

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROLAPSO UTERINO Y SU ASOCIACION A CANCER”

**(Estudio retrospectivo en el Hospital Roosevelt
de los años 1973 a 1983)**

T E S I S

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

P O R

THARA WALKYRIA BONE VELA

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

	PAGINA
1. INTRODUCCION	1
2. JUSTIFICACION	3
3. OBJETIVOS	5
4. REVISION BIBLIOGRAFICA	7
5. MATERIAL Y METODOS	35
6. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	43
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
8. RESUMEN	51
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
10. ANEXO	55

INTRODUCCION

El prolapso uterino es una complicación tardía de lesiones producidas durante un parto traumático, de episiotomías mal suturadas, así como factores nutricionales, anemias y esfuerzo físico y ocasionalmente es de etiología congénita. Esta patología a pesar de ser una complicación tardía, ya que su incidencia es sobre todo en edad avanzada, (aunque hay casos reportados en jóvenes), puede tener serias consecuencias como lo son: a) formación de úlceras en el útero prolapsado e infección de las mismas y las complicaciones que conlleva, como lo son relajación de las demás estructuras que se encuentran en contacto con el canal vaginal (vejiga y recto). (13)

Sabemos que el cáncer del cérvix por su frecuencia y extrema gravedad, es quizás la más importante de las afecciones a que el ginecólogo tiene que enfrentarse. La edad promedio de las pacientes a las que se les diagnostica cáncer del cérvix es de 45 años y más, se ha encontrado una alta incidencia en mujeres que inician su vida sexual antes de los 18 años, en aquellas que tienen varios contactos sexuales y en aquellas que tienen un mayor número de embarazos. (13)

El objetivo primordial de este trabajo es, determinar la relación existente entre cáncer del cérvix y prolapso uterino; así como hacer una apreciación del promedio de gestaciones, partos y abortos en pacientes con esta afección y por último apreciar también la relación entre el tipo de atención del parto y el apareamiento del prolapso uterino.

Para efectuar dicho estudio se revisaron 492 papeletas correspondientes a los casos de prolapso uterino ingresados al departamento de ginecología del Hospital Roosevelt durante un período de 10 años (del 1o. de enero de 1973 al 31 de diciembre de 1983). Se utilizó para cada papeleta una boleta de recopilación de datos elaborada por el investigador. (Ver anexo)

Se logró determinar que la relación existente entre prolapso uterino y cáncer del cérvix de 492 casos revisados fue de 4.6o/o, el promedio de Gestas y Partos para estas pacientes fue de 4 a 6 y en

su mayoría fueron atendidas por comadrona (60-70o/o).

Por último creo una razón más de la planificación familiar, el control de la natalidad, ya que al prevenir la multiparidad se previene también este tipo de afecciones.

JUSTIFICACION

Al enterarme del número elevado de pacientes con problema de Prolapso Uterino que acuden a consulta al Hospital Roosevelt y debido a que su tratamiento es preferentemente quirúrgico, lo cual representa gastos hospitalarios, decidí basar mi trabajo de tesis en un estudio de los casos que se han presentado desde enero de 1973 hasta diciembre de 1983, sobre Prolapso Uterino y su asociación a cáncer del cérvix ya que éste último también es de manejo propiamente hospitalario.

Tomando en consideración, asimismo al hecho de que las pacientes se presentan a consulta cuando sus afecciones ya están avanzadas y que en nuestro medio las mujeres tienen tendencia a la multiparidad, factor de todos conocido como coadyuvante en el apareamiento de procidencia uterina.

OBJETIVOS

1. Determinar la frecuencia de Prolapso Uterino asociado a cáncer en el Hospital Roosevelt.
2. Conocer el promedio de gestaciones, partos y abortos en pacientes con esta afección.
3. Conocer la verdadera relación entre paridad y aparición de Prolapso Uterino.
4. Conocer qué relación hay entre el tipo de atención del parto y el apareamiento de Prolapso Uterino.

REVISION BIBLIOGRAFICA PROLAPSO UTERINO

CONSIDERACIONES GENERALES

El prolapso uterino (hernia del piso pélvico, hernia pudenda) es la procidencia anormal del útero a través de una abertura en el piso pélvico o hiato genital. A semejanza del cistocele, rectocele y enterocele, las condiciones que habitualmente se encuentran asociadas con el prolapso uterino ocurren la mayoría de las veces en las multíparas caucásicas como un resultado gradualmente progresivo de las lesiones del parto a la aponeurosis endopélvica (y sus condensaciones, los ligamentos uterosacros y cardinales) y las laceraciones de los músculos, en especial del elevador del ano y los del perineo. El prolapso uterino también puede ser el resultado de tumores pélvicos; trastornos de los nervios sacros, especialmente lesión a S1-S4 (como sucede en la espina bífida), neuropatía diabética; accidentes por la anestesia caudal y tumores presacros. Los factores adicionales que promueven el prolapso uterino son: (1) condiciones generales, incluyendo obesidad, asma, bronquitis crónica y bronquiectasia, y (2) trastornos locales como ascitis y grandes tumores uterinos ováricos.

Un tipo congénito de prolapso uterino es el que se observa con rareza en la recién nacida durante el llanto o vómito intenso. También se observa ocasionalmente en nulíparas, inclusive en vírgenes con músculos elevadores del ano fuertes e intactos y un hiato genital estrecho; al parecer el prolapso en estas mujeres es la resultante de una debilidad inherente de los soportes de la aponeurosis endopélvica del útero y la vagina. Como regla, en el prolapso uterino del tipo común, el estado sintomático no se alcanza sino hasta muchos años después del evento causativo (por ejemplo, parto traumático). Este hallazgo sugiere que el envejecimiento y la atenuación involutiva de las estructuras que dan soporte desempeña un papel muy importante.

Un útero que se halla en posición de retroversión está especialmente sujeto al prolapso; con el cuerpo alineado con el eje de la vagina, cualquier cosa que aumente la presión introabdominal ejerce una acción semejante a un pistón sobre el

útero, empujándolo hacia el interior de la vagina.

El prolapso de un muñón cervical (después de la histerectomía abdominal subtotal) no difiere en forma significativa del prolapso del útero intacto. Ciertamente, los oviductos y los ligamentos redondos y útero-ováricos han sido divididos, pero estas estructuras no contribuyen al soporte del muñón cervical (o al útero).

El grado de prolapso uterino corre paralelo con la extensión de la separación de sus estructuras que le dan soporte. En el prolapso intravaginal leve o incompleto, el útero desciende sólo una parte hacia abajo en el interior de la vagina; en el prolapso moderado, desciende hasta el introito y la cérvix hace procidencia levemente hacia afuera; y en el prolapso completo (procidencia), toda la cérvix y el útero sobresalen más allá del introito y la vagina se encuentra invertida.

Los principales componentes del piso pélvico semejante a una meseta son los huesos pélvicos (incluyendo al cóccix), la aponeurosis endopélvica y los músculos del perineo, y los elevadores del ano. Estas estructuras normalmente sostienen y mantienen la posición de las viseras pélvicas a pesar de grandes aumentos de la presión intraabdominal que ocurre con el acto de pujar, toser y el levantamiento de objetos pesados cuando la enferma se encuentra en la posición erecta. El hiato urogenital (hendidura anterior del elevador del ano) que permite que la uretra, la vagina y el recto emerjan de la pelvis, constituye un sitio de debilitamiento potencial. La atenuación de las porciones pubococcigeas y puborrectales de los músculos elevadores del ano, ya sea que constituya la resultante de un parto traumático o de cambios involutivos, extiende la "hendidura del elevador" y convierte a este debilitamiento potencial en un defecto actual. Si ha habido una lesión concomitante o atenuación de la fascia endopélvica (ligamentos uterosacros y cardinales, aponeurosis rectovaginal y pubocervical) la presión intrabdominal aumentada, conduce gradualmente al prolapso uterino con cistocele, rectocele y enterocele. Si la integridad de la aponeurosis endopélvica y sus condensaciones ha sido mantenida, la insuficiencia del hiato genital y de los músculos elevadores puede estar asociada sólo con el

alargamiento de la cérvix.

El relajamiento anterior y posterior de la vagina, al igual que la insuficiencia del perineo, acompaña a menudo al prolapso del útero. Un gran cistocele es más común que el retocele en el prolapso, debido a que la vejiga es transportada con mayor facilidad hacia abajo que el recto. Antes de la menopausia, el útero prolapso se hipertrofia y se encuentra congestionado y bofo. Después de la menopausia, el útero se atrofia. En la procidencia, la mucosa vaginal se engruesa y se cornifica, llegando a parecerse a la piel. (1 y 13)

ANATOMIA Y DINAMICA

Las estructuras involucradas en el sostén del útero y de las paredes vaginales en sus posiciones normales, para fines prácticos quirúrgicos pueden ser considerados en cuatro grupos: Tal vez se catalogue un poco elemental el considerar anatomía en un trabajo de este tipo pero es esencial dar a entender los conceptos anatómicos cuando se considera una restauración quirúrgica como la hecha en la corrección del prolapso uterino y sus condiciones asociadas. Los grupos de estructuras concernientes al sostén del útero en su posición normal son las siguientes:

1. Ligamentos intraabdominales: a) Ligamentos redondos, b) Ligamentos uterosacros y c) las bases de los ligamentos anchos (ligamentos cardinales, ligamentos transversalis colli o ligamento de Mackenrodt)
2. Las estructuras que mantienen las paredes vaginales intactas: a) Fascia entre pared vaginal anterior y la vejiga (fascia subvesical o pubo vesicovesical), b) fascia comprendida entre la pared vaginal posterior y el recto. (Fascia perirectal)
3. El cul-de-sac de Duglas.
4. El piso muscular de la pelvis (principalmente los músculos elevadores del ano.

A continuación consideraremos cada una de estas estructuras

en su función para mantener los órganos reproductivos en su posición adecuada.

LIGAMENTOS REDONDOS

Si se observan los ligamentos redondos en un abdomen abierto de una mujer con el útero en anteposición normal ellos yacen flácidos no tensos, ¿Cómo pueden entonces ser un factor en el mantenimiento del útero en su posición normal? Su función es regresar el útero hacia su posición anatómica normal después de que ha sido desplazado hacia atrás por una vejiga sobre distendida o durante el embarazo.

Cuando el útero se encuentra en anteposición forma ángulo recto con el eje de la vagina, cuando está en retroposición el eje del útero corresponde más o menos al de la vagina por consiguiente está entonces en una posición ideal para ser forzada hacia abajo dentro de la vagina cuando se aumenta la presión intraabdominal como ocurre al toser, al levantar objetos pesados y al efectuar trabajos físicos forzados; una vez que el útero ha regresado a su posición normal, la presión intraabdominal es ejercida sobre la parte posterior del cuerpo. La presión intraabdominal aumentada, aún entonces, puede causar descenso leve y usualmente temporal del útero pero no causa extensión de éste lo cual ocurre cuando el útero está en retroposición y la relación del útero con la vagina es aquella de un pistón con el cilindro de una máquina.

Para observar cómo la presión intraabdominal empuja hacia abajo un útero situado, sólo se tiene que hacer toser a una paciente cuando se hace un examen bimanual.

De lo anterior se deduce que es obvio que un retrodesplazamiento predispone al descenso del útero, el grado de descenso depende sin embargo, principalmente de la condición de las otras estructuras de soporte por abajo de los ligamentos redondos.

LIGAMENTOS UTEROSACROS

Los ligamentos uterosacros, desempeñan una función

importante en el mantenimiento del útero en su posición y son estructuras útiles en la corrección quirúrgica de mal posición uterina y enterocele, esos ligamentos son parte de una fascia endopélvica lo cual se encuentra debajo del peritoneo pélvico. Están compuestos de tejido fibroso fuerte y se extienden desde los lados de la cara posterior del cérvix hasta aproximadamente el nivel de la Os interna a la superficie interior del saco. Sostienen el cérvix hacia atrás y arriba, al hacer ésto tienen tendencia a mantener el cuerpo hacia adelante para que así la presión intraabdominal interna sea ejercida sobre la cara posterior. Cuando estos ligamentos son atenuados consiguientemente por embarazo o trabajos físicos forzados el cérvix se balancea hacia delante y hacia abajo y el cuerpo puede balancearse posteriormente.

La presión intraabdominal entonces tiene una tendencia a empujar el útero dentro de la vagina, la importancia de los ligamentos uterosacros en el mantenimiento del útero en su posición puede ser fácilmente demostrada en el curso de una histerectomía vaginal. Como cada ligamento es cortado, el asistente, haciendo tracción en el cérvix con un tenáculo, puede sentir el útero descender.

LIGAMENTOS ANCHOS

Las bases de los ligamentos anchos son también parte de la fascia endopélvica. Están cubiertos con serosa y se extienden desde los lados del cérvix hasta las paredes pélvicas laterales. En la mujer nulípara normal son estructuras fuertes compuestas de tejido fibroso resistente. Las hormonas del embarazo tienen una tendencia a suavizar este tejido, en el trabajo de parto y en la presión intraabdominal aumentada secundaria a un parto difícil se extienden estos ligamentos permitiendo así el descenso del útero. Hay también indudablemente una debilidad congénita de estos ligamentos en algunas mujeres por lo que puede encontrarse ocasionalmente una mujer nulípara quien nunca ha hecho una labor física fuerte, con prolapso uterino. Contrariamente algunas mujeres que han tenido varios niños con poca o sin ninguna ayuda obstétrica no presentan debilidad de la fascia endopélvica y no tienen descenso del útero. (14 y 15)

VAINAS DE LA FASCIA VAGINAL

La vagina nulípara normal mantiene su posición gracias a su fascia semirígida anteriormente y posteriormente; anteriormente la fascia se extiende de la cara posterior de la sínfisis bajo la uretra y la vejiga y se inserta en la cara anterior del cérvix. El extremo superior de esta fascia puede ser demostrado en una histerectomía abdominal donde debe ser cortado al efectuar una histerectomía intrafascial. Sostiene a la uretra y la vejiga y normalmente evita que se hernien dentro de la vagina. Ha existido considerablemente controversia entre los ginecólogos sobre la estructura histológica de esta "Fascia". Verdaderamente hay algunos que insisten que no debería llamarse fascia indiferentemente de su estructura histológica su función es sostener a la vejiga y su reconstrucción es necesaria al reparar un cistocele. En la parte posterior hay una vagina similar entre la pared rectal anterior y la mucosa vaginal posterior, esta fascia es más fuerte en su mitad inferior, un hecho que es de importancia quirúrgica porque esta fascia inferior fuerte puede a menudo, ser elevada para corregir la herniación de un rectocele alto dentro de la vagina, ambas paredes fasciales pueden ser extendidas y rasgadas durante el parto formando la base para un desarrollo subsecuente de cistouretrocele o rectocele. Hay un factor congénito en la formación de cisto y rectoceles y esto es evidente por el hecho de que ocasionalmente se desarrollan en una mujer nulípara.

Contrariamente algunas gran multíparas tienen buen soporte de la vagina anterior y posteriormente.

EL CUL-DE-SAC

El Cul-de-sac; la bolsa ciega de peritoneo que se encuentra posterior al cérvix y a la vagina superior y anterior al recto, congénitamente varía grandemente en tamaño. El peritoneo por sí mismo, tiene muy poca fuerza de soporte. Debajo del peritoneo hay tejido conectivo areolar, el cual es débil y suelto; de aquí, que no sea raro que el saco peritoneal se dice que hacia abajo entre la pared vaginal posterior y el recto, formando un saco herniario, el cual es usualmente ocupado por intestino delgado. Existe duda de que congénitamente el profundo cul-de-sac esté más sujeto a

formación de enterocele, que el superficial. Las mismas condiciones mencionadas anteriormente, que incrementan la presión intraabdominal son responsables de la formación de enterocele.

PISO MUSCULAR DE LA PELVIS

Finalmente, está el piso muscular de la pelvis sobre el cual descansa la vagina y finalmente el útero. Está formado principalmente por los músculos del elevador ancho del ano. Las fibras pubococcigeas de ambos lados rodean la vagina y se insertan en la línea media, formando el perineo entre la vagina y el ano. Continúan más allá posteriormente, uniéndose en la línea media para formar el rafé pubococcigeo y finalmente se insertan en el cóccix. El rasgamiento de estos músculos, ya sean lateralmente o en la línea media, debilita la base sobre la que descansa la vagina, y facilita el descenso de las paredes vaginales y del útero.

El propósito de revisar estos puntos anatómicos es enfatizar que los defectos pueden ocurrir en cualquiera o en todas estas estructuras de soporte y que la reconstrucción plástica de la parte afectada es necesaria para el éxito de la reparación. Esto significa que hay gran variación en los defectos y que cada caso debería ser examinado cuidadosamente en el pre-operatorio, para determinar el sitio exacto del defecto y su extensión. Considerando ésto, es evidente que habrá considerable variación en el procedimiento quirúrgico para la corrección de los varios defectos. (14 y 15)

El juicio para la corrección quirúrgica del prolapso uterino y sus condiciones asociadas dependen tanto de la evaluación de la sintomatología como de los hallazgos físicos.

Aparte del prolapso uterino, y del cistocele o rectocele que con frecuencia se le asocian, existen otras secuelas patológicas. No es raro que se presente la ulceración (úlceras de decúbito) del cuello, como resultado de la fricción del órgano contra los muslos de la enferma o del roce con los vestidos o servilletas protectoras que usan muchas pacientes. Otro hecho bastante común es la hipertrofia del cuello, que muchas veces se alarga enormemente, pero puede observarse sin prolapso, incluso en nulíparas, al parecer como proceso congénito.

Cuando hay gran relajación, puede producirse inversión completa de la vagina, y el conducto lateralmente se gira al revés. El efecto secante del aire produce engrosamiento de la mucosa vaginal que la asemeja a la piel, con ulceraciones y hemorragias. Además el prolapso y el cistocele intenso pueden causar angulación del uréter, a nivel de la unión con la vejiga, con dilatación intensa del mismo por arriba. Cuando existe prolapso completo deberán llevarse a cabo sistemáticamente pielogramas.

DATOS CLINICOS

El diagnóstico por lo general, es sencillo; en realidad cuando la enferma nos viene a consultar se queja frecuentemente de que padece de "caída de la matriz". A pesar de que un antecedente de partos difíciles o realizados con ayuda de instrumental resulta sugestivo, no tiene gran valor para diagnóstico, el cual debe establecerse siempre por el examen de la pelvis. (13)

A. SINTOMAS Y SIGNOS: Con el prolapso leve (grado 1; la cérvix palpable como una masa firme en el tercio inferior de la vagina) pocos síntomas pueden ser atribuibles al relajamiento. Con el prolapso moderado (grado 2-3; la cérvix es visible y se proyecta en el interior o a través del introito vaginal), la enferma puede experimentar una sensación de "descenso" o puede describir que se encuentra "sentada sobre una pelota"; de menor significado puede ser la sensación de pesantez en la pelvis, el dolor de la parte baja de la espalda y el malestar con sensación de jalonamiento en la parte baja del abdomen y de la ingle. En el prolapso grave (procidencia; grado 4), la cérvix y todo el útero se proyecta a través del introito y la vagina se encuentra totalmente invertida. Con frecuencia, esta gran masa tendrá una o más zonas de sangrado fácil con ulceración trófica.

En las mujeres premenopáusicas con prolapso, con frecuencia aparece leucorrea y menometrorragia, como resultado de la congestión uterina. La esterilidad es atribuida a menudo a la secreción excesiva. Sin embargo, una vez que se encuentra bien establecido, el embarazo, por lo general, continúa hasta su término. Después de la menopausia, el moco vaginal en exceso y el sangrado

puede deberse a ulceración trófica y a infección del prolapso.

La compresión, distorsión o herniación de vejiga urinaria, por el útero y la cérvix desplazadas, pueden ser las responsables de la acumulación de orina residual, la cual conduce a infección del sistema urinario, a polaquiuria y a la micción por rebalzamamiento. Es rara la presencia de incontinencia. La constipación y la defecación dolorosa ocurre con el prolapso debido a la compresión y al rectocele. La facilitación y terminación de la micción, y la defecación puede seguir la reducción manual del prolapso por la enferma. Los calambres y la constipación puede aparecer después de la constricción intestinal dentro de un gran enterocele.

B. EXAMEN PELVICO: Con la enferma de pie o inclinada y pujando, la exploración pélvica revela el descenso de la cérvix hasta el tercio inferior de la vagina (prolapso leve), descenso más allá del introito (prolapso moderado) o descenso de todo el útero a través del introito (prolapso completo). A medida que el útero desciende progresivamente deberá desarrollarse cierto grado de cistocele y enterocele en forma concomitante, como resultante de la fijación anatómica de la base de la vejiga urinaria y del fondo de saco a las superficies uterocervicales anterior y posterior. De hecho, un supuesto prolapso uterino no acompañado por cistocele y enterocele es casi invariablemente el resultado del alargamiento cervical.

Las trompas uterinas, ovarios, vejiga urinaria y las porciones distales de los uréteres; son jalonadas hacia abajo por el útero prolapsante. Las neoplasias uterinas o de los anexos y la ascitis asociada con el prolapso uterino, deberían de ser tomadas en cuenta en el diagnóstico diferencial.

La exploración rectovaginal puede revelar un rectocele. Un enterocele puede hallarse atrás y quizá por abajo de la cérvix, pero enfrente de un rectocele. Puede emplearse una sonda metálica o un catéter sólido introducido en el interior de la vejiga para determinar la extensión del cistocele concomitante.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El alargamiento cervical presenta el mayor problema en el diagnóstico diferencial. La distinción es importante debido a que la histerectomía vaginal (el tratamiento operatorio acostumbrado para el prolapso uterino) puede resultar una operación difícil cuando es ejecutada para el alargamiento cervical. Con el estiramiento de la cervix, la exploración vaginal revela que las cúpulas vaginales anterior, posterior y laterales se encuentran en su nivel alto acostumbrado y desciende muy poco con el acto de pujar; las paredes vaginales anterior y parte alta de la posterior se encuentran bien sostenidas (hay mínimo cistocele o enterocele o nada) y el cuerpo uterino permanece en una posición relativamente alta y posterior.

Los tumores cervicales al igual que los tumores del endometrio (miomas pedunculados o pólipos endometriales) si se prolapsan a través de una cervix dilatada y aparecen en el tercio inferior de la vagina, pueden confundirse con el prolapso uterino leve o moderado.

El prolapso del útero también deberá distinguirse del cistocele, rectocele, inversión uterina, impacto fecal o una gran piedra vesical. Los miomas o los pólipos pueden coexistir con el prolapso del útero provocando síntomas poco habituales.

A pesar de la gama de posibilidades, la historia clínica y los hallazgos físicos en el prolapso uterino son tan características que el diagnóstico, por lo general, no constituye problema alguno.

COMPLICACIONES

La leucorrea, el sangrado uterino anormal y el aborto pueden resultar de la infección o de la circulación sanguínea alterada del útero o del ovario en el prolapso. La úlcera crónica en la posición de descúbito puede desarrollarse en la procidencia del útero, pero no se sabe si las úlceras predisponen o no el cáncer. La infección del sistema urinario es común con el prolapso debido al cistocele y puede ocurrir la obstrucción uretral parcial con hidronefrosis en la procidencia. Aparecen hemorroides debido al pujo para eliminar la

constipación. La obstrucción del intestino delgado puede ocurrir dentro de un enterocele profundo.

PREVENCION

La práctica de los ejercicios de Kegel durante el embarazo y en el puerperio para robustecer los músculos elevadores, la ejecución de una episiotomía temprana y adecuada, y la evitación del parto traumático, tiende a prevenir o cuando menos a minimizar el prolapso. La terapéutica prolongada con estrógenos para las mujeres menopáusicas y postmenopáusicas tiende a mantener el tono y la integridad de la aponeurosis endopélvica y de la musculatura del piso pélvico.

TRATAMIENTO:

A. Medidas de Urgencia:

Si una paciente con prolapso leve o moderado se embaraza, el útero rápidamente creciente, puede encarcelarse en el interior de la pelvis verdadera o en procidencia inclusive fuera de la pelvis. Es imperativo que el útero sea reemplazado y que la enferma permanezca en cama hasta que el útero tenga el tamaño suficiente para prevenir la recurrencia del prolapso. Una procidencia edematosa, encarcelada, puede conducir a la obstrucción uretral (inclusive ureteral), a anuria y uremia; por lo tanto, la reducción inmediata del prolapso es esencial. (1)

B. Medidas Médicas:

En las enfermas postmenopáusicas, la administración de estrógenos (por vía general o vaginal), mejorará el tono de los tejidos, facilitando la corrección de una vaginitis atrófica, quizá ulcerativa. Las zonas ulceradas recibirán el beneficio de la biopsia; puede necesitarse la dilatación y el legrado para investigar el sangrado y descartar la malignidad. Prescríbase cremas vaginales con estrógenos únicamente, en forma de tampones vaginales.

Trátase la infección urinaria, diabetes mellitus, desnutrición, anemia o las complicaciones cardiovasculares en forma apropiada, laxantes o enemas para constipación. (1)

C. La selección de un enfoque quirúrgico para el prolapso uterino, depende de un número de variables; la edad y estado general de la paciente, su deseo de algún embarazo o la preservación de la función sexual, el grado de prolapso y la presencia de trastornos asociados (cistocele, incontinencia por esfuerzo, rectocele, enterocele).

Las operaciones del tipo Manchester fueron recomendadas hace tiempo para la mujer joven con prolapso uterino, pero este procedimiento que incluye la amputación del cérvix, ha caído en desuso, debido a que está asociado con una frecuencia elevada de esterilidad y de parto prematuro.

En las mujeres jóvenes se deberá de restaurar el piso pélvico. La operación Manchester-Fothergill es la preferida si la conservación del útero resulta importante; en otra forma se ejecutará la histerectomía vaginal con la corrección de los defectos de hernias.

La histerectomía vaginal, técnica de Heaney modificada por el doctor Bauer, durante el último cuarto de siglo se ha observado como el método de tratamiento quirúrgico del prolapso uterino sintomático, junto con la presencia de un cistocele, rectocele y/o enterocele.

Hoy, con una mayor experiencia en esta operación, estamos de acuerdo en que ha alcanzado una posición de primacía en el tratamiento del prolapso uterino de primero y segundo grado.

Cuando se lleva a cabo adecuadamente atención cuidadosa a los detalles anatómicos que se asocian a la relajación pelviana, se convierte en una valiosa herramienta para el tratamiento, de esta anomalía. (14)

D. Medidas de Sostén:

Si la enferma está obesa debería de ser estimulada a que pierda peso. Se eliminarán las fajas y los portabustos que aumentan la presión intraabdominal y los factores relacionados con la ocupación que tienen un efecto semejante.

E. Tratamiento de las Complicaciones:

La infección de la zona operatoria del sistema urinario puede requerir antibioticoterapia. (2)

NOTA:

Como medida médica en el pasado se usaba el pesario vaginal, rosquilla inflable, de Menge, Gellhorn, de celdillas de panal; si el tratamiento quirúrgico estaba contraindicado o como medida temporal en el prolapso leve o moderado. Ha quedado en desuso por las complicaciones de leucorrea, retención de orina o cuando el pesario era muy pequeño podía deslizarse y perderse. Finalmente hay más mujeres quienes por desviaciones estructurales peculiares, no pueden colocarse con éxito ninguno de los tipos corrientes de pesarios.

Además las técnicas quirúrgicas y los avances en técnicas de anestesia, han minimizado el riesgo de una operación.

PRONOSTICO

La histerectomía vaginal excelente y permanente y si ocurre buena cicatrización, habrá una buena preservación de la función vaginal. Puede resultar el prolapso vaginal recurrente a partir de la relajación generalizada (cistocele, rectocele o enterocele no reparado) o por factores de ocupación como el levantamiento de objetos pesados y el acto de pujar durante la defecación y la tos. (14)

PESARIOS VAGINALES

El pesario vaginal constituye una prótesis de antiguo linaje, en la actualidad fabricada de hule o plástico, a menudo con una banda de metal o un marco de resorte. Muchos tipos han sido diseñados, pero menos de una docena son básicamente los útiles y los que ayudan en forma específica. Los pesarios son principalmente utilizados para sostener al útero, muñón cervical o las hernias del piso pélvico. Son efectivos debido a que reducen la relajación vaginal y aumentan la tirantez de las estructuras del piso pélvico.

El útero en retrodesplazamiento permanece hacia adelante después que es recolocado y se inserta un pesario debido a que la tensión producida sobre los ligamentos uterosacros, moviliza a la cérvix hacia atrás. En la mayoría de las enfermas, se requiere un soporte anterior adecuado y un perineo; en otra forma, el pesario puede resbalar desde atrás de la sínfisis y ser expulsado a través de la vagina. (18)

INDICACIONES Y USOS

A. OBSTETRICO:

1. Para eliminar la amenaza de aborto debida al parecer a una retroposición uterina acentuada y a la congestión pasiva crónica.

2. Para promover la cicatrización de las úlceras cervicales tróficas, asociadas con el prolapso durante el embarazo.

3. Para aliviar la retención urinaria aguda debida a la retroposición del útero a la mitad del embarazo.

4. Para prevenir o aliviar la subinvolución en el puerperio o la retroversión.

B. GINECOLOGICAS:

1. Para tratar enfermas con gran riesgo, o aquellas que han rehusado tratamiento quirúrgico para el prolapso uterino u otras hernias genitourinarias.

2. Para servir de ayuda preoperatoria en la cicatrización de las úlceras cervicales por éxtasis, asociadas con el prolapso uterino.

3. Para reducir el cistocele o el rectocele.

4. Para aliviar la menorragia, dismenorrea, o la dispareunia relacionada con la retroposición uterina libre y el prolapso de los anexos.

5. Para determinar si la histeropexia aliviará el dolor de espalda debido a la retroversión.

6. Para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo, ejerciendo presión por abajo de la uretra o mejorando el ángulo uretrovesical posterior.

7. Para ayudar a la concepción en el tratamiento de la esterilidad, debido a que la cervix puede desplazarse anteriormente, lejos del fondo de saco posterior donde se acumula el eyaculado seminal, o debido a que puede haber angulación de las trompas o congestión pasiva crónica secundaria a la retroposición.

8. Para facilitar la histeropexia, manteniendo al útero en su posición para el tratamiento quirúrgico.

9. Para proteger contra el aborto en la insuficiencia cervical.

CONTRAINDICACIONES

Los pesarios están contraindicados en las infecciones agudas del sisma genital y en la retroposición adherente del útero.

TIPOS DE PESARIOS

Pesario Hodge (Smith Hodge o Smith y otras variantes)

Pesario Gellhorn y Menge

Pesario anular (para corregir cisto y rectocele)

Pesario Geheung

Pesario de esfera, pelota o celdas de panal

Pesario de Napier (este dispositivo eleva la cérvix y el útero y lo sostiene en su lugar. Es empleado en enfermas con prolapso notorio, cuando el perineo es incompetente, especialmente en una enferma que no puede resistir una operación)

Pesario de Milex

Todos ellos difieren en su diferente morfología y en sus usos aplicables. (14 y 18)

CANCER CERVICAL CON PROLAPSO

Esta combinación se considera rara, de manera que se observan relativamente muy pocos casos en la literatura

ginecológica. Díaz-Bazán indica un número asombrosamente alto de cáncer en El Salvador que comprende 13 casos comprobados en el corto período de 18 meses, que llega a ser casi el 20o/o de todos los de la literatura mundial.

Debido al escaso número de casos reportados no hay un criterio uniforme respecto al tratamiento del prolapso y cáncer; el problema terapéutico depende de varios factores: 1) Determinar si el carcinoma es preinvasivo o invasivo; 2) Grado clínico según la clasificación internacional; 3) Grado de prolapso genital; 4) Estudio histopatológico; y 5) Consideraciones técnicas sobre aplicación de Radium o Rayos X.

Se puede considerar 3 formas de tratamiento: 1) Quirúrgico; 2) Tratamiento por radiaciones y 3) Tratamiento combinado de radiaciones y cirugía.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: Por la histerectomía vaginal común solamente se pueden curar los casos de carcinoma in situ (grado 0) y para este tipo de lesión sería tratamiento indicado. Para un carcinoma grado I, o más avanzado la simple histerectomía vaginal es un tratamiento incompleto; inadecuado e ineficaz, pues no se puede extirpar toda el área potencialmente carcinomatosa, que es el principio básico de la cirugía del cáncer. Para lograr esto hay que intentar un tipo de cirugía radical como es la operación de Schauta.

Muy recientemente Schnitz, Towne & Smith proponen para el prolapso complicado de carcinoma del cérvix tratamiento quirúrgico por una operación radical de Schauta que incluye histerectomía vaginal con extirpación amplia de los parametrios y de la cúpula vaginal; previas incisiones de Schuchardt para ampliar el campo operatorio. Este tipo de cirugía es en general, poco empleado; desgraciadamente en muy pocos lugares del mundo se practica la vía vaginal para tratar el cáncer cervical. Parson cree que es dificultoso manejar la extirpación correcta del cáncer por vía vaginal. Adler trata el carcinoma del cérvix por operación de Schauta combinada con radium y luego radioterapia post operatoria, que no se debe omitir en ningún caso.

El defecto más grande de la histerectomía vaginal de Schauta es que los ganglios son descuidados y no se lleva a cabo la extirpación ganglionar, como lo señalan Mitra y Navratil. Por esta misma razón recientemente, de manera independiente y casi simultánea estos autores proponen la operación ultraradical para tratar el carcinoma del cuello, que consiste en una histerectomía vaginal tipo Schauta combinada con vaciamiento ganglionar pélvico por vía extraperitoneal.

La diferencia entre las técnicas de Schauta-Mitra y de Schauta-Navratil, consiste en que Mitra verifica su operación en dos sesiones: 1) Histerectomía vaginal y 2) Vaciamiento pélvico extraperitoneal 3 semanas después, usando radioterapia post operatoria; mientras que Navratil verifica la histerectomía radical y el vaciamiento pélvico en una sola sesión, usando anestesia especial con Nuperacaína. Hirsbaum opina que este tipo de cirugía sería la operación ideal cuando hay cáncer y prolapso.

Brunschwing le objeta que no se puede extirpar en bloque el útero, parametrios y ganglios que es uno de los principios básicos de la cirugía del cáncer. El mismo autor Bruschwing hace notar que la extirpación de los parametrios y de los ganglios en la Schauta no son tan satisfactorios y completos como se logra en la cirugía abdominal; sin embargo cree que la operación de Schauta tiene su indicación precisa en las mujeres muy obesas.

Navratil señala que el pequeño número de pacientes operados con este método no permite conclusiones finales; pero cree justificado este tipo de cirugía ya que el vaciamiento pélvico agrega mejores resultados a la operación vaginal. Los resultados finales de esta cirugía ultraradical en el tratamiento del cuello uterino no se pueden todavía evaluar por ser todos casos muy recientes.

TRATAMIENTO POR RADIACIONES: Ya sea radium y rayos X, o bien la combinación de radioterapia pélvica y cervical, pueden dar buenos resultados y se puede obtener la curación de la neoplasia como en un cuello no prolapsado, pero el prolapso genital persiste; aunque de manera ocasional se han reportado casos de curación del prolapso sin necesidad de cirugía posterior. Way

afirma que prolapso y cáncer no es una contraindicación para radium, muy por el contrario él trata todos sus casos con este método y hace notar que la fibrosis resultante de la radiación invariablemente cura el prolapso del útero, pero el cistocele, uretrocele y rectocele no son modificados. La elección del radium o rayos X a nivel de la lesión cervical, dependerá del grado de prolapso y de la posibilidad técnica de una ampliación de radium correcta.

RADIACIONES Y CIRUGIA COMBINADAS: El uso de radiaciones combinadas con cirugía en diferentes formas como lo proponen: Stoeckel, Harvey y Ritchie, Emmert y Taussing, Paalman y Counseller, Mitra, Adler, Pohle, Crossen y Crossen, parece ser el tratamiento más tradicional y más efectivo.

El siguiente plan: 1) Radium o radioterapia a nivel del cérvix según cada caso especial; 2) Histerectomía vaginal 4 ó 6 semanas después y 3) Ciclo pélvico de radioterapia, parece el mejor.(5)

CONCLUSIONES DEL REPORTE: DIAZ-BAZAN

1. La literatura médica señala que la asociación de cáncer del cuello uterino con prolapso genital es muy rara.

Este reporte comprende 13 casos comprobados en la clínica diagnóstico Precoz del Cáncer y en el Servicio de Ginecología del Hospital Rosales, en el corto período de 18 meses.

Aunque este trabajo no contiene datos estadísticos, se puede afirmar que entre nosotros esta asociación patológica se presenta con una incidencia muy alta; si comparamos con solamente 7 casos encontrados en los archivos de la Clínica Mayo en un período de 13 años. Hay que hacer notar que en 1943 Harvey y Ritchie afirman haber encontrado solamente 78 casos de carcinoma de cérvix asociado con prolapso genital, en la literatura médica de habla inglesa.

2. Respecto a la edad de las pacientes el grupo de mayor

incidencia correspondió al de 50 a 59 años con 6 casos, representando un 46.20/o.

3. La investigación de la historia obstétrica nos reveló que 9 pacientes o sea el 69.30/o tenían antecedentes de 5 a 16 partos.
4. Según la clasificación internacional para los grados clínicos, se encontraron: 3 casos carcinoma grado 0 (23.10/o); 7 casos grado 1 (53.80/o); 2 casos grado II (15.40/o) y solamente 1 caso grado III (7.70/o).

Es decir que de los 13 casos reportados se diagnosticaron 10 de Carcinoma grado 0 y grado I, representado un 76.90/o de casos diagnosticados precozmente en el período útil para tratamiento efectivo.

5. Analizando las variedades histopatológicas encontradas se obtienen los siguientes datos: Carcinoma in situ 3 casos; Carcinoma Espinocelular 7 casos representando 53.80/o; Carcinoma Basocelular 2 casos, es decir 15.40/o y un caso de Carcinoma Atípico. Un caso estaba asociado con Angioma del Cérvix.
6. La alta frecuencia entre nosotros de la Asociación de Cáncer y Prolapso, nos debe hacer olvidar la rareza señalada en la literatura médica y no indica la obligación de tomar biopsias múltiples sistemáticas en todo prolapso ulcerado, y aún en cuello aparentemente sanos en mujeres mayores de 45 años.

En muchos casos se ha encontrado carcinoma en lesiones clínicamente benignas sin sospecha de malignidad y en 2 casos en cuellos aparentemente sanos.

La biopsia única como método de investigación de cáncer nos parece completamente insatisfactoria e inadecuada.

Lo mismo hay que hacer énfasis en la necesidad de biopsias en serie en los casos clínicamente sospechosos, aunque las primeras biopsias sean negativas. Conducta similar

se debe seguir en los casos que el Anatómo-Patólogo encuentra cualquier sospecha, aunque clínicamente parezcan benignos.

7. TRATAMIENTO:

Los 3 casos de carcinoma in situ o pre-invasivo fueron tratados exclusivamente con cirugía.

Para los casos de Carcinoma invasivo se planificó tratamiento combinado: 1) Irradiación cuello uterino con radium o rayos X, según cada caso especial; 2) Histerectomía Vaginal y Cura de Prolapso 6 semanas después y 3) Ciclo Pélvico de Radioterapia.

De los 7 casos de carcinoma Grado I: 6 casos recibieron radiación a nivel del cérvix; 4 han sido tratados con histerectomía vaginal hasta el momento; 2 casos no aceptaron intervención y 1 caso perdido control. 5 casos han recibido o están recibiendo Ciclo Pélvico de Radioterapia.

Los resultados inmediatos nos parecen muy buenos al presente; pero los resultados finales no se pueden evaluar porque todos son casos muy recientes.

8. Efecto de la radiación sobre el Prolapso: Se pudo comprobar que en dos pacientes el prolapso curó con las radiaciones; otro caso obtuvo notable mejoría y en casi todos los casos tratados se notó reducción del Prolapso Genital.
9. De los 4 casos de Carcinoma Grado I asociado con prolapso total que han sido operados al presente, 3 casos recibieron radiación pre-Operatoria del Cérvix.

Un estudio de las piezas operatorias de los 3 casos radiados previamente reveló que: en ninguno de los 3 casos se encontró Carcinoma a nivel del cuello uterino; pero en un caso de éstos se pudo comprobar metástasis a miometrio.

10. La rareza de esta asociación patológica y su interés científico justifican que el reporte de estos 13 casos de cáncer del Cuello Uterino asociado a Prolapso Total, como una adición a la literatura médica. (4)

OTRAS REFERENCIAS

Greene y colaboradores reportan que el embarazo es capaz de producir alteraciones cervicales histológicamente imposible de distinguir del cáncer, las cuales pueden desaparecer al terminar el embarazo.

Aunque otros autores coinciden en que independientemente de su embarazo concomitante, el aspecto microscópico del cáncer intraepitelial verdadero, indica que se trata de un cáncer preinvasor. En otras palabras, el embarazo es puramente incidental; sin embargo raramente hay necesidad de apresurarse, y se deja que el embarazo evolucione hasta término vigilando cuidadosamente la situación para estimarla finalmente durante el puerperio. (91)

Un estudio hecho en Japón por varios doctores, nos dice que el pronóstico y tratamiento de pacientes con carcinoma endometrial dependen en la extensión clínicamente establecida del tumor (etapa) por microscopio.

El grado del tumor y profundidad de la invasión miometrial tienen el más significativo pronóstico, valor terapéutico después de la evaluación microscópica.

Desafortunadamente sólo el examen pélvico es inexacto para detectar el carcinoma endometrial y la profundidad de la invasión miometrial no puede ser detenida preoperatoriamente.

En un estudio, el estado preciso de la enfermedad y evaluación de la extensión de la invasión miometrial preoperatoriamente por tomografía computarizada (TC) fue registrada en veinte pacientes con cáncer endometrial sin tratamiento que posteriormente se sometieron a cirugía. Los hallazgos de la TC fueron correlacionados con los hallazgos

patológicos de la cirugía. El tumor apareció como áreas levemente atenuadas en la TC en comparación con los hallazgos que se han hecho por infusión de medio de contraste.

De este modo fue fácil detectar la profundidad de la invasión miometrial por TC. La cual demostró el tumor invadiendo menos de la mitad del espesor del miometrio en trece pacientes. Y esto fue confirmado histológicamente en todos los casos. Hubieron siete pacientes con invasión de más de la mitad del espesor del miometrio pero confinado sólo el útero, también fue confirmado en todos los pacientes histológicamente. La TC demostró cáncer del cérvix en cinco pacientes.

En otros quince pacientes la tomografía no reveló cáncer del cérvix y la evaluación histológica demostró dos casos con cáncer del cérvix y trece no.

Este estudio ha demostrado que la TC como método diagnóstico es útil para detectar el avance del cáncer y es especialmente útil para evaluar la profundidad de la invasión al miometrio. Además la información que proporciona ayuda para establecer un plan terapéutico más adecuado y para curación en algunos pacientes individuales. (8)

La frecuencia de cáncer invasor del cuello en el embarazo tiene relación con la edad y paridad de la paciente Kistner y colaboradores, al revisar ciento cuarenta y seis casos de carcinoma cervical en el embarazo, encontraron que noventa y tres por ciento ocurrieron en múltiparas, muchas de las cuales se encontraban en su cuarto o quinto embarazo. Varaugot y Cols, en una encuesta de cuatrocientos cuarenta y seis casos de carcinoma del útero en un millón ciento ocho mil trescientos cincuenta y dos embarazadas, encontraron que la frecuencia de edad media fue de 33.8 años y la paridad promedio fue 4.8. El carcinoma del cuello no impide la concepción y en muchos casos no altera el curso de la gestación. La hemorragia es el síntoma más frecuente, y si se observa, es obligatoria la inspección cervical.

Si se hace inspección sistemática del cuello y frotis con la técnica de papanicolau en la primera visita prenatal, se descubrirán

lesiones no sospechadas si se aprecia cualquier alteración microscópica sospechosa en el cuello, es necesario tomar material para biopsia. La causa más importante del retraso del tratamiento en el carcinoma del cuello en el embarazo, es el retraso en el inicio de la terapéutica adecuada por interpretación errónea de síntomas que causan retraso en el diagnóstico. La toma del material por conización o por extirpación directa para biopsia se hace con la misma facilidad que en la no embarazada.

El tratamiento del Ca. del cuello en el embarazo se individualizará según la duración del embarazo. Si se diagnostica Ca. cervical durante el primer trimestre se iniciará inmediatamente el tratamiento. No recomendamos la dilatación preliminar y el legrado para terminar el embarazo. La terapéutica que suele emplearse es la radiación.

Operación para prolapso uterino: De las operaciones para corrección de prolapso uterino en pacientes en que se desee retención del útero, el método más aceptado con mucho es la operación de fijación parametrial, conocida también como método Manchester Donald-Fothergil. Con esta operación se han obtenido resultados excelentes y frecuencia mínima de recidivas en período de varios años en el Hospital Mount Sinaí y en otros. Después de la operación, las pacientes pueden presentar dos problemas en su embarazo. En primer lugar, la amputación del cuello, que discutimos. El segundo es el problema de la recidiva de prolapso uterino si se permite el parto vaginal.

El prolapso uterino no altera la concepción; solamente en el caso insólito de gravedad extrema se necesitará un pesario vaginal para permitir el coito normal. El prolapso en sí puede desaparecer por completo en los finales del primer trimestre cuando el útero se eleva y sale de la pelvis, y la paciente queda asintomática en el puerperio.

El problema del prolapso uterino durante el embarazo o al final del mismo ha sido estudiado cuidadosamente; esta complicación es poco observada y su frecuencia oscila de uno por mil veintiuno partos en la India hasta uno por quince mil seiscientos noventa y seis partos en la ciudad de Nueva York con

una presentación media en la literatura de uno por cada seis mil trescientos partos. Del material que se dispone, se deduce que en muchas pacientes en las que el embarazo llega a término muestran sólo cuello hipertrófico edematoso y alargado; la procidencia completa parece ser incompatible con el embarazo a término, aunque se han informado casos en que continuó la gravidez hasta el séptimo mes con procidencia del útero antes que comenzara el trabajo de parto. Si no se cura el prolapso aumenta el índice de aborto espontáneo de quince a veintiuno por ciento.

De ello puede concluirse que con tratamiento conservador adecuado, puede eliminarse incluso el poco riesgo de prolapso uterino durante el embarazo, y no hay urgencia respecto a la reparación quirúrgica antes que se ponga en peligro el producto.

Si la paciente sufre molestias intensas e incapacidad por el descenso uterino, que obligue a la fijación parametrial durante sus años de vida sexual activa, se intentará conservar la máxima cantidad de tejido cervical para evitar los problemas que causa la amputación cervical alta. Se hará el parto por la vía vaginal, aunque, dado que 20 por ciento de las pacientes sufrirán recidiva del prolapso uterino.

Suele permitirse a la paciente iniciar el trabajo de parto espontáneo y valorarlo en este momento. Si el vértice se encuentra en posición profunda en la pelvis y el cuello se dilata con rapidez, o si el feto es prematuro o inmaduro, y el médico considera posible el trabajo de parto fácil y rápido, puede permitirse la expulsión vaginal; de lo contrario, es mejor hacer cesárea. Si se considera la posibilidad de hacer esterilización puerperal, se evitará cualquier riesgo de recidiva por cesárea electiva.

Lyon y Cols, llevaron a cabo un estudio control de doscientos diecisiete casos de ca. in situ de la cérvix y doscientos cuarenta y tres casos escogidos de la población general de Utah. Ellos encontraron un riesgo relativo de 0.3 para las fumadoras de cigarros después de haber controlado factores de riesgo como sexualidad y estado socio-económico.

La asociación a fumadoras fue fuerte en las jóvenes (20-29 años) alcanzando una relación siete veces mayor que en las mujeres de mayor edad.

En conclusión este estudio sugiere que el fumar cigarrillos sea un factor de riesgo independiente como causa de Ca. de cérvix después de considerar la conducta sexual así como otros factores de riesgo ya establecidos.(10)

Marchall y Cols, en un estudio de quinientos trece casos de cáncer cervical en mujeres blancas consideraron los efectos del cigarrillo y las características dietéticas como un riesgo relativo para el desarrollo de Ca. de cérvix. Aunque el hecho de fumar demostró ser positivamente asociado como factor de riesgo no hubo una relación muy evidente.

La frecuencia del consumo de vegetales crucíferos fue positivamente asociada como factor de riesgo así como vegetales que producen indigestión al comerlos crudos como los B, carotenos.

La colposcopia y citología enfatizan la frecuencia de la relación condiloma/displasia y consideran el Ca. in situ como una enfermedad transmitida sexualmente lo cual sugiere que el virus del papiloma humano podría jugar un papel en el Ca. cervical.

En cien pacientes que se sometieron a control citológico, colposcópico, histológico y urológico, característica displasia fue encontrada en un 47o/o y el virus fue encontrado en un 83o/o.

Este estudio sugiere que el virus del papiloma humano podría ser un nuevo argumento como factor de riesgo sospechoso de ser carcinógeno para el cérvix y genitales externos. (7)

La operación Neugebauer – Le Fort o colpoclistis parcial es un seguro, simple y rápido procedimiento para reparar el prolapso uterino en mujeres de edad mayor que tienen pocos riesgos quirúrgicos. La operación fue efectuada en ciento dieciocho mujeres con procidencia total resultados de buena anatomía fueron obtenidos el noventa punto siete por ciento (90.7o/o) de las

mujeres; complicaciones posteriores fueron raras, incluyendo recurrencia del prolapso en tres pacientes y problemas de incontinencia urinaria en doce pacientes además complicaciones inmediatas al post operatorio fueron poco comunes.

La principal desventaja es la inaccesibilidad del útero en casos de sangrado post menopáusico (dos pacientes). Colpoclisia parcial puede ser efectuada por el ginecólogo en casos aislados de prolapso uterino y tal vez esté indicado en la mujer adulta con procidencia total y que tiene pocos riesgos quirúrgicos y en quien la anestesia general esté contraindicada y en quien esté segura de querer abandonar sus relaciones sexuales.(15)

En 1966 se hizo un estudio de 810 casos de prolapso uterino realizado por Castillo Franco, en el cual se menciona una estadística presentada por los doctores José Díaz Durán y Francisco Bauer Paiz en el tercer congreso de Centroamérica sobre ginecología y obstetricia celebrado en esta capital en el mes de diciembre de 1948, y publicada en la memoria de dicho congreso lo cual comprende diez 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 menciona que la mayor incidencia de esta afección está entre los años cuarenta a cuarenta y nueve y que el prolapso genital grado III se observa con más frecuencia que los otros grados, y además la aumentada incidencia la atribuye a la desnutrición, alta multiparidad y a la limitada asistencia médica obstétrica.(3)

Por otra parte Martínez Ordóñez estudió 17 casos que presentaron juntamente prolapso genital total y prolapso rectal total de éstos, cinco casos fueron isocromos (29.4o/o) y con antecedentes de histerectomía vaginal por prolapso genital previo (heterocromos) fueron 12 casos 70.6o/o. Menciona en su trabajo que las causas del prolapso genital son: Multiparidad, falta de asistencia médica durante el parto, lesiones perineales post parto, esfuerzos excesivos en el post parto inmediato, y la predisposición especial de los tejidos de sostén a la relajación. El 70o/o de pacientes con prolapso genital total están entre 40 y 50 años,

73o/o son múltiparas, 1.1o/o son nulíparas y la concomitancia de prolapso genital con cáncer en el cérvix es el 2o/o. (11)

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL FISICO:

- a. Archivo del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- b. Todos los casos de prolapso uterino que hayan ingresado al Hospital Roosevelt durante los años de 1973 a 1983.
- c. Hoja especial para recopilación de datos.

MATERIAL HUMANO:

- a. Médico Asesor
- b. Médico Revisor
- c. Estudiante de Medicina
- d. Personal de los diferentes archivos
- e. Personal de la biblioteca Central de la Universidad de San Carlos.
- f. Biblioteca del Hospital Roosevelt.

METODO:

El trabajo será efectuado mediante una revisión retrospectiva de los casos de prolapso uterino ingresados al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt, de enero de 1973 a diciembre de 1983.

Para llevar a cabo el estudio se procederá a revisar los libros de Ingresos y Egresos del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt para obtener el número de registro clínico de todos los casos de prolapso uterino y todos los casos de cáncer, luego se procederá a buscar en el archivo general cada caso en particular para revisar su expediente clínico. Además adjunto a ésta, una hoja adicional con los parámetros a investigar; para luego tabular los datos y obtener los resultados.

RELACION ENTRE PROLAPSO UTERINO Y CANCER

Cuadro No. 1

AÑO	Total de Prolapsos	Prolapsos con Cáncer	o/o
1973-1983	492	23	4.6o/o

Fuente: Hoja de recopilación de datos elaborada por el investigador.

TODOS LOS PROLAPSOS UTERINOS POR GRADOS Y EDAD

Cuadro No. 2

EDAD	I-II	III	IV	TOTAL	o/o
10-19	--	1	-	1	.2o/o
20-29	6	3	4	13	3o/o
30-39	17	20	25	52	13o/o
40-49	28	37	39	104	21o/o
50-59	20	48	72	140	28o/o
60-69	15	38	75	128	26o/o
70-79	4	8	30	42	8o/o
80 --	--	--	2	2	4o/o
Total	90-18%	155-32%	247-50%	492	100o/o

Fuente: Hoja de recopilación de datos elaborada por el investigador.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS
 a. Archivo del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
 b. Toda la base de datos de prolapsos uterinos que hayan ingresado al Hospital Roosevelt durante los años de 1973 a 1983.

c. Hoja especial para recopilación de datos.

MATERIAL DE REFERENCIA

- México, D.F.
- México, D.F.
- Estadísticas de México.
- Personal de los diferentes servicios.
- Personal de la Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos.
- Biblioteca del Hospital Roosevelt.

METODOS

El trabajo se realizó mediante una revisión retrospectiva de los casos de prolapsos uterinos registrados en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, de enero de 1973 a diciembre de 1983.

Para llevar a cabo el estudio se procedió a revisar los libros de índices y libros del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt para obtener el número de registros clínicos de todos los casos de prolapsos uterinos y todos los casos de cáncer. Luego se procedió a buscar en el archivo general cada caso en particular para revisar su expediente clínico. Además se obtuvo una hoja adicional con los parámetros a investigar; para luego tabular los datos y obtener los resultados.

GRADO DE PROLAPSO UTERINO CON
CANCER RELACIONADO CON LA EDAD

Cuadro No. 3

EDAD	I	II	III	IV	TOTAL
20-29	—	I	—	—	1
30-39	—	—	—	1	1
40-49	—	1	3	1	5
50-59	—	1	4	2	7
60-69	—	1	2	5	8
70-79	—	—	—	—	0
80 —	—	—	—	1	1
Total	—	4	9	10	23

Fuente: Hoja para recopilación de datos elaborada por el investigador.

RELACION DE PROLAPSO UTERINO
CON CISTOCELE Y RECTOCELE

Cuadro No. 4

Pacientes con Cisto-Rectocele	Sin Cist-rectocele	Total
381 — 77o/o	11 — 23o/o	492 — 100o/o

Fuente: Hoja de recopilación de datos elaborada por el investigador.

PACIENTES CLASIFICADOS SEGUN LOS PROBLEMAS
ASOCIADOS DE CISTOCELE Y RECTOCELE

Cuadro No. 5

Problemas asociados	I	II	III	IV	Total	o/o
Cistocele y Rectocele	8	70	140	12	230	47o/o
Sólo Cistocele	9	32	40	7	88	18o/o
Sólo Rectocele	7	25	30	1	63	13o/o
TOTAL	24	127	210	20	381	77o/o

Fuente: Hoja para recopilación de datos elaborada por el investigador.

PACIENTES CLASIFICADAS SEGUN
LAS GESTACIONES Y LA PARIDAD

Cuadro No. 6

No. de Gestas — Partos	No. de Pacientes	o/o
0	7	1.4o/o
1-3	101	21o/o
4-6	156	32o/o
7-9	132	27o/o
10-12	74	15o/o
13-15	19	4o/o
16-18	3	0.6o/o
TOTAL	492	100o/o

Fuente: Hoja para recopilación de datos elaborada por el investigador.

CLASIFICACION SEGUN EL TIPO
DE ATENCION DEL PARTO

Cuadro No. 7

Tipo de atención del parto	Sin Cáncer	o/o	Con Cáncer	o/o
Atendidos por Médico profesional	170	35o/o	6	26o/o
Atendidos por Comadrona	308	63o/o	16	70o/o
Sin atención alguna	7	14o/o	1	4.3o/o
TOTAL	492	100o/o	23	100o/o

Fuente: Hoja de recopilación de datos elaborada por el investigador.

DIAGNOSTICO PORST-OPERATORIOS
DADOS POR ANATOMIA PATOLOGICA

Cuadro No. 8

DIAGNOSTICO	TOTAL DE PACIENTES
CERVICITIS CRONICA	308
METAPLASIA ESCAMOSA	122
DEGENERACION QUISTICA	
POST-MENOPAUSICA	76
SIN PATOLOGIA	74
ADENOMIOSIS	50
LEIOMIOMA UTERINO	48
EPIDERMIZACION DEL CERVIX	36
ATROFIA DEL UTERO	23
CÁNCER DEL CERVIX	23
FIBROSIS	16
HIPERPLASIA QUISTICA DEL UTERO	15
CALCIFICACION DE LA MEDIA DE LAS ARTERIAS UTERINAS	18
POLIPOS CERVICALES	14
HIPERPLASIA ADENOMATOSA DEL UTERO	11
DISPLASIA LIGERA	6
DISPLASIA MODERADA	1

Fuente: Hoja de recopilación de datos elaborada por el investigador.

NOTA: Hubo pacientes con más de dos patologías asociadas.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Interpretación del cuadro No. 1:

Como bien se sabe la relación entre prolapso uterino y cáncer del Cérvix es baja, según la literatura (2 a 3o/o). En este estudio encontramos un porcentaje bajo como lo es 4.6o/o ya que de 492 pacientes con Prolapso Uterino sólo 23 padecían también de cáncer del cérvix.

Podría pensarse que la relación entre prolapso uterino y cáncer fuera alta ya que en las dos patologías se ha asociado como etiología a la multiparidad, al mayor número de contactos sexuales y al inicio de la vida sexual a edad muy temprana (esto último que se sabe de mujeres que han tenido más de 10 hijos) pero los resultados demuestran que el prolapso uterino raramente se complica con cáncer y que estas situaciones asociadas con la etiología del cáncer aún están por comprobarse.

Interpretación del cuadro No. 2:

El grado de prolapso uterino III y IV fue el diagnosticado con mayor frecuencia, ya que en nuestro medio las mujeres en su mayoría procedentes del área rural, no le dan mucha importancia a dicha patología y consultan cuando el prolapso uterino ya está avanzado.

Además este cuadro demuestra que esta patología la padecen mujeres comprendidas entre la edad de 40 a 69 años, cuando las estructuras pélvicas van perdiendo su elasticidad y volviéndose más delgadas, permitiendo la caída del útero en sus diversos grados.

Interpretación del cuadro No. 3:

El prolapso uterino grados III y IV fue el más asociado a cáncer, en mujeres comprendidas entre las edades de 40 a 69 años y sólo hubo un caso en una mujer joven de 23 años, nulípara y raramente después de los 70 años; podría pensarse que este diagnóstico es raro después de los 70 años porque en nuestro país el promedio de vida es de 60 a 65 años para la mujer.

Interpretación del cuadro No. 4:

El 77o/o de las pacientes padecen además de prolapso uterino de rectocele y cistocele; debido a la relajación de las demás estructuras que se encuentran en contacto con el canal vaginal (vejiga y recto) como lo dice la literatura.

Interpretación del cuadro No. 5:

El 47o/o de las pacientes padecen de recto-cistocele con mayor frecuencia grados II y III; además es más frecuente que ocurra cistocele que rectocele, debido a que la vejiga es transportada hacia abajo con mayor facilidad que el recto, ya que el relajamiento anterior y posterior de la vagina al igual que la insuficiencia del perineo acompaña a menudo al prolapso uterino.

Interpretación del cuadro No. 6:

La mayoría de mujeres que padecen de prolapso uterino han tenido de 4 a 6 embarazos y el mismo número de partos, 32o/o; un 27o/o han tenido de 10-12 partos. Es interesante que un 2o/o de mujeres han tenido de 16 a 18 embarazos y 0.6o/o han tenido de 16 a 18 partos.

Esto demuestra, como lo dice la literatura, que la multiparidad va debilitando la aponeurosis endopélvica hasta provocar el prolapso uterino.

Interpretación del cuadro No. 7

El número de pacientes atendidas por comadrona fue de dos veces mayor que las atendidas por médico profesional. Esto se debe a que en su mayoría estas pacientes fueron atendidas en alguno de los departamentos alejados de la capital en más de una ocasión; aunque este hecho no lo reporte la literatura como factor condicionante de cáncer del cérvix vale la pena hacer mención que si en un bajo porcentaje como condicionante de prolapso uterino por episiotomías mal suturadas o bien parto traumático.

Interpretación del cuadro No. 8:

Podemos apreciar que en este estudio la patología que más se asoció a prolapso uterino fue cervicitis crónica luego metaplasia

escamosa y degeneración quística post-menopáusica (con cáncer del cérvix sólo en un 4.6o/o). Todas estas patologías encontradas en su mayoría se deben a cambios morfológicos que suceden conforme la edad avanzada; en este caso la cervicitis crónica se debe al contacto del cérvix con la interperie (prendas de vestir femeninas, roce con las piernas, etc.) y el cáncer del cérvix que aún no se conoce la causa.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que en los últimos 10 años la relación de prolapso uterino y cáncer en el Hospital Roosevelt de 492 casos revisados fue de 4.6o/o
2. El 79o/o de las pacientes que llegan a padecer de prolapso uterino fueron gran multíparas con un promedio de gestas y partos de 4 a 6.
3. La mayor incidencia de prolapso uterino fue durante las edades de 40 a 69 años.
4. La relación prolapsouterino con cistorectocel fue de 77o/o.
5. El 63o/o de las pacientes fueron atendidas por comadrona y el 14o/o fueron pacientes nulíparas.
6. Los grados de prolapso uterino que con mayor frecuencia consultaron fueron: III y IV.

RECOMENDACIONES

1. Tratar de prevenir el apareamiento de prolapso uterino, puesto que es una afección que presenta una alta frecuencia en nuestro medio.
2. Que se efectúe un estudio sobre el tipo de atención del parto que brindan las comadronas (adiestradas y no adiestradas).
3. Hacer conciencia en las mujeres jóvenes que ingresan al Hospital Roosevelt, sobre los problemas que presenta el prolapso uterino; el cual es un padecimiento de mujeres de edad media, y es fácil de prevenir con terapia educativa.
4. Impartir educación en el área rural sobre sexualidad e higiene genital así como multiparidad, por medio de pláticas a nivel de puestos y centros de salud, para prevenir en cierta forma el cáncer del cérvix así como el apareamiento de prolapso uterino.

RESUMEN

Se efectuó un estudio retrospectivo sobre prolapso uterino y su asociación a cáncer del cérvix, en el Hospital Roosevelt durante 10 años (enero de 1973 a diciembre de 1983).

Se revisaron 492 papeletas correspondientes a problema de prolapso uterino, encontrándose que 23 casos (4.6o/o) fueron los que se asociaron a cáncer del cérvix.

Pudiéndose apreciar que el 79o/o de las pacientes que padecen de dicha patología tienen de 4 hasta 18 partos, o sea son gran multíparas, comprendidas en su mayoría entre las edades de 40 a 69 años. Además un 77o/o de las pacientes sufrían también de cistorectocele y rectocele grados II y III.

Un 63o/o de las pacientes fueron atendidas por comadrona en más de una ocasión; debido a que estas pacientes, en su mayoría, eran procedentes del área rural en donde predomina la atención del parto por "la comadrona".

El grado de prolapso uterino que más se encontró fue el III y IV, debido este hecho a que estas pacientes son de bajo nivel socio-económico y cultural y no le dan importancia a sus afecciones, por lo que consultan cuando ya están avanzadas.

Las patologías que más se asociaron con prolapso uterino fueron cervicitis crónica (por estar el cérvix en contacto con la intemperie), degeneración quística post-menopáusica y metaplasia escamosa; las cuales son cambios que por lo general dependen de la edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benson, R.C. *Diagnóstico y tratamiento obstétricos*. México, Manual Moderno, 1979. 1080p. (pp. 210-267)
2. Batista Mena, Salvador y Narciso Díaz B. Tratamiento del prolapso uterino. *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* 1952 Mar; 5(1):1-7
3. Castillo Franco, Juan José. *Incidencia de prolapso uterino en el Hospital San Juan de Dios*, 1959-1964. Tesis (Médico y Cirujano)— Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1966. 42p. (pp. 8-11)
4. Díaz-Bazán, N. Prolapso uterino y cáncer del cuello. *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* 1952 Mar; 5(1):15-35
5. Fisher, R. Possible role of smegma in the etiology of squamous cell carcinoma of the cervix. *Obstet Gynec Survey* 1953 Apr; 8(2):232-234
6. Greene, R.R. and Pekhaw, B.M. Preinvasive cancer of the cervix and pregnancy. *Am J Obstet Gynec* 1958 Mar 1; 75(3):551
7. Guillet, G. *et al* Cervical condyloma and intracervical neoplasi. *Ann Dermatol Venerel* 1953 Jun; 110(1):43-61
8. Hasumi, K. *et al*. CT in the evaluation and treatment of endometrial carcinoma. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1982 Jun; 34(7):954-958
9. Kruse, L.C. *et al*. *Cancer pathophysiology, etiology and management*. St. Louis, Mosby, 1979. 483p. (pp. 85-96)
10. Lyon, J.L. *et al*. Smoking and carcinoma in situ of the uterine

cervix. *Am J Public Health* 1983 May 1; 73(5):558-68

11. Martínez Ordóñez, A. *Asociación de prolapso genital total con prolapso rectal total*. Tesis (médico y Cirujano)—Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1970 35p. (pp. 15-17)
12. Neugebauer—Le Fort operation's a review of 118 partial colpocleises *J Obstet Gynaecol Reprod-Biol* 1981 Jun; 12(1):31-35
13. Novak, E.R. *et al. Tratado de ginecología*. 10a. ed. México, Interamericana, 1984. 878p. (pp. 299-354)
14. Te linde, R.W. Prolapse of the uterus and allied conditions an evaluation. *Am J Obstet Gynec* 1966 Feb 1; 94(3):444
15. Te Linde, R.W. *Ginecología operatoria*. Argentina, Ediciones Científicas, 1948. 734p. (pp. 147-160)

Eduardo

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

HOJA PARA RECOPIACION DE DATOS

cha Reg. Clínico

ad
13 14

total de embarazos Partos Abortos Cesareas

tipo de atención del parto
23

colapso Uterino grado
24

diagnostico de Cáncer
25

etapa en que se encontraba el cáncer en el momento del Dx.
26

tipo de Cáncer
27

metodo diagnostico utilizado)
28

tratamiento efectuado
29

1- por Médico profesional, 2- por comadrona, 3- sin atención alguna

1- grado I, 2- grado II, 3- grado III, 4- grado IV.

1- sí, 2- no.

1- in situ, 2- etapa I y II, 3- etapa III, 4- etapa IV.

1- Ca. epidermoide, 2- adenocarcinoma, 3- sarcoma

1- Biopsia, 2- citología, 3- conización

1- Quirúrgico, 2- Médico, 3- Radización, 4- otro.

cistorectocele grado :


Diagnostico post-operatorio dado por anatomia patológica

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

INFORME:


Dr. Carlos Francisco Soto Vásquez.
ASESOR.

Dr. CARLOS FRANCISCO SOTO VASQUEZ
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No 2377


SATISFECHO:


Dr. José Antonio Hernández.


REVISOR.

COLEGIADO # 2994.

REVISADO:


DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:


Dr. Mario René Moreno Cámara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 22 de Noviembre de 1984

Los conceptos expresados en este trabajo son de exclusiva responsabilidad únicamente del Autor. (Decreto de Tesis, Artículo 44).