

DESEMPEÑO OBSTETRICO Y DISTOPIA PELVICA (ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 100 PACIENTES)

DR. RENE CERVANTES BEGAZO (°)

DR. BERNARDINO A. SANZ PALOMINO (°°)

INTRODUCCION

Entre los factores causales o condicionantes de las distopias pélvicas y muy en especial del prolapso genital y sus diferentes variedades, se menciona al trauma obstétrico como uno de los más importantes. El daño a los músculos elevadores del ano y la distensión y lesión de la fascia y elementos de soporte que forman el piso pélvico y mantienen el útero, la vejiga y el recto en sus relaciones anatómicas, condicionan la posición anormal y el descenso de las estructuras pélvicas y en consecuencia las diferentes variedades de distopia. Sin embargo, el hecho de que muchas mujeres que han tenido muchos hijos o partos traumáticos no presenten signos de prolapso, la observación de que en ocasiones extremos grados de prolapso son vistos en mujeres nulíparas, y de otro lado el hecho de que muchas veces los signos y síntomas desarrollen lentamente con la edad a medida que los músculos y fascias tienden a atrofiarse, resta para algunos la importancia que otros asignan al trauma obstétrico en la génesis de las distopias pélvicas.

El presente trabajo fue realizado con el objeto de determinar el papel del desempeño obstétrico de las pacientes como

agente causal o condicionante de las distopias pélvicas, teniendo en cuenta la gran frecuencia de ellas en nuestro medio, el gran número de multíparas, la proporción elevada de partos sin atención profesional y en consecuencia las condiciones desventajosas en que ellos se realizan.

MATERIAL Y METODOS

I.—Material humano:

- a) Se estudió 100 pacientes internadas en el Pabellón 5 II del Hospital "Arzobispo Loayza" con el fin de ser tratadas quirúrgicamente de algún tipo de distopia pélvica.
- b) Como control se estudió 50 pacientes nulíparas de 35 años o más que ingresaron al hospital por motivos ajenos a la distopia. 26 de estas pacientes eran primigestas y fueron tomadas de los registros prenatales de otro hospital.

II.—Métodos

Siguiendo un modelo de historia especialmente preparado para el objeto, se practicó en todas las pacientes la anamnesis y examen físico completo, incluyendo el exa-

(°) Jefe del Servicio de Ginec. y Obst. del Hosp. del Niño. Lima.

(°°) Médico Residente en Ginec. y Obst. Hosp. San Bartolomé. Lima.

men pélvico. En el interrogatorio se puso énfasis en los siguientes datos: menarquia, régimen catamenial, edad de inicio de las relaciones sexuales, edad materna en el primer y último hijos, gravidez, paridad, frecuencia de los partos, tipo y duración de ellos, así como el lugar de atención, persona que lo atendió, peso del recién nacido, antecedente de desgarro perineal y/o de episiotomía. De igual manera se consignó la procedencia, condición socio-económica y grado cultural de las pacientes.

Se estableció relaciones entre los datos anotados anteriormente y el prolapso genital en sus diferentes grados, por ser éste el tipo de distopia más frecuentemente encontrado. Para la clasificación de las distopías se utilizó la seguida en el Pabellón 5 II del Hospital Loayza y que reproducimos en forma resumida.

CLASIFICACION DE LAS DISTOPIAS

PELVICAS

I. Distopias simples:

- 1.—Anteversión uterina.
- 2.—Anteflexión uterina.
- 3.—Retroversión uterina.
(Grados I, II y III).
- 4.—Retroflexión uterina.
- 5.—Dextroposición uterina.
- 6.—Siniestroposición uterina.
- 7.—Cistocele Uretrocele.
- 8.—Histerocele.
- 9.—Colpocele.
- 10.—Rectocele (alto y bajo).

II.—Distopias compuestas:

- 1.—Prolapso Genital.

a) De Primer Grado.

- Cistocele.
- Rectocele.
- Cisto-rectocele de I Grado.
- Histerocele de I Grado.

b) De Segundo Grado.

Tumoración visible en el introito vaginal compuesta de cistocele, rectocele y cuello uterino, con o sin hipertrofia.

c) De Tercer Grado.

Tumoración constituida por el útero recubierto por paredes vaginales invertidas, se proyecta más allá del introito vaginal; la tumoración puede reducirse y permanecer en la posición acostumbrada.

d) De Cuarto Grado.

Tumoración se exterioriza entre los muslos y está constituida por eversión completa de la vagina con borramiento completo de los fondos de saco; dentro de la bolsa se encuentran el útero, sus anexos, la vejiga, el recto y a veces asas intestinales. Puede reducirse, pero no mantenerse en la posición acostumbrada.

2.—Inversión uterina (parcial o completa).

- Aguda.
- Crónica.

3.—Hernia inguinal del ovario.

4.—Hernia inguinal del útero.

RESULTADOS

Del análisis de los hallazgos en las pacientes en estudio y de los casos de control, se obtuvo los siguientes resultados:

Raza, Grado de Instrucción y Condición Socio-Económica:

En ambos grupos el tipo mestizo constituyó más del 95% de los casos; de igual manera, la gran mayoría de pacientes pertenecían a la clase socio-económica menos favorecida y poseían un grado de instrucción muy deficiente.

Tipo de distopia encontrada: En el Cuadro N° 1, se muestra el tipo de distopia encontrada en las pacientes en estudio.

CUADRO N° 1

TIPO DE DISTOPIA EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO

Prolapso Genital (P.G.)	Nº de casos	%
P.G. de I grado con incontinencia urinaria	1	1%
P.G. de II grado	49	49%
P.G. de II grado recidivante	11	11%
P.G. de II grado más otra patología genital	14	14%
P.G. de III grado	19	19%
P.G. de III grado más otra patología genital	5	5%
P.G. de IV grado	1	1%
TOTAL	100	100%

Puede apreciarse que con excepción de 1 caso de prolapso de I grado asociado a incontinencia urinaria, el resto presentó prolapso-genital en cualquiera de los grados mayores, con o sin patología genital asociada (4 casos de carcinoma). Como hallazgo incidental se encontró 11 casos retroversoflexión uterina, que sin embargo no constituyó el motivo principal de internamiento.

En el Cuadro N° 2, se muestra los hallazgos en las pacientes de control; puede apreciarse que el 94% no presentaba ningún tipo de distopia.

CUADRO N° 2

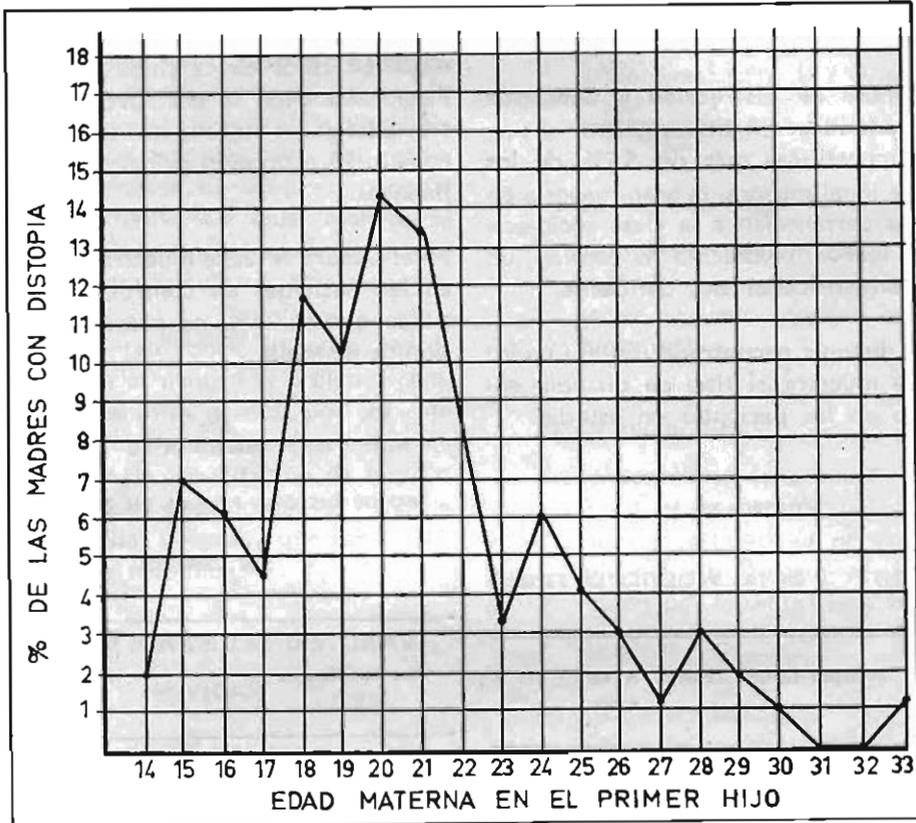
TIPO DE DISTOPIA PELVICA EN LAS PACIENTES DE CONTROL

Tipo de Distopia	Nº de casos	%
Ausencia de distopia	47	94%
Cistocele de I grado	2	4%
Cistocele de II grado	1	2%
TOTAL	50	100%

Menarquía y Régimen Cataménial: No se encontró diferencia significativa en cuanto a la edad de la menarquía y el régimen cataménial en ambos grupos.

EDAD materna en el primer hijo: (Gráfica N° 1). Dos de las 100 pacientes en estudio,

GRAFICA N° 1

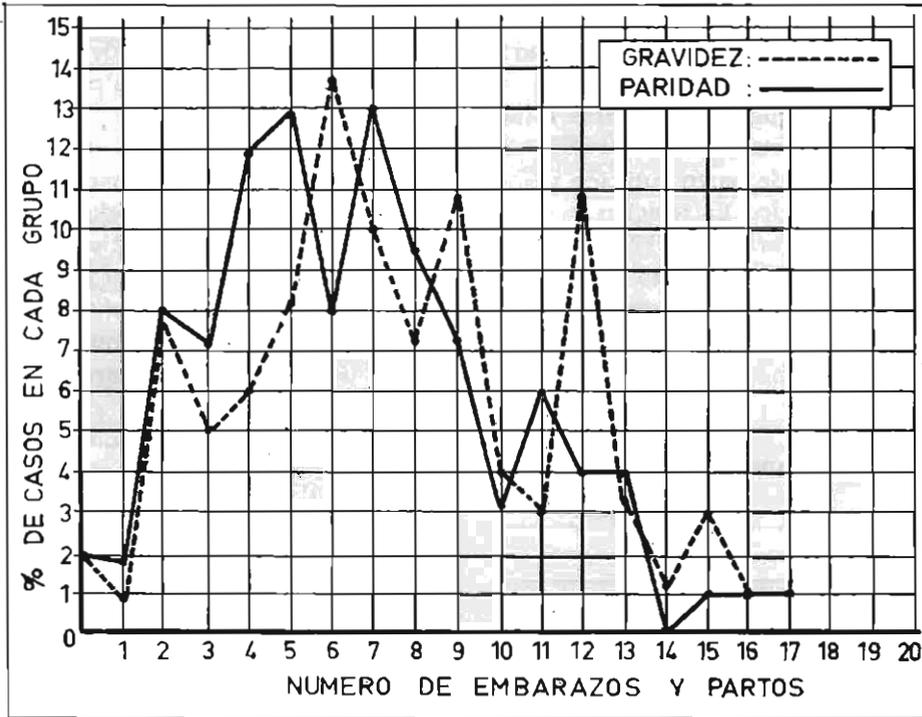


no tuvieron hijos, de las 98 restantes, el 73.44% tuvo su primer hijo entre los 15 y 22 años de edad, correspondiendo la mayor incidencia a las edades entre 18 y 21 años.

Gravidez y Paridad: (Gráfica N° 2). Casi el 70% de las pacientes tuvieron 5 o más partos, resultando la gran multiparidad de las pacientes en estudio. Dos de las pacientes eran nulíparas.

Frecuencia de los partos: Como se puede apreciar en el Cuadro N° 3, casi el 50% de los partos se produjo cada dos años, la cuarta parte de los mismos se produjo al año anterior y la otra cuarta parte a los 3 años o más, es decir casi el 75% de los partos se produjo con intervalos de 1 a 2 años. Esta gran frecuencia de partos, unida a la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, explica la gran multiparidad.

GRAFICA Nº 2



CUADRO Nº 3

FRECUENCIA DE LOS PARTOS

Frecuencia de los Partos	Nº de Partos	%
Un parto cada año	169	25.92
Un parto cada 2 años	317	48.61
Un parto cada 3 o más años	166	25.46
TOTAL	652	100.00%

CUADRO Nº 4

TIPO DE PARTO

Tipo de Parto	Nº de Madres	%
Todos eutócicos	62	63.26%
Eutócicos más 1 cesárea	2	2.04%
Eutócicos más 1 o más distócicos con solución vaginal	34	34.70%
Nulíparas	2	—
TOTAL:	100	100.00%

Tipo de parto: De las 100 pacientes portadoras de prolapso, 98 tuvieron uno o más hijos y dos fueron nulíparas.

El 63.26% de las madres tuvieron todos sus partos eutócicos y el 36.74% presentaron algún parto distócico; de este grupo el 7.14% tuvo 2 partos distócicos (7 casos) y sólo el 10.05% tuvo 3 partos distócicos (1 caso). Hacemos presente que hemos considerado como distócico el parto podálico y al gemelar.

Las 98 pacientes que tuvieron hijos totalizaron 652 productos, de los cuales de 92.53% nacieron de parto eutócico y sólo el 7.53% de distócico. La relación de parto distócico a eutócico fue de 12.5% a 1.

Duración del trabajo de parto: En el Cuadro N° 5, puede apreciarse que el 57.14% de las pacientes que dieron a luz, tuvieron

total de partos, el 13.49% fueron disfuncionales y el 86.51% fueron normales en cuanto a duración.

Lugar de atención del parto, en relación al número de madres: En el Cuadro N° 6, podemos apreciar que menos del 20% de las pacientes tuvieron todos sus partos en centros hospitalarios.

Lugar en que se realiza el parto y persona que lo atiende: Considerando el lugar de atención y la persona que atiende el parto, en el Cuadro N° 7 puede apreciarse que el 50% de ellos ocurrió en el hogar con o sin atención profesional y que en conjunto más del 70% ocurrió fuera de los hospitales.

Es obvio que la atención empírica del parto que está asociada a la atención en el hogar, potencialmente debe incidir más en la integridad de las estructuras anatómicas pélvicas, llevando en último término a la producción de distopias pélvicas.

CUADRO N° 5

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

Tipo de Trabajo de Parto	N° de Madres	%
Todos los partos normales	57	57.14%
Partos normales y 1 o más precipitados	14	14.28%
Todos los partos precipitados	1	1.02%
Partos normales y 1 o más prolongados	18	19.39%
Todos los partos prolongados	2	2.04%
Partos normales, prolongados y precipitados	5	5.10%
Partos prolongados y precipitados	1	1.03%
Pacientes nulíparas	2	—
TOTAL	100	100.00%

todos sus trabajos de parto de duración normal y que sólo el 42.86% refirieron tener 1 o más partos prolongados o precipitados. Por otro lado tomando el número

CUADRO N° 6

LUGAR DE LA ATENCION DEL PARTO, EN RELACION AL NUMERO DE MADRES

Lugar de Atención del Parto	N° de Madres	%
—Madres cuyos hijos nacieron en su casa o centro hospitalario	48	48.98
—Madres con todos sus partos atendidos en casa.	33	33.68
—Madres con todos sus partos atendidos en centros hospitalarios.	17	17.34
TOTAL	98	100.00%

CUADRO N° 7

LUGAR EN QUE SE REALIZA EL PARTO Y
PERSONA QUE LO ATIENDE

Lugar y Persona de Atención	N° de Partos	%
—Parto en casa y atención empírica	311	47.70
—Parto en casa y atención profesional	139	21.32
—Parto en casa sin atención	16	2.46
—Parto en centro hospitalario y atención profesional	183	28.06
—Parto en centro hospitalario sin atención	3	0.46
TOTAL	652	100.00%

Peso del Recién Nacido.— En relación al peso del R.N., más del 80% de las madres, tuvieron sus hijos de peso normal. Los datos en relación a la duración del trabajo de parto y el peso del R.N., deben ser tomados con reserva ya que se obtuvieron por interrogatorio de pacientes que, en su mayoría, poseían un bajo nivel cultural.

CUADRO N° 8

PESO DEL RECIEN NACIDO

Peso del Recién Nacido (R.N.)	N° de Madres	%
R.N. de peso normal (2500 - 3999 grs)	79	80.61%
R.N. de más de 4 kilos	4	4.08%
R.N. de peso normal y fetos de más de 4 kilos	14	14.28%
R.N. de peso normal grandes y prematuros.	1	1.02%
TOTAL	98 (°)	100.00%

(°) 2 Pacientes nulíparas

Antecedente de laceración perineal y/o episiotomía: En el Cuadro N° 9 podemos

CUADRO N° 9

ANTECEDENTE DE LACERACION PERINEAL Y/O
EPISIOTOMIA

Laceración Perineal o Episiotomía	N° de Pacientes	%
Laceración perineal en 1 de los partos	13	13%
Laceración perineal en más de 2 partos	20	20%
Laceración perineal como hallazgo del examen ginecológico	47	47%
Sin laceración perineal	12	12%
Referencia a episiotomía	8	8%

apreciar que el 88% de las pacientes presentó desgarros perineo-vaginales en uno o más de sus partos.

Llama la atención que en este grupo hasta cierto punto seleccionado de pacientes con patología pélvica de tipo distopia y fundamentalmente prolapso genital, sólo 8 pacientes refirieron episiotomía en sus partos.

En cuanto a los otros tipos de distopia descritos en la clasificación, no fueron encontrados en nuestra casuística.

Discusión:

En general, del estudio retrospectivo realizado en 100 pacientes internadas para ser operadas de distopia pélvica, prolapso genital en sus diferentes grados en el 100% de los casos, se desprende que más que el parto distócico en sí sugerido por algunos autores (47), (32), (7), (23), parece ser el parto aún eutócico, pero repetido a intervalos frecuentes, el factor más impor-

tante en el desencadenamiento de la distopía en una estructura predispuesta por otro factor de los muchos sugeridos en la etiología (17), (47), (42), (44), (7), (38), (23). La importancia de otros factores etiológicos asociados al parto (26), (7), (48), (38), (44), (39), (10), (20), (16), explica el que ellos, actuando aisladamente, condicionen distopía pélvica en reducido, pero significativo porcentaje de nulíparas (38), (9), (47), (22), (1), (43), (19). El corto intervalo entre los partos y la multiparidad elevada (20), (37), (39), (9), (40), (13), (35) es en suma, a nuestro juicio, uno de los factores más importantes en el condicionamiento del prolapso genital. El valor profiláctico de la episiotomía, no pudo ser adecuadamente determinado en nuestro estudio, por tratarse de un trabajo retrospectivo y con casuística seleccionada; sin embargo es sugestivo que un reducido número de pacientes portadoras de prolapso refirieran el antecedente de esta operación.

Conclusiones

- 1.—Aunque el parto distócico y las maniobras manuales e instrumentales para corregirlo o solucionarlo, son factores etiológicos importantes en el condicionamiento del prolapso genital, el parto aparentemente normal, repetido varias veces, con intervalos cortos entre cada parto, parece ser el más importante, aunque al parecer, puede ser necesario que actúe sobre un terreno predispuesto por otros factores.
- 2.—El valor profiláctico de la episiotomía, no pudo ser adecuadamente determinado en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1.—AHUMADA J.: Tratado Elemental de Ginecología, Ed. López Libresos, 4ª edición: 169-209. 1962.

- 2.—ARBULU ROMERO A: Las Retroflexiones Uterinas, Móviles Susceptibles de ser tratadas por la miorrafia cérvico segmentaria anterior, subperitoneal de Landauro, tesis de Bachiller: 94, 1954.
- 3.—BEDOYA HEVIA M. G.: Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Genital. Lima-Perú: 8-10, 1960.
- 4.—BELL J. C. Jr.: Fraser G. W. Lester A. Charleston S. C. Puerperal inversion of the uterus. Am. J. Obst. and Gynec. 66: 767-780 1953.
- 5.—BOTELLA LLUCIA J.: Transtornos Generales del Aparato Genital. Enfermedades del Aparato Genital Femenino: 7a. Ed. Edit. Científico Médica, Barcelona 3: 257-72 1965.
- 6.—BURGER J. P.: Les prolapsus genitaux et leur traitement, Strasbouerg. Med. 14: 562-567 1963.
- 7.—CAMPOS SALAZAR P.: Tratamiento de los prolapsos genitales totales en pacientes post menopáusicas, mediante la histerectomía vaginal con anestesia local. Tesis de Bach. 1965.
- 8.—CAVERO VEGA A.: Inversión aguda del útero de origen obstétrico. Tesis de Bach. 1952.
- 9.—CASTELARES M.: Consideraciones estadísticas del prolapso genital. IV Congreso Peruano de Cirugía: 904-911. 1950.
- 10.—DE CARLE D. W.: Uterine prolapse in the young nulliparous female a possible contributing factor. San Francisco Rock MTN Med. J. 57: 44-48. 1968.
- 11.—DIAZ H. V.: La inversión uterina crónica, Tesis de Bach. 48. 1954.
- 12.—DURAND ARAGON J.: El Prolapso Genital IV grado. Tesis de Bach. 17. 1956.
- 13.—DURANDO A. BANSER L.: Consideraciones Estadísticas sobre el Prolapso Genital. La Prensa Médica Argentina 44. 2019. 1957.
- 14.—EASTMAN NICHOLSON J.: Episiotomía y su Reparación. Obstetricia de Williams. 3a. Ed. Edit. Hispano Americana: 433-440. 1960.
- 15.—ESPINO D. G.: Contribución al estudio del examen post parto de las alteraciones de los tejidos que constituyen el suelo pélvico. IV Congreso Peruano de Cirugía: 917-934. 1950.
- 16.—ESPOSITO J. M.: Circular Prolapse of the urethra in children; A cause of vaginal bleeding. Obst. and Gynce. 31: 363. 367. 1968.
- 17.—FUNNELL, J. W.: Klawans A. H. and Cotrell T. L.C.: The post partum bladder, Am. J. Obst. and Gynec. 67: 1249. 1954.

- 18.—GUERRA MENDEZ: Cirugía de la Inversión Uterina Crónica. II Congreso Venezolano de Cirugía. 471-481. 1953.
- 19.—GUIDA C.: Il prolasso nelle nulipere: Osservazioni su 1 caso. *Revis. Obst. Ginec. Prac.* 46: 1415. 1419. 1964.
- 20.—GIMENES MIRANDA M. y col.: Influencia de la paridad, edad, constitución y morfología de la pelvis en la estática abdomino perineal. *Rev. Ginec. y Obst. de México.* 23: 503-509. 1968.
- 21.—GUNLAUGSSON, G. H. DAWSON B and LINN H. B.: *Mayo Clinic Proc.* 42: 129. 1967.
- 22.—HUAPAYA M. M.: Consideraciones Clínico Estadísticas acerca del tratamiento del Prolapso genital en un lapso de 20 años 3: 19. 1958.
- 23.—HALBAN J. and TANDLER J.: The Anatomy and Etiology of Genital Prolapse in women. The supporting apparatus of the uterus. *Obst. y Gynec.* 15: 790. 1960.
- 24.—ISSAC L. y Col.: Hernia Anaxial bilateral en un infante. *Am. J. Surg.* 103: 593. 1969.
- 25.—LUDMIR A.: Normas y Procedimientos Generales en Ginecología y Obstetricia. 1968.
- 26.—LUDWIG P. C. DURFEE R. B.: Prolapso de Órganos Pélvicos: Cuatro Milenios de tratamiento. *Clinicas Obst. y Ginec. Interamericana* 997-1031. Dic. 1966.
- 27.—MASCARELLA A. A. and STANLEY BROW. E. G.: *Am. J. Surg.* 103: 452. 1962.
- 28.—MC. LAICHLIN C. W. JR. and COE J. D.: *Am. J. Surg.* 99: 45. 1960.
- 29.—MENDIZABAL P.: Las Anomalías del sacro en la patogenia del prolapso genital. *Cirug. y Cirujanos* 80: 128. 1957.
- 30.—MOLINA L.: Consideraciones sobre el síndrome de las retrodesviaciones uterinas. Estudio anatómico clínico. Tratamiento. Tesis doctoral: 15-18. 1936.
- 31.—NOVAK R.: Posiciones Anormales del Utero. Tratado de Ginecología 6a. Ed. Edlt. Interamericana S. A. 277. 1964.
- 32.—OLLA G.: Prolapso Genitale. *Riv. Obst. Ginec Pract.* 45: 543-548. 1963.
- 33.—PASSALACQUA GUIRIA C.: Consideraciones generales sobre las Inversiones uterinas. Tesis de Bach. 26, 1950.
- 34.—PHANEUF L. C. y col.: Inversion of the vagina and Prolapse of the Cervix following supracervical Hysterectomy and Inversion of the Vagina following Total Hysterectomy. *Am. J. of Obst. and Gyn.* 64: 739-745. 1952.
- 35.—PATRINI G.: The Aetio-pathogenesis, the clinical aspects and the treatment of colpocele. *Quad. Clin. Obst. Gynec.* 18: 609-628. 1963.
- 36.—PLATE W. P.: Prolapsus vaginale et uteri, *Nederl Geneesk* 107: 555. 1963.
- 37.—PORGES R. F., PORGES J. C. and BLINECK C.: Mechanisms of uterine prolapse. *New York. Obst. and Gynec.* 15: 711-726. 1960.
- 38.—QUEVEDO RAMIREZ A.: Algunas consideraciones sobre el cistocele y rectocele en el Hospital Obreiro de Lima. Tesis de Bach. 1968.
- 39.—REATIGUE V.: El Prolapso Genital en el Hospital de Iquitos. Tesis de Bach. 1956.
- 40.—REY, I.: Die Beurteilung des descensus uteri et vaginae vom Gesichtspunkt. *The Umsch.* 20: 397-400. 1963.
- 41.—ROBERT H.: Principals of treatment of genital prolapse. *J. Chir.* 86: 61-76. 1963.
- 42.—SEGOVIA E.: Prolapso Uterino y Embarazo, presentación de 4 casos. *Ginecología y Obstetricia de México* 20: 664-702. 1965.
- 43.—SOMEDA DE MARCO I.: Contributo clínico Estadístico alla cura operativa del prolapso utero vaginal. *Allicali la obst. Ginec.* 10: 374-394. 1964.
- 44.—TALLEDÓ SILVA F.: Nuestra experiencia en el tratamiento del prolapso genital, datos estadísticos de 1944-1948. Tesis de Bach. 1949.
- 45.—TAURINHO REY: Genital Prolapse in virgin women, *Bol. Hosp. Clín. Fac. Med. Bahía* 8: 24-35. 1962.
- 46.—THE LINDE R. W.: Uretrocele, Cistocele y Incontinencia urinaria. *Ginecología Operatoria.* Ed Bernales. Bs. As. 165. 1956.
- 47.—VALLE GALINDO G.: Estudio Médico Social de Prolapso Uterino. Datos estadísticos de 1947-1956. Tesis de Bach. 1957.
- 48.—ZANNI U.: Esiti a distanza dell' operazione di Manchester per la terapia del prolapso genitale. *Minerva Ginec.* 15: 358-371. 1963.