

# Problemas de Estática Pélvica. Frecuencia, manejo y Complicaciones

---

*Dr. Gaspar Vallecillo M\* Dra. Eliethe Girón Glez.\*\**

---

## INTRODUCCIÓN.

En cualquier medio hospitalario que de servicio de ginecología y obstetricia, los problemas de la estática pélvica, suelen ser muchos y la demanda de su atención, grande. La importancia deriva entre otras razones, de la suma de alteraciones que conlleva, por el hecho de verse involucrado no un órgano pélvico en particular, sino la mayor parte de los órganos genitales internos y externos, y las estructuras vecinas como la vejiga y el recto.

Aún cuando no parece existir un criterio uniforme para denominar ésta patología, se adopta el de Problemas de la Estática Pélvica por considerarla amplia y que conjunta a la vez, toda la signología y sintomatología derivada de ese trastorno.

Preocupados por conocer la frecuencia, el manejo y las complicaciones de los problemas de estática pélvica, se presenta este trabajo, con el propósito de analizar causas y efectos, soluciones y resultados, de un estado patológico, frecuente y poco estudiado o mejor aún casi no informado en la literatura médica nacional.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Se hace una revisión prospectiva, descriptiva y analítica de todas las pacientes que con diagnóstico de Problemas

---

\* jefe del Servicio de Obstetricia.

\*\* Gineco - Obstetra de Base.

de Estática Pélvica, fueron atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela, en el período comprendido de enero a diciembre de 1986. Se analizan en base a un protocolo, los siguientes parámetros: Edad, Paridad, Procedencia, Tiempo entre el último parto y cirugía correctiva, Menopausia, Diagnóstico, presencia o no de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Tiempo transcurrido entre la primera consulta y el día quirúrgico, Procedimiento quirúrgico practicado, Complicaciones transoperatorias y postoperatorias, Diagnóstico Anatomopatológico y Días estancia. El universo de estudio estuvo conformado por un total de 163 casos con Problemas de Estática Pélvica, que ingresaron a la Sala de Ginecología y que llenaron los requisitos necesarios para la presente investigación.

## RESULTADOS.

De las 163 pacientes, el 61.3% correspondieron al grupo de edad entre los 50 y 69 años, siguiéndole en frecuencia (24%) las mujeres entre los 40 y 49 años. GRÁFICA I. En lo que a paridad se refiere, 100 de las 163 pacientes habían tenido de 5 a 10 partos. CUADRO 1. La procedencia urbana fue discretamente menopáusi-cas. GRÁFICAS II y III.

En la GRÁFICA IV, puede observarse que los años transcurridos entre el último acontecimiento obstétrico, parto específicamente, y la cirugía correctiva, fue en su mayoría con 92 casos, cuando habían pasado 16 años o más, lo que significa porcentualmente un 56% del uni-

verso estudiado.

El diagnóstico se hizo clínico radiológico, dando como resultado que 121 de 163 pacientes tuvieron Histerocele, que al clasificarse en Grados, correspondió al II, el mayor número de casos. Así que el 74.2% de todas las pacientes tuvieron algún grado de histerocele. El Cistocele estuvo presente en el 95%, siendo el del Grado III, el más frecuente. El Rectocele fue también significativo, ya que 137 de 163, lo presentaron, con un 50% para el Grado II, y un porcentaje global de 84%. GRÁFICA V Y CUADRO 2.

En 78 pacientes se practicó Uretrocistograma, y se clasificó la Incontinencia Urinaria de Esfuerzos, en Green I y II, correspondiendo un 61.5% para el grado II, con un porcentaje global del 47.8%, para pacientes con I. E. U.. Fueron negativos 27 casos y no se estudiaron 58. CUADROS. El tiempo transcurrido entre la primera consulta y el día quirúrgico se tabuló por meses, encontrando que 45 pacientes, 27.6%, tuvieron igual o más de 15 meses como su tiempo transcurrido para ser intervenidas. CUADRO 4.

En el CUADRO 5, se detallan el o los procedimientos quirúrgicos practicados, así se significa que el 35%, 57 casos ameritaron Histerectomía vaginal con Colporrafía Anterior y Perineoplastia. La Plastia de Kelly se agregó al procedimiento anterior en 33.1% (54 casos). Otras cirugías vaginales menos amplias fueron practicadas en menor escala. Se consigna como complicación en el transcurso de la pérdida sanguínea y se demuestra que 98 de los 163 procedimientos, la tuvieron con 100 a 300 ml. En 11 pacientes hubo un sangrado calculado igual o superior a 700 ml. En dos pacientes hubo lesión de vejiga. CUADRO 6. De las complicaciones postoperatorias, la más frecuente fue la infección urinaria (45.2%), la retención urinaria se presentó en 21 pacientes y los procesos infecciosos como infección de herida quirúrgica y absceso de cúpula se dieron en el 12.8%. CUADRO 7.

En el CUADRO 8, se presenta una lista de los diagnósticos anatomopatológicos donde la Cervicitis crónica ocupa el primer lugar, con 64 casos (22.7%), en dos piezas quirúrgicas se encontró Cáncer In Situ de cervix, y un Cáncer Espinocelular queratinizante invasor de vulva.

La estancia hospitalaria tuvo un rango de 1 a más de 5

días, siendo la más frecuente de 3 a 5 días, con 101 casos que significan el 62% del total de pacientes estudiadas. GRÁFICA VI.

## COMENTARIOS

Es indudable que los problemas de la estática pélvica constituyen un problema de salud, tanto por su frecuencia como por su repercusión en la esfera psíquica, sexual y social de la mujer que la padece. Además de los trastornos urinarios y defecatorios que aumentan a medida que progresa el descenso de las estructuras que involucra, elementos de sostén, sujeción y de orientación del útero. (1),(2)

La etiopatogenia ha sido abordada desde diferentes puntos, se acepta que dichos problemas se originan de daños estructurales y/o funcionales de los medios de fijación de los órganos genitales internos y externos. Parece ser que el trauma obstétrico es su denominador común, independientemente que se daba a mala atención del parto, distocias y falta de orientación a la paciente después de haber tenido su hijo por vía vaginal.(1,2,3,4,5)

En el presente estudio el 61.3% de los casos sucedió en pacientes entre los 50 y 69 años, y 100 de las 163 habían tenido de 5 a 10 partos, coincidiendo con los resultados de otros autores, que estiman que la edad y multiparidad son factores predisponentes importantes, dado el envejecimiento y la atenuación involutiva de las estructuras que dan soporte a los órganos pélvicos.(1) Es interesante conocer la procedencia de las pacientes, esto significó que el 52% eran del área rural y el resto urbana, parecería no hay diferencia significativa, pero habrá que tomar en cuenta que el Hospital Escuela es un centro de concentración y recibe pacientes de casi todo el país, además que la inmensa mayoría de las pacientes a pesar de tener su residencia urbana, proceden realmente de la zona rural, y que sus eventos obstétricos tuvieron lugar en esta última.

Cuando el último acontecimiento obstétrico tenía muchos años de sucedido, fue cuando más pacientes presentaron su trastorno de estática pélvica, 16 años fue en su mayoría el tiempo transcurrido entre su último parto y la cirugía correctiva. Esto está en relación a factores constitucionales, estado menopáusico que interactúan se suman a la carencia estrogénica y los fenómenos involutivos propios de la edad.(4)

La clasificación en Grados de los diferentes descensos de las estructuras, llámese cistocele, rectocele o histerocele, facilita el diagnóstico y da pautas para el tratamiento. En la revisión que se presenta, el 74.2% de las pacientes tuvieron algún grado de histerocele y el cistocele estuvo presente en el 95% de todos los casos, siendo el Grado III, el más frecuente. Igualmente el rectocele se hizo evidente con un 84%, y en la mitad de los casos fue del Grado II. Hay muchos factores genitales que tienen participación directa en uno y otro sentido para que sucedan, cistocele, rectocele o histerocele, aislado o en conjunto, como son desgarros perineales, con insuficiencia perineal consecutiva, posterior a partos domiciliarios por personal no calificado, atención obstétrica de distocias, macrosomias, fórceps, expulsivos prolongados y más aún aquellos violentos en los que la fuerza propulsora de esta fase del parto, vence la resistencia a expandirse de disociar las fibras musculares tanto de periné como de otras estructuras que conforman el piso pélvico.(5,6,7,8,9)

El agregado de incontinencia urinaria de esfuerzo que suelen acompañar a los trastornos de estática, se hizo presente el 47.8%, correspondiendo al Grado II de la clasificación de Green el 61.5%. Su diagnóstico puede ser clínico, sin embargo para su mejor estudio habrá que hacer Uretrocistograma y pruebas funcionales que garanticen la vía de abordaje quirúrgica y sus mejores resultados.(9) En 58 casos no se estudió si existía o no I. U.E., puede deberse, a falta de signología o síntomas que orienten ese diagnóstico, o porque el prolapso era tan evidente que al corregirse quirúrgicamente, usualmente se soluciona el problema.

El hecho que hayan transcurrido hasta más de 15 meses, desde que la paciente consultó por primera vez hasta el día en que se practicó la cirugía, no denota más que la incapacidad hospitalaria para brindar una mejor prestación de servicio, teniendo en cuenta el volumen de atención tanto obstétrica como ginecológica, que a juicio de los autores ha superado la capacidad instalada, y que a medida que pase el tiempo sin tomar las acciones correctivas, como son equipamiento y selección de casos para un tercer nivel de atención como debería de ser el Hospital Escuela, difícilmente se podrá solucionar este y muchos otros problemas.

Los procedimientos quirúrgicos practicados estuvieron de acuerdo al diagnóstico preoperatorio, y a la necesidad de conservar la función reproductora, menstrual,

copulativa, riesgos quirúrgicos y anestésicos, probabilidades de recidiva y la patología agregada. Los resultados anotados están de acuerdo a lo referido en la literatura.(1,2,5,9)

Las complicaciones transoperatorias y postoperatorias fueron en realidad pocas, en el medio hospitalario donde se hizo la revisión actual, las complicaciones infecciosas ocupan el primer lugar, no escapando la cirugía vaginal con un 12.8% de todos los casos, porcentaje muy similar al presentado en otros estudios sobre todo de América Latina. (5)

Cuando se hizo el estudio anatomopatológico se constató que la mayoría tuvieron los resultados esperados como cervicitis crónica, atrofia de endometrio, metaplasia escamosa de cervix y otros. Hubo dos casos de cáncer in situ de cervix y uno espinocelular invasor de vulva. La única explicación para este resultado es un estudio otológico previo inadecuado. Pero en suma, lo presentado con sus porcentajes no es diferente a lo informado en otros estudios.(4)

Por último, la estancia hospitalaria representa que no hubo mayores contratiempos, y es así que 101 pacientes permanecieron ingresadas de 3 a 5 días, que está de acuerdo al tipo y extensión de la cirugía practicada. No hubo mortalidad atribuible al padecimiento ni al procedimiento quirúrgico practicado.

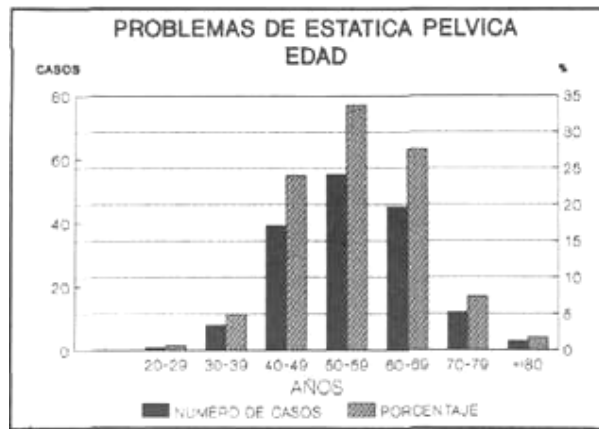
## CONCLUSIONES.

Los problemas de estática pélvica constituyen una patología frecuente, que en el Hospital Escuela significa en relación al total de cirugías ginecológicas practicadas en el período de estudio, enero a diciembre de 1986, el 7.8%. Es decir, que en el año se practicaron 2094 cirugías ginecológicas, y 163 fueron por trastornos pélvicos.

El número de pacientes atendidas por este problema no es demostrativo de la cantidad de mujeres que solicitan atención o adolecen el mal, es únicamente lo que en ese período se pudo atender en el Hospital. Muchas fueron y serán rechazadas, no porque no necesiten atención, sino por la falta de espacios quirúrgicos y de equipo para realizar los procedimientos. Es deseable entonces, que tanto el Hospital Escuela, como otros Hospitales Regionales sean provistos de material para brindar mejor atención médica.

Siendo que un factor predisponente para esta patología es la mala atención obstétrica, deberá promoverse mucho más la atención hospitalaria del parto, y por las situaciones conocidas de lejanía, falta de comunicación y otras, deberá instruirse a conciencia y con responsabilidad a las parteras que en dichas zonas son las responsables de la atención obstétrica, la educación, la alimentación y la paridad son también factores importantes en la génesis de los problemas de estática pélvica, habrá entonces que brindar más educación no sólo del alfabeto, sino que educar para la reproducción, planificar la familia, evitar la gran multiparidad, educar para alimentarse mejor y aprovechar adecuadamente los medios, sobre todo en las zonas rurales que carecen tanto, y que han sido concientemente olvidadas. Es una tarea de todos, pero más aún de quienes dirigen la salud en el país.

GRAFICA I

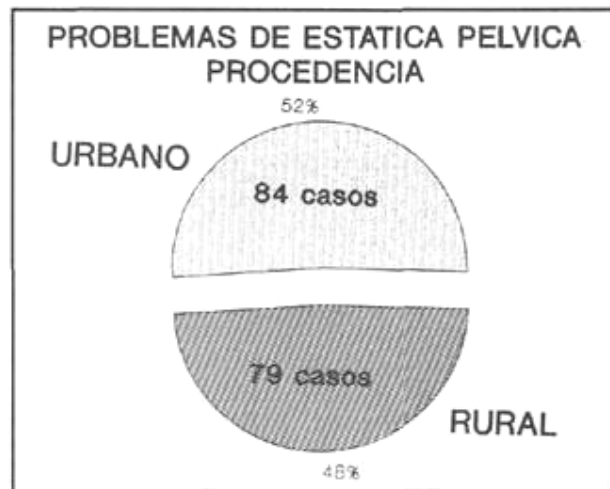


CUADRO 1

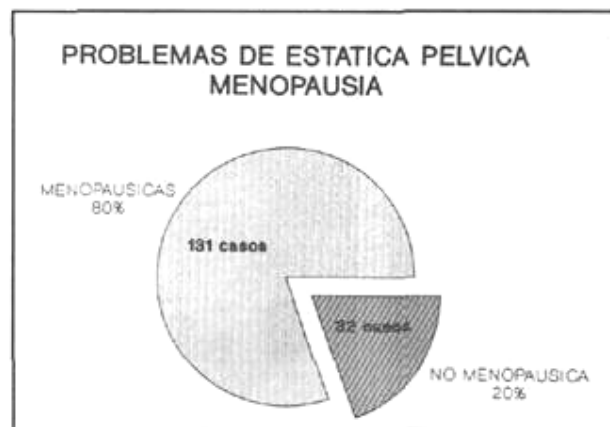
PROBLEMAS DE ESTÁTICA PÉLVICA PARIDAD

|              |            |
|--------------|------------|
| NULIPARAS    | 4          |
| 1 - 4        | 29         |
| 5 - 10       | 100        |
| 11 - 14      | 20         |
| > 15         | 10         |
| <b>TOTAL</b> | <b>163</b> |

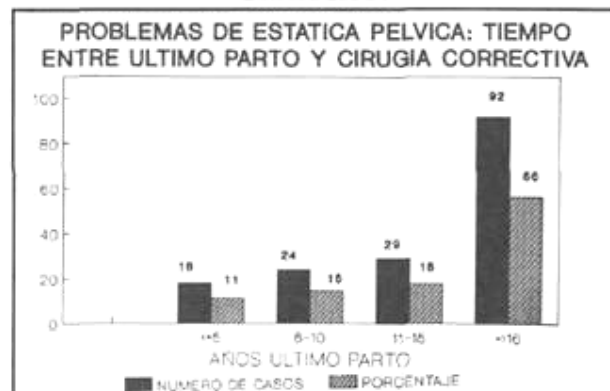
GRAFICA II



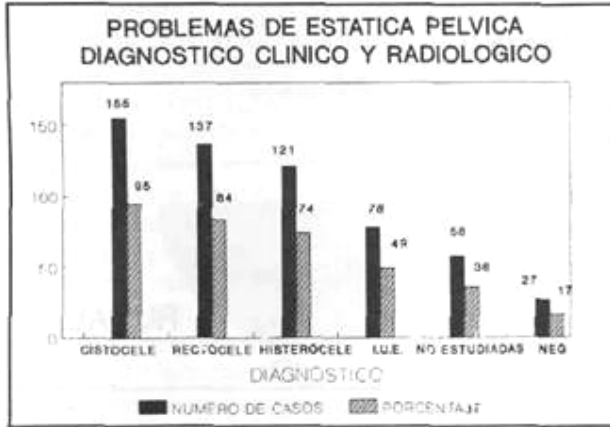
GRAFICA III



GRAFICA IV



GRAFICA V



CUADRO No. 3

PROBLEMAS DE ESTATICA PELVICA  
DIAGNOSTICO RADIOLOGICO  
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

| DIAGNOSTICO       | No. DE CASOS | PORCENTAJE PARCIAL | PORCENTAJE TOTAL |
|-------------------|--------------|--------------------|------------------|
| URETROCIS-TOGRAMA | 78/163       |                    |                  |
| GREEN I           | 30           | 38.5               | 47.8             |
| GREEN II          | 48           | 61.5               |                  |
| NEGATIVOS         | 27           |                    | 16.6             |
| NO ESTUDIADAS     | 58           |                    | 35.6             |

CUADRO 2

PROBLEMAS DE ESTATICA PELVICA  
DIAGNOSTICO CLINICO

| DIAGNOSTICO | No. DE CASOS | PORCENTAJE PARCIAL | PORCENTAJE TOTAL |
|-------------|--------------|--------------------|------------------|
| HISTEROCELE | 121/163      |                    |                  |
| GRADO I     | 20           | 16.5               | 74.2             |
| GRADO II    | 56           | 46.3               |                  |
| GRADO III   | 45           | 37.2               |                  |
| CISTOCELE   | 155/163      |                    |                  |
| GRADO I     | 8            | 5.2                | 95               |
| GRADO II    | 64           | 41.3               |                  |
| GRADO III   | 83           | 53.5               |                  |
| RECTOCELE   | 137/163      |                    |                  |
| GRADO I     | 48           | 35                 | 84               |
| GRADO II    | 68           | 50                 |                  |
| GRADO III   | 21           | 15                 |                  |

NOTA: SE PRESENTO UN CASO DE ENTEROCELE

CUADRO 4

PROBLEMAS DE ESTATICA PELVICA  
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA PRIMERA  
CONSULTA Y EL DIA QUIRURGICO

| TIEMPO (MESES) | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJE |
|----------------|-----------------|------------|
| 0-2            | 22              | 13.5       |
| 3-5            | 32              | 19.6       |
| 6-8            | 43              | 26.4       |
| 9-11           | 11              | 6.8        |
| 12-14          | 10              | 6.1        |
| >15            | 45              | 27.6       |
| TOTAL          | 163             | 100.0      |

**CUADRO 5**  
**PROBLEMAS DE ESTÁTICA PELVICA**  
**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**

|  | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--|--------------|------------|
| HISTERECTOMIA VAGINAL + COLPORRAFIA ANTERIOR Y PERINEOPLASTIA                  | 57           | 35.0       |
| HISTERECTOMIA VAGINAL + COLPORRAFIA ANTERIOR PERINEOPLASTIA + PLASTIA DE KELLY | 54           | 33.1       |
| COLPORRAFIA ANTERIOR + PERINEOPLASTIA + PLASTIA DE KELLY                       | 24           | 14,7       |
| COLPORRAFIA + PLASTIA DE KELLY   | 12           | 7.4        |
| COLPORRAFIA + PERINEOPLASTIA   | 7            | 4.3        |
| PERINEOPLASTIA   | 7            | 4.3        |
| COLPORRAFIA  | 2            | 1.2        |
| TOTAL  | 163          | 100.0      |

**CUADRO 6**

**PROBLEMAS DE ESTÁTICA PELVICA**  
**COMPLICACIONES EN EL TRANSOPERATORIO**

| PERDIDA SANGUINEA (cc) | NUMERO DE CASOS |
|------------------------|-----------------|
| < 100cc                | 16              |
| 1000-300               | 98              |
| 400-600                | 33              |
| > 700                  | 11              |
| NO CONSIGNADO          | 5               |
| LESION VEJIGA          | 2               |

**CUADRO 7**

**PROBLEMAS DE ESTÁTICA PELVICA**  
**COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

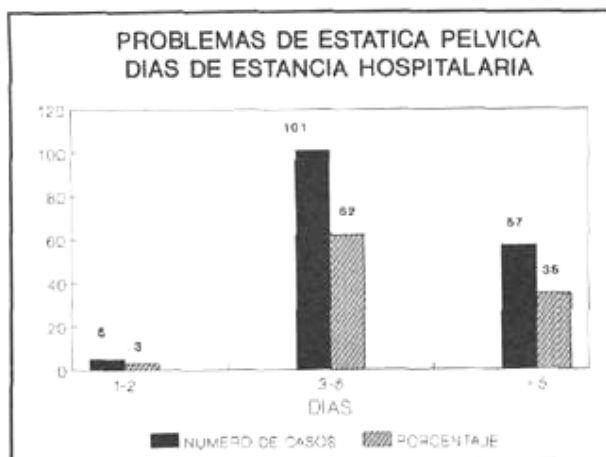
| COMPLICACIONES              | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-----------------|------------|
| Infección Urinaria          | 28              | 45.2       |
| Retención Urinaria          | 21              | 34.0       |
| Infección Herida-Quirurgica | 4               | 6.4        |
| Absceso Cupula              | 4               | 6.4        |
| Hematoma                    | 2               | 3.2        |
| Celulitis Cupula            | 2               | 3.2        |
| Deshcencia                  | 1               | 1.6        |
|                             | 62/163          | 100.0      |

CUADRO 8

**PROBLEMAS DE ESTATICA PELVICA  
DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO**

| DIAGNOSTICO                     | NUMERO DE CASOS  | PORCENTAJE   |
|---------------------------------|------------------|--------------|
| CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA | 64               | 22.7         |
| ATROFIA DE ENDOMETRIO           | 50               | 17.5         |
| METAPLASIA ESCAMOSA DEL CERVIX  | 40               | 14.0         |
| CERVICITIS CRONICA QUISTICA     | 27               | 9.4          |
| ATROFIA QUISTICA DE ENDOMETRIO  | 23               | 8.0          |
| CERVICITIS CRONICA ULCERADA     | 15               | 5.2          |
| ENDOMETRIO PROLIFERATIVO        | 9                | 3.1          |
| MIOMETRIO ARTERIOESCLEROTICO    | 6                | 2.1          |
| ENDOMETRIO SECRETOR             | 5                | 1.7          |
| ADENOMIOSIS                     | 4                | 1.4          |
| MIOMATOSIS UTERINA              | 4                | 1.4          |
| CA CERVIX IN SITU               | 2                | 0.7          |
| CA ESPINOCELULAR QUERATINIZANTE |                  |              |
| INVASOR DE VULVA                | 1                | 0.4          |
| OTROS                           | 22               | 7.7          |
| NO REPORTADOS                   | 14               | 4.9          |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>286 / 163</b> | <b>100.0</b> |

GRAFICA VI



## BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, RALPH. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos; 3a Edición. México, Manual Moderno, año 1983, pags. 250-262.

3. CHAN, P. L., et. al. Spontaneous rupture of the vaginal vault with small bowel prolapse; *Obstet. and Gynec.*; 60:754-756. 1982.

4. LISAK, ENRIQUE. El prolapso genital en las gerentes; *Prensa Médica, Argentina*; 70: 70-74. 1983.

5. NAVA Y SÁNCHEZ, ROBERTO. Tratamiento del prolapso uterino en mujeres jóvenes; *Ginec. y Obstet. México*; 47:441-455. 1980.

6. NICHOLS, H. DAVID. Effects of Pelvic relaxation on Gynecologic Urologic problems; *Clinical Obstet. and Gynec.*; 21:759-774, 1978.

7. NOVAK, E. Tratado de Ginecología; 10a. Ed. México, Interamericana; 356-362. 1984.

8. RICHTER, KURT. Massive inversion of the vagina; Pathogenesis, diagnosis and therapy of the true prolapse of the vaginal stump; *Clinical Obstet. and Gynec.*; 75: 897-912, 1982.

9. GUEVARA JUÁREZ, FILIBERTO. Problemas de estática pélvica, su frecuencia, manejo y complicaciones en el Hospital Regional del Sur. Choluteca, 1981-1985.