otra parte Martínez Ordóñez (3) estudió 17 casos que presentaron concomitantemente prolapso genital total y prolapso rectal total.

De éstos, 5 casos fueron isocronos (29.4%), y con antecedentes de histerectomía vaginal por prolapso genital previo (heterócronos) fueron 12 casos (70.6%). Menciona en su trabajo que según Batista Mena y Díaz Bazán las causas del prolapso genital son: multiparidad, falta de asistencia médica durante el parto, lesiones perineales postparto, esfuerzos excesivos en el

postparto inmediato y la predisposición especial de los tejidos de sostén a la relajación. El 70% de pacientes con prolapso genital total están entre los 40 y 50 años, 73% son multíparas, 1.1% son nulíparas, y la concomitancia de prolapso genital con Ca. de Cérvix es del 2%.

Por su parte el Bachiller Umaña Pinto (4) en una revisión retrospectiva de 1 año (1/7/77 al 30/6/78) encontró 51 casos de prolapso uterino, en el hospital nacional de Escuintla. En su estudio menciona que el mayor grupo tiene un tipo de unión estable (casadas y unidas) y que no hay una verdadera relación de edad y apareamiento del P.U. ya que la frecuencia es grande tanto en mujeres jóvenes como en las de la 5ta. y 6ta. décadas de la vida. Además menciona que la incidencia decrece después de los 61 años. Por tanto llega a la conclusión de que el prolapso uterino puede aparecer en cualquier edad, después de los 20 años. Según (4) el P.U. es un problema crónico al que la mujer le da poca importancia ya que deja transcurrir un tiempo considerable para consultar al hospital.

Dentro de sus conclusiones menciona también que es rara esta afección en nulíparas y alta su incidencia en grandes multíparas. Los días de estancia en las salas ginecológicas es alto (20.73% días promedio), Por último menciona que la incontinencia urinaria fue la complicación más frecuente que encontró asociada a prolapso uterino en su estudio.

Encontró una mortalidad postoperatoria de 1.96% y el 31.37% presentó complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS QUE SE PROPONE LA INVESTIGACION

- 1- Conocer en nuestro medio la incidencia de prolapso uterino.
- 2- Determinar la frecuencia de prolapso uterino en el Hospital Nacional de Mazatenango.
- 3- Conocer la relación entre edad y aparición del prolapso uterino.
- 4- Conocer el promedio de Gestaciones, partos, y Abortos en pacientes con esta afección.
- 5- Conocer la verdadera relación entre Paridad y aparición del prolapso uterino.
- 6- Averiguar el promedio de tiempo que dejaron transcurrir las pacientes desde la aparición del prolapso uterino para consultar al Hospital.
- 7- Conocer con que frecuencia se presenta la incontinencia urinaria asociada con prolapso uterino.
- 8- Conocer la frecuencia de complicaciones asociadas al prolapso uterino, y las complicaciones postoperatorias del mismo problema.

HIPOTESIS

En el transcurso de la presente investigación se someterán a prueba las siguientes hipótesis:

- 1- El prolapso uterino también es un problema de las mujeres jóvenes a partir de los 20 años de edad.
- 2- El prolapso uterino es una afección que se presenta también en las mujeres nulíparas.
- 3- Las mujeres que tienen sus partos en sus casas tienen menor incidencia de prolapso uterino que las que son atendidas en el Hospital Nacional.
- 4- La incontinencia urinaria es la complicación que con más frecuencia se encuentra asociada a prolapso uterino.

MATERIAL Y METODOS

1- MATERIAL:

En la presente investigación se utilizará como materiales de trabajo todos los casos de prolapso uterino que hallan ingresado al hospital Nacional de Mazatenango durante los años 1977-1978-1979.

2- METODO:

El trabajo será efectuado mediante la aplicación del método científico, utilizando para el efecto el método deductivo mediante una revisión retrospectiva de los casos de prolapso uterino ingresados a la sala de Cirugía de Mujeres de Enero de 1,977 a Diciembre de 1,979.

Para llevar a cabo el estudio se procederá a revisar los cuadros 184 de cada mes de los años mencionados, de los cuales se obtendrán los registros clínicos (No. de Historia) de cada caso ingresado; luego al tener el número total de casos a estudiar, se procederá a buscar en el archivo general cada caso en particular para revisar detenidamente su expediente clínico. Además adjunto a esta hoja otra adicional con los parámetros a investigar.

3- RECURSOS:

a) HUMANOS:

- Médico Asesor
- Médico Revisor
- Médico Colaborador
- Personal del Depto. de Estadística del Hospital

b) FISICOS:

- Historias Clínicas de Casos a revisar
- Cuadros Estadísticos 184
- Papelería en General
- Utiles de Escritorio
- Máquina de escribir
- Bibliografía anterior.

CONSIDERACIONES GENERALES

POSICION NORMAL DEL UTERO:

Normalmente el útero está situado en la cavidad pelviana, entre la vejiga por delante y el recto por detrás. El eje mayor del útero sigue aproximadamente el plano horizontal, y forma ángulo casi recto con el eje mayor de la vagina.

Uno de los caracteres más notables del útero es su gran movilidad, según puede comprobarse en los exámenes de la pelvis - de mujeres sanas.

MEDIOS NORMALES DE SOSTEN DEL UTERO:

El útero es mantenido en posición normal por tres factores:

Suelo Pélvico: Los planos aponeuróticos del suelo pélvico se insertan poco más o menos a nivel del orificio interno, siendo la banda más fuerte la condensación musculoaponeurótica de la base del ligamento ancho, la cual forma el llamado ligamento de MACKENRODT o CARDINAL.

Ligamentos del Utero:

Los de mayor importancia son los ligamentos anchos y los uterosacros. Esto se debe a que en la base de aquellos se encuentra la condensación aponeurótica a que nos hemos referido antes con el nombre de ligamento cardinal, y a que los ligamentos ute-

rosacros presentan también una fuerte banda aponeurótica que se extiende posteriormente hasta la unión de la segunda y tercera vértebras sacras. A los ligamentos Redondos fuera de la gestación, su laxitud y trayecto curvo hacen difícil atribuirles una función de sostén.

Presión Intraabdominal:

Normalmente esta fuerza, se ejerce sobre la pared posterior del útero inclinándolo hacia abajo y adelante, con lo cual contribuye a acentuar la posición normal del órgano.

PROLAPSO DEL UTERO (Descenso Uterino, Hernia Pudenda)

Se trata de una afección muy común, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres ancianas que en mujeres jóvenes.

Esto se explica si se tiene en cuenta la mayor laxitud y atonía de los elementos musculares y aponeuróticos en etapas avanzadas de la vida. De esta manera los efectos de las lesiones obstétricas pueden extenderse y evidenciarse en forma de prolapso uterino, muchos años después del último parto.

El factor decisivo en el mecanismo del prolapso es sin duda alguna la lesión o distensión extrema del suelo pélvico especialmente de los ligamentos cardinales, a nivel de la base de los ligamentos anchos. Asociada a ella se ve por lo regular una extensa lesión de las estructuras perineales, que provoca extensa relajación vaginal y también lesiones a nivel de la aponeurosis de la pared vaginal anterior o posterior, con formación de cistocele o rectocele.

También se ven casos de mujeres que jamás han dado a luz; en ellas el prolapso representa aparentemente una hernia del útero a través de un punto débil de la aponeurosis del suelo pélvico.

El prolapso se denomina de primer grado cuando el cuello del útero prolapsado, sigue el eje de la vagina y se encuentra dentro del orificio vaginal. Es de segundo grado cuando el cuello se encuentra en el introito o cercano al mismo. En el de tercer grado el cuello se proyecta más allá del orificio vaginal (Procidencia Uterina).

A parte del prolapso y del cistocele o rectocele que con frecuencia se asocian, existen otras secuelas patológicas. No es raro que se presenten la ulceración del cuello (Úlcera de decúbito) como resultado de la fricción del órgano contra los muslos o roce con los vestidos. Cuando hay gran relajación, puede producirse inversión completa de la vagina y el conducto literalmente se gira al revés. Además se puede producir una angulación del uréter, a nivel de la unión con la vejiga, con dilatación intensa del mismo.

Los síntomas por lo corriente son causados por la protusión mecánica del útero. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, es posible cierta sensación de pesadez a nivel del bajo vientre, así como dorsalgia ligera, debiéndose sin lugar a duda a la tracción que sobre los ligamentos del útero produce el prolapso y la congestión venosa a que da lugar.

El diagnóstico debe establecerse siempre por examen de la pelvis. La inspección muchas veces revelará de inmediato la existencia de prolapso, si pertenece a los grados III y IV; en caso de los grados I y II se ordenará a la paciente que puje, con lo cual el cuello se proyectará en la vagina y es posible que llegue

al introito. Esta misma maniobra suele revelar la existencia de cistocele o rectocele. Si los pujos no provocan protusión, se utilizarán pinzas para traccionarlo.

El diagnóstico diferencial se hará con la simple hipertrofia del cuello observada en ocasiones. El cuello puede alargarse en forma tal que aparezca en el introito y lo sobrepase.

TRATAMIENTO

Histerectomía Vaginal:

Es adecuada para todos los casos de prolapso, combinada con reparación anterior y posterior brinda excelentes resultados. Además suprime el asiento usual del cáncer de la matriz, tumores o hemorragias ulteriores y claro está es esterilizante.

Operación de Manchester:

Se puede corregir cualquier grado de prolapso, aunque a veces solo la utilizan para los grados menores del mismo, especialmente los acompañados de cistocele voluminoso.

Operación De Le FORT (Colpocleisis):

Cuando fracasan otros procedimientos a veces es necesario el cierre total de la vagina. Evidentemente esta operación solo se emplea en mujeres muy ancianas o viudas.

PRESENTACION DE DATOS

CUADRO No. 1

EDAD:	Casos	
20-25	2	2%
26-30	4	3%
31-35	9	8%
36-40	14	12%
41-45	17	14%
46-50	12	10%
51-55	17	14%
56-Más	43	37%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL:	Casos	
CASADAS	38	32%
UNIDAS	50	42%
SOLTERAS	28	24%
VIUDAS	2	2%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 3

GRUPO ETNICO:	Casos	
LADINAS	40	34%
INDIGENAS	78	66%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

GESTACIONES

	Casos	
0-	0	0%
1-3	9	8%
4-10	90	76%
11-Más	19	16%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 4
PARTOS

	Casos	
0-	0	0%
1-3	13	12%
4-10	92	81%
11-Más	8	7%
	<u>113</u>	<u>100%</u>

ABORTOS

	Casos	
0-	75	64%
1-3	38	32%
4-10	5	4%
11-Más	0	0%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 5
EDAD DE MENARQUIA

	Casos	
12 años -	21	18%
13 " -	46	39%
14 " -	42	35%
15 " -	9	7%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 6
EDAD DE MENOPAUSIA

	Casos	
40 años	2	3.0%
41	1	1.3%
42	1	1.3%
43	2	3.0%
44	1	1.3%
45	16	22.0%
46	17	24.0%
47	12	17.0%
48	8	11.0%
49	8	11.0%
50	4	5.5%
	<u>72</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 7

EDAD EN QUE APARECIO EL PROLAPSO UTERINO

	Casos	
21 a 30 años	8	7%
31 a 40 años	34	29%
41 a 50 años	27	23%
51 a 60 años	26	22%
61 a 70 años	16	13%
70 o Más	7	6%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 8

TIPO DE PROLAPSO UTERINO

	Casos	
Prolapso Uterino con Cisto-Rectocele	22	19%
Prolapso Uterino con Cistocele	55	46%
Prolapso Uterino	41	39%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 9

GRADO DE PROLAPSO UTERINO

	Casos	
GRADO - I	1	0.8%
GRADO - II	39	33.0%
GRADO - III	52	44.0%
GRADO - IV	26	22.0%
	<u>118</u>	<u>100.0%</u>

CUADRO No. 10

TIPO DE TRATAMIENTO

	Casos	
Pidieron Egreso sin Tx.	6	5.8%
Histerectomía Vaginal más correcciones	107	90.2%
Histerect. Abdominal más apendicectomía	2	1.6%
Histerect. Abdominal más Ooforectomía bilat.	1	0.8%
Histect. Abdominal por Fibromatosis Uterina	2	1.6%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 11

DIAS DE ESTANCIA

	Casos	
1 - 10 días	42	32%
11 - 20 días	41	35%
21 - 30 días	22	18%
30 - Más	13	11%
	<u>118</u>	<u>100%</u>

CUADRO No. 12

COMPLICACIONES PREOPERATORIAS

	Casos	
Incontinencia Urinaria	55	75 %
Ulceración del Cuello	4	5.4%
Infección Urinaria	3	4.1%
Hemorragia Vaginal	3	4.1%
Hernia Inguinal	3	4.1%
Hernia Umbilical	2	3.0%
Anemia Nutricional	3	4.1%
	<u>73</u>	<u>100.0%</u>

CUADRO No. 13
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	Casos	
INFECCION VAGINAL	5	23%
Infección Urinaria	5	23%
Enfermedad Diarreica	5	23%
Hemorragia Vaginal	3	14%
Retención Urinaria	2	9%
Ruptura Vesical	1	4%
Muerte	1	4%
	<hr/>	
	22	100%

CONCLUSIONES

- 1- El prolapso uterino es un problema que se puede presentar en cualquier edad reproductiva a partir de los 20 años de edad, encontrándose en este grupo al 2% de los casos estudiados; sin embargo, su frecuencia es mayor después de la cuarta década (14%) con una incidencia muy alta después de los 56 años (37%).
- 2- El prolapso uterino es un problema crónico, al que la mujer Guatemalteca le da poca importancia ya que el tiempo que dejaron transcurrir desde que lo empezaron a presentar hasta consultar al hospital fue muy alto.
- 3- La mayoría de las pacientes que sufren esta afección tienen un grupo familiar estable, en su mayor parte unidas (42%) y casadas (32%), el resto eran solteras o viudas.
- 4- Debido a que la mayor parte de nuestra población es indígena, el prolapso uterino se presentó en estas mujeres en un 66%, contra un 34% de las mujeres ladinas estudiadas. Además considero que este hecho se debe también a que la mujer indígena por su ignorancia sobre métodos de planificación familiar, tiende a la multiparidad y en su mayoría no tienen asistencia médica durante el parto.
- 5- Las pacientes que padecen prolapso uterino en su mayoría son grandes multíparas, pues el 76% del total de las mujeres estudiadas con esta afección habían dado a luz más de 4 hijos, y no se encontró ningún caso en mujeres nulíparas.

- 6- El prolapso uterino es un problema que generalmente va asociado a cistocele (46%), y de rectocele (19%), encontrándose como problema aislado en el 35% de las pacientes.
- 7- El prolapso uterino grado III fue el más diagnosticado (44%), luego el grado II (33%), y por último el grado IV (22%).
- 8- La incontinencia urinaria fue la complicación que con más frecuencia se encontró asociada a prolapso uterino (75%), lo cual comprueba la veracidad de la cuarta hipótesis planteada.
- 9- No se pudo comprobar la falsedad o veracidad de la tercera hipótesis por no encontrarse estos datos en las papeletas de las pacientes estudiadas.
- 10- El tratamiento más utilizado en el H.N.M. para el prolapso uterino fue la histerectomía vaginal más correcciones (90.6%), en 5 casos se practicó histerectomía abdominal, 2 de ellos con apendicectomía, 2 con fibromatosis uterina, y uno con Ca. de Cérvix comprobado por patología.
- 11- El promedio de días de estancia por paciente en la sala de Cirugía de mujeres fue alto (17.6%).
- 12- El 20.4% presentó complicaciones postoperatorias, de las cuales se presentaron con mayor frecuencia las infecciones urinarias (23%), enfermedad diarreica (23%), y las infecciones del muñón (23%).
- 13- La mortalidad postoperatoria por esta afección es muy baja en el H.N.M. (0.8%), esto quizás debido a que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas (70%) se dejaron an

tibióticos profilácticos.

- 14- Por último diremos que la menarquía se presentó en las mujeres estudiadas como promedio a los 13.5 años, y la menopausia a los 46 años.

RECOMENDACIONES

- 1- Recomiendo que se llenen más formalmente las historias clínicas de las pacientes que ingresen al hospital para no omitirse datos que puedan ser útiles al hacerse una revisión de esta naturaleza.
- 2- Recomiendo que se mejoren los programas de planificación familiar en este departamento, ya que el prolapso uterino se presentó más en grandes multíparas.
- 3- Mejorar el funcionamiento de la sala de Cirugía de Mujeres para disminuir el alto promedio de días de estancia.
- 4- Emplear otras técnicas quirúrgicas en mujeres más jóvenes.
- 5- Mejoramiento de la técnica operatoria para evitar futuras complicaciones post-operatorias.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Archivo del Hospital Nacional de Mazatenango
- 2) JEFFCOATE, Sir Norman
Ginecología. Tercera Edición.
Trad. Henry Castillo Rincón. Argentina
Editorial Inter-americana.
- 3) NOVAK, Edmundo R. SEEGAR, Jones G. Howarll W.
Jones Jr.
Ginecología. Novena Edición.
Trad. Alejandra Terán
Editorial Interamericana
Argentina, 1977.
- 4) MONTENEGRO, P. Humberto
HISTERECTOMIA VAGINAL TECNICA DE HEANEY
Tesis de Graduación Fac. de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala 1949.
- 5) BRAVO SANDOVAL, Jorge
LA MORBILIDAD EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL Y EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL. Ginecología y Obstetricia de México, Mayo 1973.
- 6) GRAY. A. L. INDICATIONS, TECHNICS AND COMPLICATIONS IN VAGINAL HYSTERECTOMY. Obstetrics and Gynecology. 28:114. Junio 1966.

7) Revista Profesional Científica y Cultural.
TECNICA DE HISTERECTOMIA VAGINAL
Dr. Julio Castellanos Gutiérrez
Enero 15 de 1976

8) BENSON, C. RALPH
Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos.
1a. Reimpresión 1979.
Trad. por Dr. Armando Soto R.
Editorial El Manual Moderno.

9) STANLEY Robbins
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas
Vol. 18 N.3 Sept. 1975 PP 187-205.

10) GALLO D.
Generales Factors Ingenital Prolapse
Obstetrics And Gynecology Mex
15, 530- 4N00.

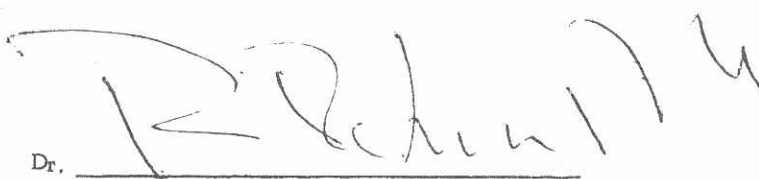
Br.


JUAN DOMINGO GIRON BERRAYO



Asesor.

DR. JULIO DAVID LAM

Dr.



Revisor.

DR. RICARDO DE LEON REGIL


Director de Fase III

DR. HECTOR ALFREDO NUILA E.

Dr.


Secretario

DR. PAUL A. CASTILLO

Dr.


Decano.

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO