

COLPOPERINORRAFIAS

ANALISIS DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y RESULTADOS

Manuel Araya Vargas*

Fernando Otárola Alvarez**

INTRODUCCION:

La colpoperinorrafia es un procedimiento quirúrgico que se ha utilizado para el tratamiento de los descensos vesicales o rectales a través del introito vaginal, causados por debilidad o relajación de los músculos, ligamentos y fascias del piso perineal, corrigiendo, de esta manera, la sintomatología que estos cambios producen. Esta cirugía ha sido utilizada por muchas décadas, para tratar a las pacientes portadoras de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), que presenten un descenso vesical moderado a severo (grados II-III), antes de utilizar como tratamiento primario para este problema, una técnica de corrección por vía suprapúbica. El presente estudio es retrospectivo y pretende hacer una revisión de la morbilidad y mortalidad de esta técnica, así como de los resultados obtenidos en el tratamiento de las patologías mencionadas, en un grupo de pacientes en los años 1980 a 1982, en el Hospital México.

MATERIALES Y METODOS

Para realizar el estudio, se revisaron 250 expedientes, los cuales tenían como procedimiento quirúrgico efectuado la colpoperinorrafia; de éstos, se seleccionaron 149 casos a los que se les practicó la cirugía analizada como único procedimiento operatorio, ya que a las demás se les realizaron otras cirugías. Los parámetros evaluados fueron: edad, paridad, peso, cirugía pélvica o va-

ginal previa, síntomas de origen vaginal o urinario al inicio de su patología; también se obtuvieron datos concernientes a procedimientos diagnósticos, tales como: urocultivos, medición del eje de inclinación de la uretra, técnica quirúrgica utilizada, tipo de anestesia, tiempo operatorio, utilización o no de sonda Foley, complicaciones transoperatorias y postoperatorias. Para esto, se debió utilizar expedientes, hojas operatorias, de evolución y exámenes respectivos. Por último, se revisaron las notas y control ambulatorio, evaluándose al mes, 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años. Se distribuyó a las pacientes por edad en décadas (21-30/31-40, hasta más de 70 años), agregándose los demás parámetros evaluados, de acuerdo a cada uno de ellos; además, el descenso vesical (cistocele), a rectal (rectocele) se clasificaron en grados I, II, III, de acuerdo a la severidad del proceso (leve, moderado o severo, en forma respectiva).

RESULTADOS

Se encontró que la edad de las pacientes osciló de 23 a 77 años, con una mayor incidencia en la década de 41-50 con 51 casos (37.6%), seguida de 36 casos (24 %) en la década de 31-40. El número de embarazos varió de 1 a 18 en los diferentes grupos, con un promedio mínimo de 2.9 en el grupo de 21-30 años y máximo de 9.9 en el de 61-70. El número de partos fue ligeramente menor, oscilando de 1 a 16, con promedios de 2.5 y 8.5 en los mismos grupos anteriores. Se encontró un incremento importante en el número de embarazos y partos a partir de la década de 31 a 40 años (TABLA 1).

TABLA 1

Distribución de pacientes según grupo etario, número de gestaciones y partos.

EDAD	No. PTES.	GESTAS	PROMEDIO	PARAS	PROMEDIO
21-30	9	2-6	2.9	2-3	2.5
31-40	36	1-10	6.1	1-9	5.4
41-50	56	2-17	7.3	2-14	6.3
51-60	27	1-18	9.3	1-14	8.3
61-70	14	4-17	9.9	4-16	8.6
+70	7	1-11	6.2	1-11	6.2

* Residente de Ginecología Hospital México.

** Asistente del Servicio de Ginecología Hospital México.

El peso de las pacientes osciló de 32 a 78 Kgrs., en todos los grupos, con un promedio mínimo de 58.2 Kgr. en pacientes de más de 70 años y máximo de 61 Kgr. en

el grupo de 31-40 años. Además, en relación a esto, se encontró que 85 casos (57%) presentaban un peso superior a lo esperado (TABLA 2).

TABLA 2

Distribución de pacientes según edad y peso en Kg.

EDAD	No. PTES.	PESO MAYOR	PESO MENOR	PROMEDIO
21-30	9	66.5	44.5	59.1
31-40	36	73.0	46.5	61.0
41-50	56	77.5	41.0	59.7
51-60	27	78.0	32.0	60.9
61-70	14	68.5	44.5	58.4
+70	7	69.0	47.0	58.2

Del total de casos estudiados, sólo 26 (17.4%) tuvieron antecedente de cirugía pélvica, consistiendo ésta en histerectomía abdominal, cesáreas, ligamentopexizs, extirpaciones de quistes de ovarios y salpingectomías; a 22 pacientes (14.8%) se les practicó cirugía por vía vaginal, consistiendo todas ellas en legrados uterinos. La sintomatología de origen vaginal fue sensación de peso o

sensación de masa en 111 casos (74.5%), no existiendo sintomatología de este origen en 38 pacientes (25.5%) (TABLA 3). Los síntomas de origen urinario que se presentaron fueron: urgencia en 13 casos (8.1%), infección en 12 casos (8.1%) e incontinencia urinaria de esfuerzo, en 79, (53.0%); de estas últimas, 45 pacientes (57%) correspondían a pacientes con sobrepeso (TABLA 4).

TABLA 3

Distribución de pacientes por edad, según síntomas vaginales:

EDAD	MASA	PESO	%	NO SINTOMAS	%
21-30	4	2	66.6	3	33.3
31-40	6	20	72.2	10	17.7
41-50	24	15	69.6	17	30.3
51-60	12	10	81.4	5	18.5
61-70	4	8	85.7	2	14.2
+70	5	1	85.7	1	14.2
Total	55	56	74.5	38	25.4

TABLA 4

Distribución de pacientes por edad, según síntomas urinarios

EDAD	URGENCIA (%)	INFECCION (%)	IUE (%)	NO SINTOMAS (%)
21-30	0(0)	2(22.2)	4(44.4)	3(33.3)
31-40	4(11.1)	2(5.5)	22 (61.1)	8(22.2)
41-50	6(10.7)	4(7.1)	35(62.5)	11(19.6)
51-60	3(11.1)	3(11.1)	10(37.0)	11(40.7)
61-70	0(0)	1(7.1)	5(35.0)	8(57.1)
+70	0(0)	0(0)	3(42.8)	4(57.1)
Total:	13(8.1)	12(8.1)	79(53.0)	45(30.2)

El urocultivo se realizó en 91 pacientes (61%), de las cuales, se aisló *E. Coli* en 10 (11%), *Staphylococcus epidermidis* en 1 (1.1%), y *Enterobacter sp.* en 1(1.1%), obteniéndose un resultado negativo en las 79 pacientes restantes (86.8%). Los casos que tuvieron aislamiento positivo, recibieron tratamiento preoperatorio hasta negativizarlo. El eje de inclinación de la uretra se midió en 32 casos (21.5%) en todas ellas la medición del eje fue superior a lo normal (30°) oscilando de 30-60° en 9

casos (28.1%), de 60-90° en 10 pacientes (31.3%) y mayor de 90° en 13 (40.6%); de estas pacientes, sólo 22 (68.7%) presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo. De los hallazgos del examen genital, se encontró cistocele grado II en 92 pacientes (61.7%), seguida de rectocele grado II, en 69, (46.3%), siendo éstos los más frecuentes. Es importante anotar que, en los grupos de mayor edad, se encontró con más frecuencia el cistocele grado III, mientras que el rectocele no presentó variación en este grupo de pacientes (TABLA 5).

TABLA 5

Distribución de pacientes por edad, según hallazgos de examen genital

EDAD	CISTOCELE (%)			RECTOCELE (%)			MIXTOS (%)
	I	II	III	I	II	III	
21-30	0(0)	7(77.7)	2(22.2)	6(66.6)	1(11.1)	2(22.2)	9(100.0)
31-40	0(0)	23(63.8)	9(25.0)	9(25.0)	19(52.7)	6(16.6)	28(77.7)
41-50	0(0)	43(76.7)	10(17.9)	19(33.9)	29(51.8)	7(12.5)	40(71.4)
51-60	3(11.1)	14(51.8)	9(33.3)	9(33.3)	13(48.1)	4(14.8)	24(88.8)
61-70	0(0)	5(35.7)	9(64.2)	5(35.7)	5(35.7)	4(28.6)	14(100.0)
+70	1(14.2)	0(0.0)	6(85.7)	1(14.2)	2(28.6)	2(28.6)	5(71.4)
TOTAL	4(2.7)	92(61.7)	45(30.2)	50(33.6)	69(46.3)	25(16.8)	120(80.5)

La técnica quirúrgica practicada en todos los casos de cistocele, fue la plicatura de Kelly, con un tiempo operatorio que osciló de 25 a 90 minutos, para un promedio de 54.9. La anestesia utilizada fue de tres tipos: peridural en 9 pacientes (6%), espinal en 20 (13.4%) y general en 120 (80.5%). La sonda Foley se utilizó en todas las pacientes con colpoperinorrafia anterior, variando de 3 a 14 días según cada caso, para un promedio

de 5.4 días por paciente. Como complicación transoperatoria se presentó sangrado en 2 pacientes (1.3%); las complicaciones postoperatorias consistieron en: infección en 1 paciente (0.8%), dehiscencia de sutura en 3 (2.0%), hematoma en 7 (4.7%) y retención urinaria en 23 (15.4%), para un total de 36 casos (24.2%) como morbilidad operatoria global. En el estudio no se registró ninguna defunción (mortalidad de 0%) (TABLA 6).

TABLA 6

Distribución de pacientes por edad, según complicación postoperatoria

EDAD	RETENCION				TOTAL (%)
	URINARIA (%)	HEMATOMA (%)	DEHISCENCIA (%)	INFECCION (%)	
21-30	0(0)	1(11.1)	0(0)	0(0)	1(11.1)
31-40	6(16.6)	2(5.5)	1(2.7)	9(0)	9(25.0)
41-50	9(16.0)	4(7.1)	2(3.6)	0(0)	15(26.8)
51-60	3(11.1)	0(0)	0(0)	0(0)	3(11.1)
61-70	4(28.6)	0(0)	0(0)	0(0)	4(28.6)
+70	1(14.3)	0(0)	0(0)	1(14.3)	2(28.5)
Total :	23(15.4)	7(4.7)	3(2.0)	1(0.8)	34(22.8)

La estancia hospitalaria preoperatoria varió de 1 a 3 días, oscilando la postoperatoria de 3 a 17 días, para un promedio de 7.2 días por paciente. El seguimiento ambulatorio se realizó al mes y a los 3 meses en 116

casos (77.2%), disminuyendo el número de pacientes en los controles siguientes, encontrándose en éstos (6 meses y 1 año), los mayores índices de recurrencia, consistiendo ésta en cistocele grado I en la mayoría de las pacientes (TABLAS 7 y 8).

TABLA 7

Distribución de pacientes por edad, según meses de seguimiento normales

EDAD	1 MES (%)	3 MESES (%)	6 MESES (%)	1 AÑO (%)	2 AÑOS (%)
21-30	8(88.8)	8(88.8)	8(88.8)	1(11.1)	0(0)
31-40	22(61.1)	24(66.6)	21(58.3)	13(36.1)	3(8.3)
41-50	49(87.5)	41(73.2)	30(53.6)	20(35.7)	0(0)
51-60	22(81.5)	19(70.3)	14(51.9)	4(14.8)	1(3.7)
61-70	11(78.6)	11(78.6)	9(64.3)	4(28.6)	0(0)
+70	3(42.8)	2(28.6)	1(14.3)	0(0)	0(0)
TOTAL :	115(77.2)	104(69.8)	83(55.7)	42(28.1)	4(2.7)

TABLA 8

Distribución de pacientes por edad, según meses de seguimiento con recurrencia de cistocele

EDAD	1 MES (%)	3 MESES (%)	6 MESES (%)	1 AÑO (%)	2 AÑOS (%)	TOTAL (%)
21-30	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(11.1)	0(0.0)	1(11.1)
31-40	0(0.0)	3(8.3)	4(11.1)	4(11.1)	4(11.1)	15(41.6)
41-50	0(0.0)	7(12.5)	12(21.4)	11(19.6)	2(3.6)	32(57.1)
51-60	0(0.0)	3(11.1)	6(22.2)	3(11.1)	1(3.7)	13(48.1)
61-70	1(7.1)	1(7.1)	1(7.1)	3(21.4)	1(7.1)	7(50.0)
+70	0(0.0)	1(14.2)	1(14.2)	1(14.2)	0(0.0)	3(42.8)
TOTAL	1(0.7)	15(10.0)	24(16.1)	23(15.4)	8(5.4)	71(47.7)

La recurrencia de cistocele se presentó en 71 pacientes (47.7%), y de éstas, 28 casos (39.4%) correspondían al grupo de pacientes con sobrepeso (85), para un porcentaje de recurrencia, en este grupo, de 33.0%. Del total de pacientes que presentaron IUE (79), hubo recidiva en 6 casos (7.6%), para un porcentaje global de curación a 2 años de 92.4%. De las pacientes que recidivaron, 3 ameritaron una nueva técnica correctiva, pero por vía suprapúbica (2 con la Técnica de Burch-Tanago y una con la de Marshall-Marchetti-Krantz). De las pacientes que presentaron alteración del eje de inclinación de la uretra con IUE (22), se encontró recidiva en 4 de ellas (18.2%) para un porcentaje de cura a 2 años, de 81.8%; a 3 de estas pacientes que recidivaron se les realizó la corrección suprapúbica para su IUE que se mencionó antes. Todas las pacientes en las que se utilizó sonda Foley por más de 24 horas, recibieron antibióticos profilácticamente, siendo el que se utilizó con más frecuencia el Trimetoprim-Sulfametoxazol, seguido por la Ampicilina. Es importante anotar que la sintomatología de origen vaginal y urinaria (con excepción de la IUE que ya se mencionó), desapareció en la totalidad de las pacientes, a pesar de la recurrencia de cistocele I, que se encontró.

DISCUSION:

Los problemas de cistocele y rectocele se presentan en forma casi invariable en las mujeres conforme avanza la edad, que asociado a otros factores de riesgo como son la alta paridad y el sobrepeso, van a actuar sobre los ligamentos, músculos y fascias del piso perineal, debilitándolos; todos estos factores se encontraron en forma patente, en este estudio. La sintomatología que presenta esta patología es muy vaga, siendo tolerada por la paciente por muchos años y con la corrección quirúrgica, mediante una colpoperinorrafia, ésta desapareció en forma definitiva en todas las pacientes, excepto en aquellas en que se presentó IUE; esto a pesar del alto porcentaje de recurrencia de cistocele I que se encontró (47.7%), lo cual bien se podría tomar no como recidiva, sino como patología residual, ya que con la cirugía no se logró una reparación total. En el estudio se encontró IUE en 79 pacientes (53%), con un porcentaje de cura a 2 años de 92.4% en números totales, reduciéndose a 81.8% en el grupo de pacientes que presentaban, además, alteración del eje de inclinación de la uretra. Estos resul-

tados obtenidos en la curación de la IUE, pueden ser comparables, tomando en cuenta que existe variación en algunos de los parámetros evaluados y de selección, con otros estudios en que se utilizó la vía vaginal para la corrección de esta patología, como es el realizado por BECK (1) en 1981, donde obtuvo un porcentaje de cura a 2 años de 80%. También se obtuvieron resultados similares a los que presentó STANTON (5) en 1979, con un 86% de cura a 2 años, utilizando la técnica de Burch modificada (suprapúbica) y a los que obtuvo RICHARDSON (4) en 1981, con la suspensión ileo-peritoneal con 91% de cura a 2 años. La morbilidad operatoria en este estudio fue de 24.2%, siendo ésta solucionada durante la internación. Para concluir, la reparación del cistocele y rectocele mediante la colpoperinorrafia, se debe realizar en aquellas pacientes que sean sintomáticas, ya que esta sintomatología desaparece en la totalidad de los casos, a excepción de la IUE, lo cual ya se mencionó anteriormente, y para esta última se demuestra que la colpoperinorrafia es una vía de corrección que brinda excelentes resultados, sobre todo en aquellas pacientes que tienen un descenso vesical que pueda permitir realizar esta cirugía, antes de agotar la vía suprapúbica para resolver el problema en forma definitiva.

RESUMEN:

El presente trabajo analiza las técnicas de colpoperinorrafia, para resolver las alteraciones de la estática pélvica, así como sus resultados, morbilidad y mortalidad.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.— BECK, RP, et. al.:
Treatment of urinary stress incontinence with anterior colporrhaphy.
Obstet. Gynecol., 1981, 59:269.
- 2.— MATLINGLY, RF:
Tratamiento primario de la Incontinencia urinaria de stress anatómico.
Ci. Obstet. y Ginecol., 1984, 2: 569.
- 3.— MATLINGLY, RF:
Incontinencia de orina al esfuerzo: Uretrocele y cistocele.
Ginecología Operatoria de Richard W. TeLinde, 5 a Edición en castellano, Editorial El Anteneo, Barcelona.
- 4.— RICHARDSON, AC, et.al.:
Treatment of stress urinary incontinence due to para-vaginal fascial defect.
Obstet. Gynecol. 1981, 57:357.
- 5.— STANTON, SL, et.al.:
Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1979, 86: 693.