

Juan M. Funes h.

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE
LA ETIOPATOGENIA Y EL TRATAMIENTO
QUIRURGICO DEL PROLAPSO GENITAL.**

JUNIO DE 1938

TIP. "ORIENTACION"

CAPITULO I

ETIOPATOGENIA DEL PROLAPSO GENITAL.

ARTICULO PRIMERO.

La mucha frecuencia con que se observa el prolapso genital entre nosotros, estriba esencialmente, en la lamentable costumbre de aminorar hasta el límite de lo posible el reposo necesario, para que la involución del útero se lleve a feliz término, sin comprometer la solidez de los planos de sostén de los órganos genitales internos.

Nuestras mujeres, consagradas a trabajos en su casi totalidad de carácter rudo, aun adivinando lo provechoso del reposo post-partal, se ven obligadas por las necesidades que les impone la vida, a volver sin mayor tardanza a sus labores, privando de tal manera a su organismo de la condición capital que debe restituirle a la normalidad

La multiparidad, común en la mujer de la clase trabajadora, sumándole a repetidos traumatismos obstétricos y a la episódica interrupción de las involuciones interrumpidas, nos explica el crecido número de dislocaciones genitales que se presentan a nuestra observación.

Las circunstancias desfavorables en que llegan al momento de la maternidad, ayudadas en nuestros ambientes rurales, por "partos" improvisados, o constreñidos en no pocos casos a atenderse por las mismas, tienen como consecuencia la inevitable producción de lesiones perineales, que en en la mayoría de los casos son tomadas como cosa muy natural.

A este conjunto de condiciones desastrosas, se suma la precaria constitución orgánica de nuestras campesinas, víctimas de terribles flagelos endémicos (paludismo, uncinariasis y disenterías) y de obligadas secuelas.

Si a esto agregamos el papel preponderante que desempeñan las infecciones genitales, corolario inevitable de la falta de atención adecuada y de la ignorancia de los más rudimentarios conocimientos de higiene, contamos con otro factor de decisiva importancia, que pesa enormemente en la balanza etiológica del prolapso.

Además de las condiciones anómalas ya enumeradas, debe hacerse referencia a las maniobras e intervenciones obstétricas torpes que se ven sometidas estas enfermas.

ARTICULO SEGUNDO.

Algunas consideraciones sobre la etiopatogenia general del prolapso genital.

Los factores anteriormente expuestos: sub-involución, Rasgaduras del perineo, obran substrayendo la contrapresión del piso pélvico que normalmente contrarresta la presión del diafragma y de la musculatura abdominal. Cuando el perineo se desgarrá los coeculos se retraen de manera súbita a uno y otro lado; el pilar de sustentación se hace mas bajo o desaparece; la pared vaginal anterior que esta adosada a él directamente, sigue su descenso y arrastra consigo a la pared anterior. La primera manifestación es

pues el prolapso vaginal, que empieza en la pared vaginal anterior o bien al propio tiempo por la anterior y posterior que franquean la abertura vulvar entre-abierta y se exteriorizan ejerciendo tracción sobre el cuello uterino.

Si el útero conserva sus relaciones normales o está sujeto por adherencias perimetriticas, no cede a la tracción, pero se alarga de manera insensible, de modo que la porción vaginal del cuello sigue a las paredes vaginales en su movimiento de descenso cada vez más pronunciado, alcanzando el orificio vulvar e incluso apareciendo al exterior, mientras el fondo uterino permanece aproximadamente en su posición primitiva.

Cuando el útero, a causa de la relajación de sus medios de fijación, participa en el movimiento de descenso y llega poco a poco a encontrarse delante de la vulva, constituye el prolapso total. Conviene recordar en efecto, que además del aparato muscular de sustentación desempeña un papel muy importante el aparato conjuntivo de suspensión cuyos agentes son de dos órdenes: los primeros se insertan sobre el fondo y los flancos del órgano y juegan un papel suspensor bastante exiguo como parece probarlo el hecho de que no se encuentran tensos al estado normal. De modo que el aparato ligamentario, constituido por los ligamentos redondos y anchos, no tiene otro efecto que el guiar al útero en sus oscilaciones antero-posteriores y mantenerlos en el eje sagital. Los de segundo orden están constituidos por: primero: los ligamentos que se insertan sobre el cuello al nivel del istmo dirigiéndose hacia adelante sobre las sínfisis pubiana (ligamentos pubo-vésico-uterinos de Hyrtl) segundo: los que se dirigen hacia el sacro (ligamentos útero-sacros de Douglas).

Los ligamentos de Hyrtl apenas tienen papel fijador; en cambio los de Douglas son considerados como medio suspensores de la matriz, de indiscutible importancia.

Esquemáticamente, como ya se dijo, en las acciones de esfuerzo se oponen dos planos musculares de resistencia: Hacia arriba el diafragma y la pared abdominal, bajo el empuje de los que se ejercen la presión activa y hacia abajo el diafragma pelviano y el trigono uro-genital, formados por los elevadores del ano, que hacen contra-apoyo a esta presión.

Hay que considerar de otra parte, que no son solamente los planos musculares los que constituyen los elementos de resistencia, pues intervienen sobre todo al estado dinámico; es decir que su contracción sostiene a los órganos en el momento del esfuerzo; pero al estado de reposo muscular son las sólidas formaciones aponeuróticas del piso pelviano y del plano perineal las que intervienen.

Martín, atribuyó gran importancia al tejido conjuntivo circundante del útero a nivel de su istmo, esto es al "retinaculum uteri"; irradiado de allí, a las paredes pélvicas. En el tejido conjuntivo pelviano debemos distinguir dos porciones bien caracterizadas: la porción firme o fascia endopelviana y la porción areolar desprovista de importancia estática. La fascia endopelviana está formada, a su vez, de dos partes; la primera, horizontal, toma inserción directa sobre el pubis y se dirige de ahí, hacia atrás pasando por debajo de la vejiga hasta la línea bi-ciática donde se incurva para encima, yendo a formar la porción frontal o vertical conocida como "ligamento transversal de Makenrodt", o "vaina hipogástrica de Delbet". La porción horizontal, contribuye en la línea media como el músculo elevador del ano, a formar y reforzar la hendidura vulvar. Lateralmente esa porción horizontal de la fascia endopelviana se adhiere fuertemente a un espesamiento de la aponeurosis del músculo obturador interno, conocido por "arcus tendineus fasciae endopelvinæ". Ahora bien, esta porción que nos ocupa (horizontal) está constituida por tres hojas, que se comportan así: la superior envuelve la vejiga; la media forma una verdadera envoltura conjunta a la vagina y la interior circunda al recto. Es fácil comprender el papel importante que desempeñan estas hojas, en la estática de los órganos a los cuales rodea.

Este aparato conjuntivo, está sostenido por la expansión de la porción vertical que son anteriores y posteriores: las primeras son los ligamentos pubo-vesicales y las posteriores constituyen los ligamentos útero-sacros.

El suelo pelviano está formado por dos diafragmas: 1º., pelviano, segundo: uro-genital. El diafragma pelviano está constituido por el músculo elevador del ano, cuya línea de inserción se extiende del pubis a la espina ciática. Se le distinguen dos partes de las que solo la interna representa un papel interesante en el tema que tra-

tamos. Esta se origina en las ramas ascendente y horizontal de pubis y se dirige al recto, donde se desdobra en dos grupos de fibras; las internas o pre-rectales, que se entrecruzan con las del lado opuesto y fibras latero-rectales que se incurva hacia abajo mezclándose a las fibras longitudinales del recto.

La hendidura vulvar se encuentra reforzada, igualmente, por los músculos bulbo-cavernosos, el isquio-cavernoso, el transverso superficial y el transverso profundo, que incluido en la aponeurosis perineal media, constituye el diafragma uro-genital.

La importancia máxima en la conservación del tono de la hendidura vulvar, corresponde en primer término a los músculos elevadores del ano y en segundo término a los músculos bulbo-cavernosos.

Los demás elementos musculares del periné, obran indirectamente prestando solidez al rafe; toman seguras inserciones sobre el pubis hacia adelante y exigen, durante su contracción, apoyo al rafe pre-anal; por consiguiente, si este cede los músculos ya no pueden estrechar la hendidura vulvar.

Desempeña también preponderante papel en el mecanismo de estrechamiento de la vulva, el esfínter del ano que se inserta adelante en el rafe pre-rectal y hacia atrás en la punta del coxis, formando parte del rafe ano-coxígeo. De allí, la seria importancia de sus lesiones en las rasgaduras de tercer grado del periné.

Halban y Tandler, atribuyen en especial al elevador del ano un papel predominante en la estática normal del útero y en sus eventuales alteraciones. Hofmeir, sin negar el papel de la musculatura, cree que los aparatos de sostén del útero desempeñan el papel primordial en la patogenia del prolapso.

Hay que considerar todavía otro factor de gran importancia, consiste en el ángulo formado por los ejes del conducto vaginal y del útero. Si el útero, por ejemplo, está en retroversión o retroflexión la dirección de la vagina se acerca a la vertical y si la abertura vulvar es ancha, no tardan sus paredes en prolapsarse tirando hacia abajo el cuello uterino. El útero en tal posición es fácilmente impelido por los esfuerzos abdominales. En la inmensa mayoría de los casos, las desviaciones de la matriz son adquiridas y consecutivas

al parto o a un aborto. Efectivamente, en este momento, el peso y el volumen del útero, la blandura de su tejido, la relajación de los ligamentos. etc., todo concurre para favorecer el desplazamiento, sobre todo si las parturientas se levantan pronto. Sin embargo, la causa inmediata es ante todo la detención de la involución debida a la infección endo-uterina. Entonces el útero, permanece grande y blando, bascula bajo la influencia de su peso y de la presión intestinal. La laxitud de los ligamentos redondos y anchos que ya no lo orientan, facilitan la dislocación: así se produce con gran frecuencia una retroversión; ésta llega a un mas allá, pues el cuerpo uterino después de bascular se dobla. Atrás, cae hasta el fondo de saco Douglas acomodándose a nivel del istmo, mientras que el cuello se coloca en anteposición.

También se producen primitivamente las retrodesviaciones en los casos de una sub-involución localizada a una pared uterina y a nivel de una inserción o retención placentaria (Martín).

La repleción excesiva de la vejiga urinaria y la coprostasis en la ampolla rectal, facilitan, del mismo modo, la formación del prolapso, porque rechazan hacia abajo las paredes vaginales. Entre otras causas favorecedoras de la dislocación uterina hay que mencionar la desaparición de la grasa y la pérdida de la elasticidad de los tejidos de la edad crítica.

Se debe notar también la importancia etiológica de los trastornos de inervación. en numerosos casos, debidos a la existencia de Espina bífida, lo que explica el prolapso congénito de las recién nacidas y que sugiere la posibilidad de que este trastorno, en su forma oculta, intervenga como factor patogénico en la mujer.

El prolapso primitivo es raro y se ha observado en las mujeres que presentan vagina corta y rígida y en las que coincide una acción sostenida de la prensa abdominal. Debemos mencionar la relajación primitiva de los medios de sostén en las nulíparas atribuible a una inervación defectuosa; las condiciones que disminuyen la capacidad abdominal, como sucede en las cifóticas, así como los esfuerzos repetidos (tos, vómitos, defecación laboriosa) son un factor más en la producción del prolapso.

ARTICULO TERCERO.

Modificaciones que sufre el útero prolapsado.

Tan pronto como las partes prolapsadas salen de la vulva adquieren una hinchazón edematosa debida a una hiperhemia por obstaculización de la circulación de retorno. Luego la mucosa se vuelve lisa, el epitelio pavimentoso se engruesa por la poliestratificación hasta que la vagina llega a quedar recubierta por una verdadera epidermis. Es muy frecuente la irritación por roce continuado con agentes exteriores, que da lugar a inflamaciones, maceraciones, ulceraciones, etc., pequeños traumatismos todos ellos no despreciables en la génesis del cáncer. El engrosamiento de la mucosa puede alcanzar hasta un centímetro de espesor.

El útero totalmente prolapsado se encuentra generalmente en retroversión o hasta en retroflexión forzada, sufre modificaciones por alargamiento del cuello e incluso del cuerpo y la longitud total alcanza en algunos casos de doce a diez y siete centímetros. Puede presentarse al contrario una atrofia senil del útero. La hemorragia menstrual se exagera a causa del éxtasis circulatorio.

El prolapso total no excluye la posibilidad de embarazo aun en casos en que se creería imposible por razones mecánicas, pues en el curso de la gravidez se reduce por completo y las partes prolapsadas se reintegran a la pelvis.

El prolapso no constituye nunca indicación para provocar el aborto. No es necesario hacer notar que durante el embarazo y el puerperio no deben practicarse operaciones para curar el prolapso. Se necesita que transcurran por lo menos seis meses para verificarlo. Puede suceder algunas veces que el prolapso se convierta en irreducible durante el parto, por la cabeza fetal, que da lugar a una distocia. Del mismo modo la cabeza o su extracción forzada (forceps) puede causar lesiones serias de los órganos circunvecinos y de las partes blandas. En estos casos se encuentra una indicación franca de la cesárea abdominal.

ARTICULO CUARTO

División del prolapso genital en grados.

El primer grado comprende la situación baja de la matriz en la

pelvis encontrándose el órgano en retroversión.

El segundo corresponde a los casos en que el orificio del cuello o una porción del mismo emerge de la vagina.

Por último, el tercer grado que constituye la prociencia de los amencanos se califica por el útero que pende entre los muslos.

Pueden catalogarse también, en otras tres variedades, 1ª. El prolapso utero-vaginal rodeado solo de la porción de vagina que normalmente rodea al cuello; 2ª. Vagino-uterina en cuyo caso el útero va precedido de la vagina en forma de inversión parcial o completa de dicho conducto y 3ª. Pseudo-prolapso por elongación hipertrofica del cuello.

El prolapso en sus primeros estadios es puramente vaginal; la pared anterior de este conducto en íntima conexión con la vejiga arrastra que la arrastra tras sí formando un cistocele; una vez formado el saco de este, aumenta en lo sucesivo por la presión excéntrica del contenido, formando así un divertículo que se extiende hasta el polo interior del tumor.

En el interior de esta nueva cavidad de formación, se establecen estancamientos de orina, que sufriendo fermentaciones da lugar a fenómenos de cistitis crónica. Dicho estancamiento, puede totalizarse y llegar hasta la retención completa por acodamiento del cuello vesical y aún a la dilatación ascendentes de las vías urinarias, con repercusiones graves sobre el funcionamiento del parenquima renal.

En otros casos, por el contrario, se encuentra incontinencia de orina, porque el esfínter vesical sufre una dilatación bajo la influencia del peso. El fondo de saco peritoneal, vesico uterino no modifica su posición; en cambio, el fondo de saco de Douglas puede descender hasta la extremidad inferior de la tumoración. En cuanto al recto que está separado de la pared vaginal posterior por el tabique recto-vaginal, tejido laxo, no sigue a la pared vaginal en sus movimientos de descenso; no obstante es de notar que algunas veces el recto cede, aparece primero en fecha, lo que debe atribuirse a los repetidos esfuerzos que impone el estreñimiento crónico. Así llega a formarse también un divertículo del recto en el cual permanecen materias fecales que luego se transforman en coprolitos.

Las asas intestinales siguen al prolapso rechazando el fondo de

saco vésico-uterino, originando un enterocele anterior, o bien recubiertas por el Douglas, un enterocele posterior o hidrocele. Las trompas de Falopio y los ovarios no modifican su situación en la mayoría de los casos pero puede sufrir desplazamientos.

CAPITULO II

CÓMENTARIOS BREVES SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS MAS CORRIENTES.

ARTICULO PRIMERO.

El objeto de las intervenciones quirúrgicas, es, de volver al piso perineal su integridad anatómica y su tonicidad normal, de manera que se logre restaurar el sostén del aparato vagino-uterino. Trata también de estrechar y consolidar la vagina y restituir al útero, en la medida de lo posible, sus dimensiones, actitud y posición normales. Así, pues, los tratamientos cruentos difieren según se trate de suspensión del útero, o de sus elementos de sustentación.

Existen también operaciones que se llevan a cabo sobre el órgano mismo en su parte cervical, y que se verifican como medidas complementarias a otras intervenciones. La amputación del cuello que disminuye longitud y peso del útero, se hace en estos casos alta como una especie de vaciamiento conoide. Bouilly llega hasta la desinserción vaginal del cérvix. Existen varios métodos operatorios para efectuar dicha amputación del cuello, que solo difieren en detalles de técnica.

Obrando directamente sobre los medios de sustentación tenemos operaciones plásticas que tratan, 1°. de estrechar la vagina suprimiendo en parte la mucosa exuberante y 2°. de reconstituir el perineo. Como ejemplo de las primeras, citaremos la Colporrafias anteriores. Está reservada a los cistocelos sin cambio de la pared posterior y sin modificaciones de la vulva. Tienen por objeto estrechar la vagina escindiendo su mucosa en determinada extensión. Este avivamiento puede ser de forma oval o rectangular; se procede luego a una hemostasis cuidadosa y consecutivamente a la sutura. En determinadas circunstancias, cuando la distensión se presenta por encima del cuello, la forma del avivamiento es triangular y luego se hace una sutura en forma de T.

En la Colporrafia posterior se escinde un colgajo triangular de pared vaginal y se asocia por lo general a la perineorrafia, utilizando como incisión perineal la base del refrescamiento triangular de la pared posterior de la vagina, es decir, disecando de arriba abajo en tal extensión que la base de la incisión corresponde al perineo.

La colpoperineorrafia es siempre indispensable, cualquiera que sea el procedimiento empleado y como condición para su eficacia, el útero debe encontrarse en anteflexión; si se encuentra retrovertido la presión abdominal lo empujará contra la sutura de la perineorrafia y podrá por este mecanismo, motivar la recidiva; por consiguiente cuando el útero se encuentra en retro-desviación es conveniente reducir al mismo tiempo esta anomalía de posición por uno de los métodos de ligamentopexia extra peritoneal (alquie-Alexander). Si ella es irreductible se recurrirá a una laparatomía.

Entre los procedimientos usuales tambien hay que mencionar la colpoperineoplastia por deslizamiento de Doleris: Consiste esencialmente, 1º en practicar una incisión circular de la horquilla que vaya hasta la extremidad posterior de los pequeños labios, 2º se procede a la separación de la mucosa vaginal posterior de la pared recubierta; esta maniobra se verifica con facilidad por existir un plano de deslizamiento y 3º colocación de puntos de crin que siguen este trayecto; se encuentran en la piel hacia atrás del borde posterior de la incisión y por vía profunda alcanzan la pared vaginal posterior lo más alto posible sin atravesar la mucosa; luego trayecto recurrente semejante. Al anudar se produce el deslizamiento de la pared vaginal posterior y 4º. Exérsesis de la mucosa sobrante.

El procedimiento de Emmet es una variante de la anterior en la cual el avivamiento se hace en forma de H. En el mismo sector se practica la miorrafia de los elevadores del ano, operación de Mercadé; a la que se concede gran importancia en el tratamiento del prolapso. Pero este afrontamiento ni siempre es fácil, ni, aunque se haga cuidadosamente, representa una garantía de estabilidad y firmeza; con frecuencia esos bordes son delgados, pálidos y sin consistencia alguna. Esto llevó a Watkins a utilizar los bordes de los músculos mayores, como apoyo de los elevadores suturados.

OTROS PROCEDIMIENTOS.

Tabicamiento de Le Fort. Esta operación está indicada solamente en el prolapso genital de tercer grado y debe practicarse únicamente a enfermas cuya edad les quita toda esperanza de maternidad. Su técnica, someramente descrita, es la siguiente:

- 1º Exteriorizado por completo el prolapso, se aviva la pared vaginal anterior rectangularmente, en una extensión de tres a cuatro cms. de anchura, y la mayor longitud posible; debe estar situado exactamente sobre la línea media y extenderse desde dos a tres cms. del meato urinario, hasta la vecindad del cuello uterino;
- 2º Un avivamiento simétrico de la misma longitud y anchura situado también sobre la línea media es practicado sobre la pared vaginal posterior.
- 3º Cuando se ha asegurado la hemostasia definitiva se trata de adosar y suturar estas superficies cruentas; para lograrlo, se reduce el cuello y se unen con catgut las partes vecinas de las caras avivadas. Los labios de las incisiones deberán ser cuidadosamente afrontadas. A medida que se suturan las superficies descubiertas el prolapso se reduce y cuando el afrontamiento de las caras se termina, la reducción es completa.

Se ha practicado también la colpectomía total, que posee el serio inconveniente de impedir el derrame de las secreciones uterinas y sustraer el cuello uterino a la vigilancia que necesita, ya que ulteriormente es posible que enferme o presente una degeneración cancerosa.

Los procedimientos de histeropexia vaginal, con anteversión o retroversión del cuerpo uterino, se proponen sustraer a este del movimiento de descenso, invirtiendo su posición; es decir su fondo uterino hacia el sector vaginal interior.

Interposición uterina de Wertheim. Este autor aconsejaba en casos de cistocele muy voluminoso, abrir el fondo de saco anterior, bascular el fondo del útero a través de la brecha vagino-peritoneal y fijarlo a la pared vaginal anterior, avivada por la incisión. Schauta lo modificó fijando el útero entre la vagina y la vejiga, mediante la técnica siguiente: la pared vaginal anterior es incindida sobre la línea media desde las proximidades del meato urinario hasta el cuello; los colgajos son separados, por disección, de la vejiga; la vagina se desinserta circularmente, se incinde el fondo de saco vésico-uterino

y se va entonces en busca del fondo uterino que pasará a través de la incisión peritoneal hujándole hacia abajo y adelante, es decir llevándole bajo la vejiga previamente desprendida; sutura del peritoneo vesical con el que tapiza la cavidad del Douglas, de modo que en definitiva, la vejiga queda en contacto con la pared uterina posterior y la pared vaginal anterior, adosada a la superficie anterior del útero. Un procedimiento similar se usó en las enteroceles posteriores, interponiendo el útero entre la ampolla rectal y la pared vaginal posterior. Naturalmente, la operación de Wertheim-Schauta, no será practicada durante el período de plena actividad sexual, pues en el caso de presentarse un embarazo, sobrevendrían graves perturbaciones. Es igualmente poco recomendable, en los prolapsos totales, por la inminencia de la recidiva. En ciertas circunstancias, se completa con la amputación del cuello o con una escisión parcial y cuneiforme de éste, que se une a la incisión vaginal

Métodos que se efectúan a través de la pared abdominal.

Citaré solamente la promonto-pexia de Küstner por medio de la cual se sutura el cuello al disco intervertebral desnudo del promontorio. A través de esta vía se verifica, también, la operación de Marion que consiste en la supresión del fondo de saco de Douglas por medio de suturas adecuadas. Se utiliza igualmente para Exo-histeropexia y en el procedimiento de ventro-fijación del muñón de Kocher, usado con eficacia en el tratamiento de las recidivas.

Es más usada en las ligamentopexias del tipo Guillian, Webster-Baldy, etc; buenas operaciones complementarias de las plastias pericervicales y para corregir las desviaciones del útero, pero inútiles para luchar contra los prolapsos acentuados.

OPERACIONES RADICALES.

Histerectomía vaginal: Como algo interesante, señalaré algunos datos históricos referentes a la histerectomía vaginal: el primer caso que se encuentra descrito, es el de Berengario, de Bolonia, de quien se dice que en 1507, practicó una histerectomía vaginal parcial. Como método aplicable al tratamiento del prolapso genital, fuéolkamer, de Jena, quien la practicó por primera vez, en 1675.

En 1829 Recamier perfeccionó la operación, seccionando la base

de los ligamentos anchos y ligando las arterias uterinas. Siguen los trabajos de Kilian, Roux, Dubourg, etc. Se limitaba su empleo a los casos de inversión uterina y de úteros carcinomatosos; Pean hizo desaparecer estas limitaciones, mediante el perfeccionamiento de la técnica. Hay que mencionar los trabajos americanos, a la cabeza de los cuales figuran Fenger, Lane, Goodel, Prior, y C. H. Mayo. En nuestros días la histerectomía vaginal ha llegado a adquirir un alto grado de perfeccionamiento, merced sobre todo a la técnica C. H. Mayo, por lo que me propongo, más lejos, mencionarla con detalles.

La histerectomía vaginal, es el procedimiento que mas conviene a las enfermas próximas a la menopausia o mas allá de ella, ya que el porcentaje de curaciones que con el se obtiene es alto, desempeñando al mismo tiempo la mas efectiva labor de profilaxis anticancerosa. Como condición previa se deben sopesar las ventajas y peligros de la operación y las molestias que la afección ocasiona a la enferma. Las incomodidades y trastornos que acarrear los grandes prolapsos, sobre todo en las mujeres de las clases trabajadoras, hacen imprescindible la necesidad de recurrir a una medida radical. Hay muchas enfermas, con prolapsos que varían de grado, hasta la procidencia, que sufren muy pequeños inconvenientes durante largo tiempo, sin preocuparse de buscar una reparación temporánea de su afección; pero, cuando los síntomas empiezan a manifestarse, son progresivos, y hacen concebir a las personas de mediana cultura, el temor del cáncer.

Las ventajas de la histerectomía vaginal, resultan manifiestas cuando se limita su aplicación a casos debidamente seleccionados. La ablación del útero responde en tal caso a la indicación principal, pero no remedia la relajación de la vulva; por eso como medida que garantiza su buen resultado, se combina a la Colpoperineorrafia posterior.

Las dificultades que presenta su ejecución, se deben a la mala calidad del tejido, hipertrofiados e indurados que impiden el aislamiento fácil de la vejiga. Para subsanar esta dificultad, evitando la herida del órgano, propuso Doyen su técnica que fué usada en el Servicio de Ginecología del Hospital General, con anterioridad a la de Mayo. Sus tiempos principales, son: 1º. Abertura del fondo de saco de Douglas y exteriorización del fondo del útero; 2º. hemisección

ción postero-anterior del órgano y despegamiento de la vejiga; 3º. torsión y ligadura de los ligamentos anchos; 4º. cierre del peritoneo en bolsa y sección de los ligamentos anchos; 5º. Colporrafia y 6º. Colpoperineorrafia. Debe mencionarse la histerectomía vaginal por desmenuzamiento (morcellament) que resuelve problemas planteados por las condiciones anómalas del útero

COLPO-HISTERECTOMIA VAGINAL TOTAL DE CHARLES H. MAYO

El autor publicó en el año 1915 el procedimiento que trata; mediante su técnica, de corregir las deformidades vesicales que acompañan al prolapso y de reseca el órgano prolabado; para lograr su objeto, aprovecha los bordes seccionados de los ligamentos anchos, atraídos extraperitonealmente y los usa como soportes de la vejiga. He aquí como se procede:

- 1º. Incisión periforme de la mucosa vaginal, que empieza a unos tres centímetros del meato urinario, sigue a un lado de la vejiga, pasa por detrás y encima del labio posterior del cérvix y remonta del lado opuesto recorriendo un trayecto similar, hasta unirse al principio de la incisión;
- 2º. Incisión del fondo de saco de Douglas;
- 3º. Disección con punta afilada, del colgajo vaginal anterior y separación de la vejiga, que es retraída a medida de su desprendimiento;
- 4º. Abertura del fondo de saco véstico-uterino y exteriorización del útero que se luja hacia adelante;
- 5º. Sección del aparato ligamentario del útero, a un nivel de los bordes laterales de éste, previa colocación de pinzas fuertes;
- 6º. Sutura de los bordes de los ligamentos seccionados, en la línea media;
- 7º. Cierre del fondo de saco véstico-uterino;
- 8º. Fijación de la extremidad anterior de los ligamentos suturados a la fascia de Colles, rasando la cara posterior del pubis, a un lado y otro de la uretra. Este tiempo constituye la vagino-fijación pelviana de Mayo, punto de capital importancia para la eficiencia del método;
- 9º. Segunda sutura de los bordes ligamentarios, de seguridad;
- 10º. Colporrafia.

Luego viene la colpoperineorrafia, que se lleva a cabo en el Servicio de Ginecología del Hospital General, con la siguiente técnica empleada por el Doctor Wunderlich.

- 1º. Colocación de dos pinzas de Allis, simétricamente, a un lado y otro de la horquilla.
- 2º. Resección de un colgajo semilunar del reborde cutáneo-mucoso de la horquilla, principiando y terminando por dentro de las pinzas de referencia.
- 3º. Disección roma del colgajo vaginal, buscando el plano de clivaje hacia los lados, respetando el rafé.
- 4º. Denudación de los músculos elevadores del ano.
- 5º. Se da principio a la sutura de los mismos en el ángulo inferior (catgut cromizado No. 0, montado en aguja curva mediana, de punta de trócar) aplicando los puntos sucesivamente de abajo arriba, hasta estrechar el orificio vulvar a medida de lo conveniente. Al principiar la sutura, no se anuda el extremo sino que se deja un cabo de catgut de unos doce centímetros de longitud, que servirá posteriormente para reforzar, anudando, cada punto colocado sobre los elevadores. Al llegar al extremo superior de la miorrafia, se incluye la sub-mucosa vaginal en el último punto con el objeto de suprimir el espacio muerto. Luego se reúnen mediante otro punto los cuernos de la herida cutáneo-mucosa y se anuda con el cabo sobrante; entonces se procede a la elitrorrafia ascendente, con puntos pasados. Al llegar al final de la colporráfia, se perfora la mucosa vaginal de fuera adentro y se sigue un trayecto retrógrado procurando que la punta de la aguja aparezca en el lugar que se empezó la sutura vaginal; se anuda con el cabo sobrante y este es mantenido, ahora, hacia arriba.
- 6º. Sutura de los planos superficiales subcutáneos.
- 7º. Sutura intradérmica de abajo arriba y nudo final, aprovechando el cabo sobrante, que queda oculto en la herida, a nivel de la horquilla. Este procedimiento encierra excelentes ventajas ya que combina en un solo punto y con el mismo hilo, la miorrafia de los elevadores y la colpoperineorrafia; concede además una solidez satisfactoria al muro perineal y suprimiendo los espacios muertos, evita la posible recidiva de un rectocele. Tiene además como cuali-

lad muy importante, el hecho de utilizar hilos reabsorbibles y muy finos, que quedan incluidos en el interior de la sutura.

CAPITULO III

COMENTARIOS

Esta técnica de Mayo ha sido empleada por el Dr. Wunderlich, Jefe del Servicio de Ginecología desde las postrimerías del año 1915. Estudiando los libros correspondientes, he encontrado material abundante para hacer algunos breves comentarios sobre el movimiento habido, en lo que respecta al prolapso genital total. La gran mayoría de los casos observados, se presentó sin complicaciones, es decir, no coincidiendo con lesiones anexiales, fibromas, etc.

El núcleo más numeroso, lo forman enfermas de condición pobre dedicadas a trabajos pesados; por el hecho de constituir en ellas una afección que les produce pocas molestias en sus estados de principio, al acudir al Hospital presentan, por lo común, prolapsos llegados a su último grado. Debido a la poca importancia que la mentalidad de éstas pacientes concede a la dislocación uterina, es posible comprobar la no poca frecuencia de ulceraciones rezumantes (flujo sanguinolento y fétido).

En 23 años de observación en el Servicio de Ginecología, se cuentan 418 prolapsos genitales de Tercer grado, después del climaterio, de los cuales 120 presentaban lesiones ulcerosas y el resto sin ellas.

Entre los segundos, fueron sometidos a procedimiento quirúrgico de elección 229, de los que 11 fueron completados con extirpación de anexos: 23, a intervenciones diversas: interposición de Wertheim Schauta, tabicamientos de la vagina según Le Fort, colpectomía, etc; y 46 no fueron tratadas, por diversas razones: inaceptación del tratamiento propuesto, mal estado general o traslado a otros servicios por presentar afecciones predominantes de otro orden.

Del primer grupo, es decir de los casos que presentaban ulceraciones, fueron operadas (previo tratamiento de reposo y taponamiento) 99 colpo-histerectomías vaginales y 21 no fueron sometidas a tratamientos quirúrgicos por diversas causas.

El total de enfermas histerectomizadas, después de la menopausia, asciende a trescientas veintiocho.

| | |
|-----------------|-----|
| Operadas..... | 328 |
| Curadas | 315 |
| Muertas | 11 |
| Recidivas | 2 |

Los decesos fueron debidos a las siguientes complicaciones:

| | |
|--------------------------------|---|
| Hemorragia interna..... | 1 |
| Tétanos post-operatorio | 1 |
| Neumonía post-operatoria..... | 3 |
| Peritonitis hiperséptica | 3 |
| Por causas desconocidas | 3 |

Para completar el estudio de los datos obtenidos en los libros hago notar que se encuentran 272 casos de prolapsos de segundo y tercer grado, antes de la menopausis. De estas, aquellas cuya edad hacía presumir la proximidad del climaterio, fueron histerectomizadas 127 por el procedimiento de Mayo, de las cuales curaron 122; las 5 restantes murieron a consecuencia de complicaciones intercurrentes. Las que restan, menos 37 que no fueron tratadas, fueron sometidas a operaciones conservadoras, como son: amputaciones del Cuello (Schroeder, Fargos, Stumdorff) en especial, a las que presentaban elongación hipertrófica del cérvix, combinadas a plastias perineales: ligamento-pexias igualmente asociadas a la reparación perineal, etc.

Como lo demuestran los datos numéricos enunciados, la operación de Mayo combinada a la Colpoperineorrafia, ha dado un elevado porcentaje de curaciones, máxime si se analizan los datos referentes a la mortalidad, por los cuales se verá que solo en cuatro casos se pueden achacar a la operación misma, el haber contribuido al desenlace fatal.

Así, pues, hoy gracias a los perfeccionamientos técnicos, se puede asegurar que es el tratamiento ideal de los prolapsos inveterados sobre todo en las cercanías de la menopausia.



CONCLUSIONES

- 1º. El prolapso genital, es una afección bastante frecuente en Guatemala.
- 2º. Esta frecuencia debe atribuirse a las condiciones anómalas que se desarrolla el parto, en nuestros medios rurales.
- 3º. La valoración de los factores diversos que influyen en la producción del prolapso, han de servir de fundamento al tratamiento aplicable.
- 4º. La operación de C. H. Mayo, dada su escasa mortalidad y duradera de sus efectos, parece ser la más adecuada conducta quirúrgica radical, en las enfermas próximas a la menopausia e sustituible en las que se encuentran plenamente en ella.
- 5º. Debería establecerse una plaza de comadrona titular, por lo menos en cada cabecera departamental.

PROPOSICIONES

| | |
|---|-------------------------------------|
| <i>Anatomía descriptiva</i> | <i>del Utero</i> |
| <i>Anatomía topográfica</i> | <i>Periné de la mujer</i> |
| <i>Anatomía patológica</i> | <i>Mola hidatiforme</i> |
| <i>Bacteriología</i> | <i>Gonococo</i> |
| <i>Botánica</i> | <i>Cornezuelo de Centeno</i> |
| <i>Clínica Médica</i> | <i>Exploración pulmonar</i> |
| <i>Clínica quirúrgica</i> | <i>Exploración ginecológica</i> |
| <i>Física Médica</i> | <i>Autoclave</i> |
| <i>Fistología</i> | <i>de la bilis</i> |
| <i>Ginecología</i> | <i>Inversión uterina</i> |
| <i>Higiene</i> | <i>del embarazo</i> |
| <i>Histología</i> | <i>Haz Hiss</i> |
| <i>Medicina legal y Toxicología</i> | <i>Intoxicación por el arsénico</i> |
| <i>Medicina operatoria</i> | <i>Dest. del maxilar inferior</i> |
| <i>Parasitología</i> | <i>Amiba histolítica</i> |
| <i>Patología externa</i> | <i>Pancreatitis hemorrágica</i> |
| <i>Patología interna</i> | <i>Pleuresía serfibrinosa</i> |
| <i>Patología general</i> | <i>Fagocitosis</i> |
| <i>Patología tropical</i> | <i>Esprío</i> |
| <i>Pediatría</i> | <i>Invaginación intestinal</i> |
| <i>Psiquiatría</i> | <i>Oligofrenias</i> |
| <i>Química inorgánica</i> | <i>Cloruro de Calcio</i> |
| <i>Química orgánica</i> | <i>Citrato de sodio</i> |
| <i>Química biológica</i> | <i>Reacción de Gerhardt</i> |
| <i>Terapéutica</i> | <i>Ergotina</i> |

BIBLIOGRAFIA

- Quirúrgica y técnica operatoria*--- E. Doyen
Tratado de Cirugía----- Duplay
Quirúrgica----- Keen
Ginecología----- Forgue y Massabian
Quirúrgica Ginecológica----- Pichevin
Ginecología y Cirugía abdominal----- Kelly y Noble
Tratado de Ginecología----- Hofmeier y Schroeder
Tratado de Ginecología----- Faure y Siredey
Textbook of operative surgery----- Kocher
Enciclopedia de obstetricia y ginecología.
Tratado genital----- Tesis Dr. J. F. de León
Tratado de terapéutica----- Johnson
Tratado de obstetricia de Recasens.
Tratado de obstetricia----- Fabre
Quirúrgica----- Lesene y Leriche
Tratado de Ginecología----- Stoeckel
Tratado de la facultad de Universidade de S. Paulo.
Tratado del II Congreso Médico Centro Americano.
Tratado del servicio de Ginecología del Hospital General Guatemala.
Tratado de las labores realizadas en el ramo de Beneficencia Pública
Comisión Social.