

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
REPUBLICA DE GUATEMALA, C. A.

# **HISTERECTOMIA VAGINAL, TECNICA DE HEANEY**

---

## **TESIS**

Presentada a la Junta Directiva de la  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
por

**Humberto Montenegro P.**

Ex-interno del  
Hospital General y del Hospital San José  
en el acto de su investidura de  
**MEDICO Y CIRUJANO**

---

Guatemala, C. A., Octubre de 1949

## ALGUNOS DATOS HISTORICOS SOBRE LA HISTERECTOMIA VAGINAL

Los escritos de Sorano, Aecio y Pablo de Egina, aluden a la extirpación del útero; sin embargo, el primer caso que encontramos referido es el de Berengario de Bolonia, de quien se dice que en 1507 practicó una histerectomía vaginal parcial.

En 1560, Andrés A. Cruce, de Granada, España, parece haber practicado la primer extirpación total del útero por cáncer.

En 1600, Schenk de Grabenberg, coleccionó y publicó veintiséis casos, la mayoría de operación parcial. En 1675, Volkamer, de Nüremberg, amputó con éxito un útero prolapsado.

Marchal en 1783, practicó histerectomías vaginales incompletas, por prolapso. Lauvariol, según dice Baudelocque, fué el primero en practicar la operación en Francia. Baudelocque dice que el enseñó y describió el procedimiento; de 1801 a 1816 practicó veintitrés histerectomías, parciales y totales. El método operativo que enseñaba consistía en prolapsar artificialmente el útero, amputándolo por encima de la parte enferma y en los casos favorables extirpando el órgano prolapsado y los anexos.

Osiander en 1793 dió a la publicidad su procedimiento, pero parece que no lo puso en práctica hasta en el año 1801. La publicidad del procedimiento de Osiander y el éxito de su operación, impresionó a toda Europa. Hasta estas fechas no se había descrito ninguna operación definida, y es indudable que muchas de las mencionadas eran casos de prociencia o de inversión, que fueron simplemente tratados por una ligadura.

Langenbeck en 1813, fué el primero en practicar deliberadamente la histerectomía vaginal concebida en concordancia con los procedimientos científicos modernos. Extirpó en su totalidad un útero canceroso y prolapsado, por un procedimiento de enucleación y ocluyó todos los vasos por medio de ligaduras.

Jules H. Hatin en 1827, practicó la operación empleando un espéculo bivalvo y una pinza de tracción de invención propia, cuyos dientes cogían lo mismo la superficie externa que la interna del cuello en su porción vaginal.

Sauter en 1822, Bundell en 1828 y Récamier en 1829, seccionaban los ligamentos anchos con ligaduras de las arterias uteri-

nas, y años más tarde, Kiexter (1848) y Henning (1878), empezaron a extirpar los anexos durante la ablación del útero por vía vaginal.

A Czerny, en el año 1873, corresponden el mérito de haber reabilitado la histerectomía vaginal que ya había caído en el desprestigio debido a las recidivas frecuentes, a las infecciones y a las hemorragias post-operatorias.

En el Congreso Internacional de Medicina en Londres, en 1880, Freund comparó los resultados de sus operaciones con los conseguidos por el procedimiento vaginal y manifestó su confianza en este último como operación de porvenir. Al mismo tiempo Martín, de Berlín, se convirtió en uno de los más entusiastas defensores de la operación en todos los casos de cáncer del útero y proclamó que la mortalidad inmediata en manos de cirujanos experimentados no debía de pasar del 5%.

Durante este tiempo la operación de la histerectomía vaginal, había ido aumentando rápidamente en favor por todo el mundo quirúrgico y la mayoría de los cirujanos empezaron a seguir el ejemplo de los grandes cirujanos alemanes. Prácticamente todo el trabajo realizado en Alemania se dirigía a la extirpación del útero invertido o canceroso; sin embargo, alguna vez, otras afecciones pelvianas que interesaban al útero eran tratadas por la histerectomía, aunque la regla generalmente admitida era que el éxito sólo podía esperarse cuando el útero era lo suficientemente pequeño para poder ser extraído a través de la vulva y cuando estaba bastante libre de adherencias. Sin embargo, estas limitaciones de la operación fueron suprimidas cuando en 1890 Pean y los cirujanos franceses perfeccionaron el procedimiento de histerectomía vaginal por fraccionamiento (morcellement).

Doyen en 1892 reportó 112 casos con una mortalidad de 5.3 %; a él corresponde el mérito de iniciar el procedimiento clásico de hemisección que actualmente es el medio más apropiado para tratar los casos sépticos. Segond, Richelot y Jacobs, contribuyeron a dar una carrera más brillante a estas innovaciones francesas.

Algunos años más tarde, la técnica de la histerectomía abdominal se perfeccionó notablemente. Los alfileres y pinzas de transfixión se fueron eliminando gradualmente y los resultados conseguidos fueron tan satisfactorios, que de nuevo se propuso que la operación abdominal reemplazara a la vaginal. Esta idea fué ganando terreno debido a que los resultados lejanos de la histerectomía vaginal eran poco halagadores, a pesar de que la mortalidad primaria iba disminuyendo constantemente.

En la actualidad hay tendencia a generalizar lo más posible la vía vaginal, por una serie de ventajas que presenta y que serán mencionadas más adelante. Las técnicas más usadas, son:

Mayo, Campbell (Canadá, 1937), Richardson-Spalding, Crossen, Heaney, Döderlein y Krönig (histerectomía vaginal sub-total) y Schauta (en casos de cáncer, con y sin insición de Schuchardt).

## INDICACIONES

- 1o.—Fibromiomas pequeños.
- 2o.—Menorragias de origen benigno, siendo necesario descartar antes el cáncer por medio de biopsia del cuello y raspado del endometrio.
- 3o.—Prolapso genital total, ésta es la indicación capital.
- 4o.—Menorragias con anemia, atribuidas a pequeños fibromas o a disfunción ovárica en pacientes de menos de 45 años; es mejor que tratarlas con radium cuando no es deseable la producción de la menopausia.

En mujeres de edad avanzada y con poca resistencia, es preferible hacer la operación de Watkins, Manchester o la de Le Fort, que son menos choqueantes.

En general en las mujeres en edad de reproducción no se hará la histerectomía vaginal total; se recurrirá a otros métodos.

Antes de practicar la histerectomía vaginal, es útil pasar un cistoscopio diagnóstico para conocer la topografía de la vejiga, localizar los orificios ureterales y examinar el esfínter vesical, investigando si existe relajación que cause incontinencia de esfuerzo, ya que en tal caso puede estrecharse, cuando se lleve a cabo la intervención. La colpoperineorrafia debe considerarse como un complemento a todas las intervenciones usadas para corregir el prolapso.

## VENTAJAS DE LA VIA VAGINAL SOBRE LA ABDOMINAL, EN IDENTICAS CONDICIONES

- 1o.—Menos probabilidades de peritonitis, adherencias, tromboflebitis y embolias, debido a que la operación es, de hecho, extra-peritoneal.
- 2o.—Produce menos pérdida de sangre y menos shock.
- 3o.—La paciente puede abandonar la cama al quinto o sexto día, y por esta razón la frecuencia de las flebitis y de las embolias es reducido.
- 4o.—Existen menos molestias post-operatorias.
- 5o.—La duración de la hospitalización es de dos tercios o la mitad de la que exige la histerectomía abdominal.

60.—Los peligros de hernia vaginal son menores que después de la operación abdominal y no se producirá en la incisión ninguna hernia abdominal post-operatoria.

70.—Se establece mejor drenaje.

80.—Menos probabilidades de herir la vejiga o los uréteres, en el acto operatorio.

### VENTAJAS DE LA TECNICA DE HEANEY

10.—Según Te Linde el porcentaje de hernias de la cúpula vaginal es menor, debido a que los medios de fijación de ésta son mayores.

20.—El pedículo de las arterias uterinas queda con dos ligaduras, lo que evita el peligro de las hemorragias.

30.—Las probabilidades de dispareunia son menores, debido sobre todo a que la sutura únicamente existe en la cúpula de la vagina.

### PRE-OPERATORIO

Cuando el prolapso está ulcerado es necesario tomar las siguientes medidas:

10.—Reposo absoluto.

20.—Curaciones con glicerito de boroglicerina, que descongioniza los órganos prolapsados y hace cicatrizar las ulceraciones.

30.—Irrigaciones con astringentes.

40.—Algunos ginecólogos aconsejan el uso de estrógenos. No debe operarse hasta que la mucosa presente un aspecto normal.

1.—Medidas rutinarias para cualquier intervención quirúrgica de importancia:

a) Atención al estado de nutrición, administrar proteínas y vitaminas (aminoácidos, etc.).

b) Atención a la anemia.

2.—La tarde anterior a la intervención, afeitar los genitales externos y limpieza cuidadosa con solución alcohólica de jabón potásico, prestando especial atención en el ano, pliegues de la vulva y monte de Venus.

3.—Lavado vaginal de dos litros de agua caliente con 8 gramos de polvo de sulfato de zinc.

4.—Enema jabonoso por la tarde o por la noche antes de la intervención.

5.—Ya preparada la anestesia, preparación de los genitales. Existen dos métodos:

a) Seco: limpiar la vulva con éter mediante una gasa, mantenida con el extremo de una pinza, luego antisepsia con solución de mertiolato, tintura de yodo al 1% o cualquier otro antiséptico adecuado. Luego se introduce un espéculo, de preferencia el de Sims; se secan cuidadosamente las secreciones del cuello y de la vagina, y se limpian con uno de los antisépticos ya indicados;

b) Húmedo: consiste en frotar ligeramente la vagina y vulva con solución alcohólica de jabón potásico y agua caliente, enjugando después con agua esterilizada y lavando los genitales externos y la vagina con 500 cc. de solución de yodo-mercuriato potásico al 1%; el exceso se seca con torundas. Después de esto se untan la vagina y los genitales con una tintura antiséptica.

6.—Cateterización de la vejiga con sonda blanda o de vidrio; antes y después de introducir la sonda, se instila en la vejiga 15 cc. de solución de protargol al 2%.

7.—Campos estériles y se procede a la intervención.

8.—El primer ayudante se coloca a la derecha del operador y el segundo a la izquierda.

### TECNICA DE HEANEY

Es una técnica que usa la forcipresión previa a la ligadura de los pedículos.

10.—Anestesia: se prefiere la raqui standard (con vitamina B).

20.—Posición de litotomía, con las caderas en el filo de la mesa de manera que el espéculo colgante quede en buena posición.

30.—Lavar perineo, vulva y vagina con jabón y agua, evacuar completamente la vejiga con un cateter. Antisepsia con tintura de yodo diluida o con solución de lugol; el exceso es removido con alcohol.

40.—Si los labios menores son muy grandes y molestan, se suturan con un punto a la cara interna de los muslos; si el introito es muy estrecho se hace una pequeña episiotomía mediana.

50.—Preensión y tracción del cuello con una pinza de garfios, hasta tenerlo a la vista. Si existe alguna erosión se esteriliza con cauterio. Inyección de dos cc. de extracto pituitárico en las paredes vaginales o en las regiones paracervicales.

60.—Incisión transversal de la mucosa de la pared vaginal, en el límite de la vejiga. Una sonda en la vejiga indica los límites de ésta. (Fig. No. 1).

- 70.—Si va a corregirse cistocele, se separa la pared vaginal de la vesical en la parte media de la incisión. Introducción de tijeras curvas (con la curva hacia adelante) entre la pared vaginal y la vejiga, las cuales son fácilmente separadas, cerrando y abriendo cuidadosamente las ramas de las tijeras; la disección debe llegar hasta la uretra. Disección roma lateral de los labios de la herida, con compresa y tijeras. La mucosa que sobra, se corta y se hace hemostasis. Si la uretra va a ser estrechada, se hace en este momento y se sutura con catgut cromizado No. 2. (es el número de catgut que se usará en toda la operación). El resto de la colpografía se hace al haber quitado el útero.
- 80.—Liberación de la vejiga de la superficie anterior del útero hasta el repliegue vesico-uterino por medio de disección roma con compresa. Esta disección debe hacerse muy cuidadosamente para no lesionar la vejiga. Incisión del repliegue vesico-uterino y colocación de un separador roma en el interior de la cavidad peritoneal para levantar la vejiga y los uréteres. Se explora la cavidad peritoneal con el índice.
- 90.—Traccionar con la pinza fuertemente hacia arriba, incisión transversal de la mucosa vaginal a nivel del fondo de saco posterior, los extremos se unen con los de la incisión anterior, sin penetrar directamente al fondo de saco posterior pues puede lesionarse el recto. Romper con el dedo o con tijeras, el fondo de saco posterior. Colocación de un separador roma semejante al colocado en el fondo de saco anterior.
- 10.—Empujando hacia atrás la mucosa, se visualiza los ligamentos útero-sacros. Colocación de pinza roma con diente en la punta a nivel del ligamento y sección de éste, del lado uterino y extraperitoneal; se hace lo mismo con el otro ligamento. Sustitución de la pinza por ligaduras de fijación. Se dejan largos los hilos. (Fig. No. 2).
- 11.—Los vasos uterinos izquierdos pueden ser visualizados; se pinzan, se cortan y suturan con sutura de fijación, tomando al mismo tiempo la parte inferior del ligamento ancho. Si en este momento se dificulta descender lo necesario el útero, se tracciona el cuello hacia el lado izquierdo, se corta y liga el ligamento utero-sacro y la arteria uterina derechos. En caso de no ser posible la extirpación por la vía baja, se hace incisión abdominal y se extrae por esta vía, lo cual se procurará evitar por el peligro de infección. (Fig. No. 3).
- 12.—Si el útero está libre y el cuerpo no es muy grande, se presenta en la abertura peritoneal posterior, se toma con una pinza de garfios y se saca de la pelvis. En este momento puede identificarse el fondo del útero, parte superior del li-

gamento ancho, ligamento redondo y extremidad uterina de la trompa izquierdos. Todo esto es pinzado, cortado y reemplazada la pinza por ligadura, de la misma manera como se hizo en la parte inferior del ligamento ancho, con la diferencia de que se corta uno de los dos hilos. (Fig. No. 4).

- 13.—Cuando ya todo el lado izquierdo está libre, se sigue la misma técnica para el lado derecho. (Fig. No. 5).
- 14.—Inspección de la pieza.
- 15.—Taponamiento y examen de los anexos.
- 16.—Pasar una sutura en el lado derecho del colgajo mucoso anterior, que toma una porción superficial de la pared posterior de la vejiga, arriba de la incisión peritoneal que incluya la sutura. Colocación de separadores en el ángulo derecho para separar el peritoneo, el cual se continúa saturando a la trompa y ligamento redondo, siguiendo de modo que la sutura incluya a los vasos ováricos; pasarla de la parte superior a la inferior y de atrás hacia adelante, de manera que el peritoneo quede cogido; al llegar a nivel del pedículo uterino se pasa de manera que los vasos quede ligados nuevamente. En este momento la sutura toma el peritoneo de la incisión posterior y es pasada alrededor de los ligamentos uterosacros. Anudar. (Fig. No. 6).
- En este momento los vasos se encuentran doblemente ligados, pegados los ligamentos ancho, redondo y uterosacro a la bóveda vaginal, los cuales la levantan.
- 17.—Sutura similar se hace del lado izquierdo (Fig. No. 7).
- 18.—Hacer dos o tres suturas de puntos separados que tomen colgajo mucoso anterior, peritoneo anterior, peritoneo posterior y colgajo mucoso posterior (Fig. No. 8).

Como el colgajo posterior siempre es más largo, se toman dos o tres partes de éste por una del anterior.

Si hay tendencia al prolapso se suturan entre sí los dos ligamentos uterosacros, antes de cerrar la bóveda vaginal.

La operación se completa con perineorrafia, si es necesario. La colpoperineorrafia constituye un complemento de todas las intervenciones para el prolapso.

El éxito de todas las intervenciones para corregir el prolapso genital, depende de tres factores principales:

- 10.—Emplear la mínima cantidad de material de sutura.
- 20.—Evitar la tensión de los tejidos al suturar.
- 30.—Mantener limpia la región durante el proceso de cicatrización.

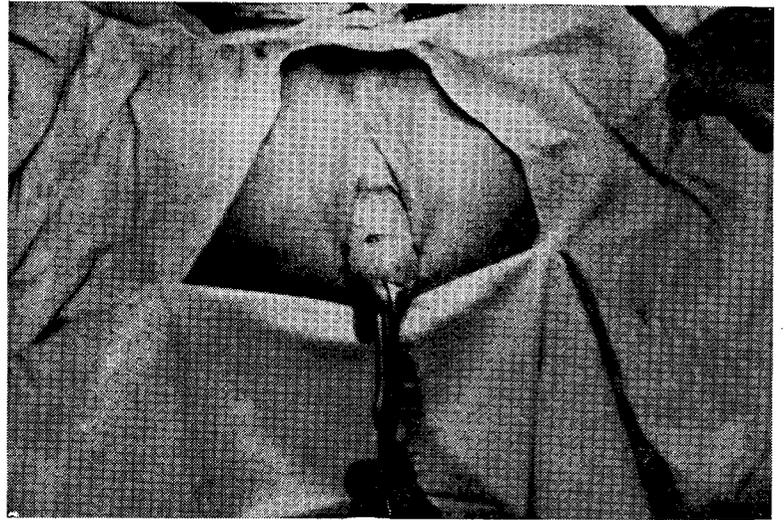


Fig. N° 1—Incisión circular sobre el cuello uterino.

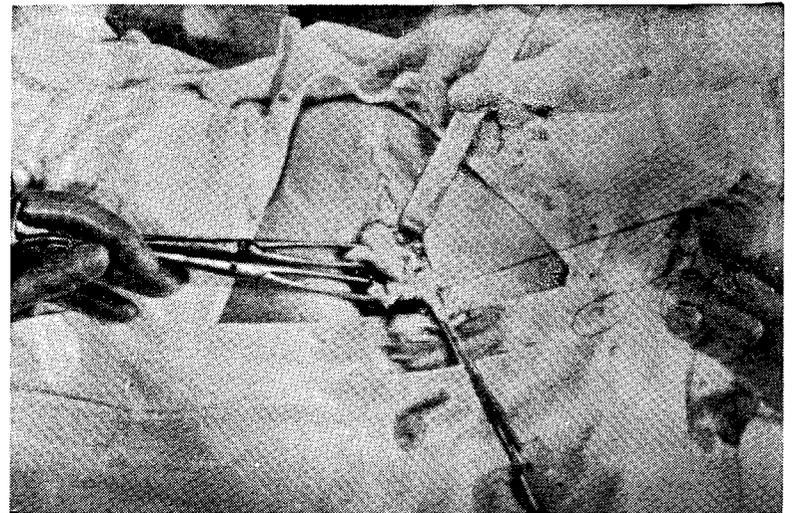


Fig. N° 2—Sección del ligamento útero-sacro.

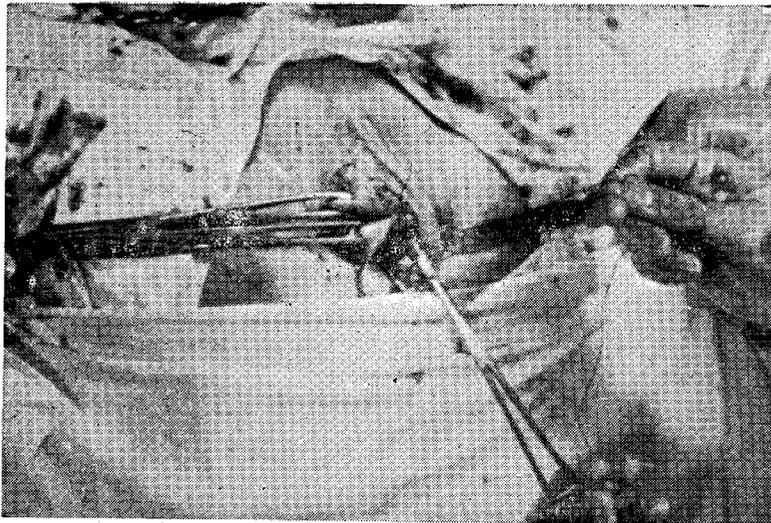


Fig. N° 3—Sección de la base del ligamento ancho, comprendiendo los vasos uterinos.

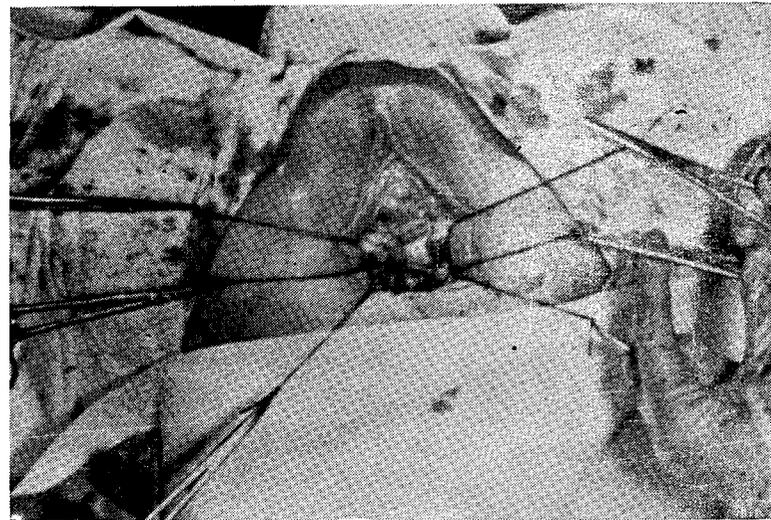


Fig. N° 5—Los pedículos han sido seccionados y ligados.

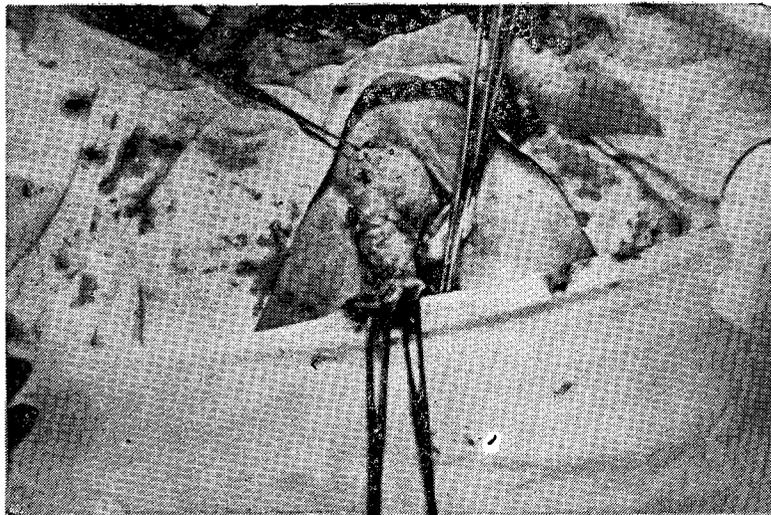


Fig. N° 4—Sección del resto del ligamento ancho. En este caso de arriba hacia abajo.

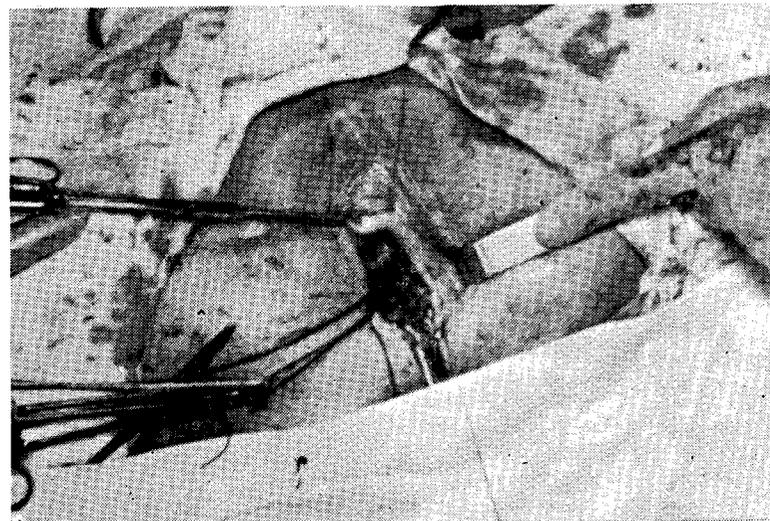


Fig. N° 6.—Se colocó el primer punto comisural.

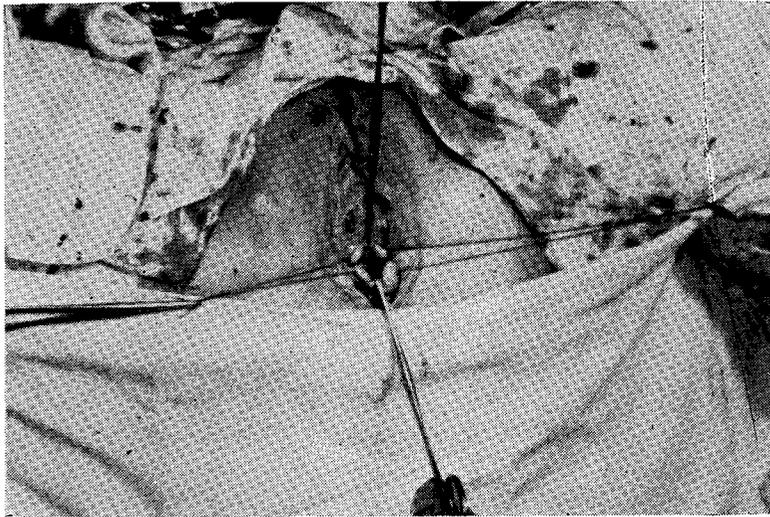


Fig. N° 7—Los dos puntos se han anudado.

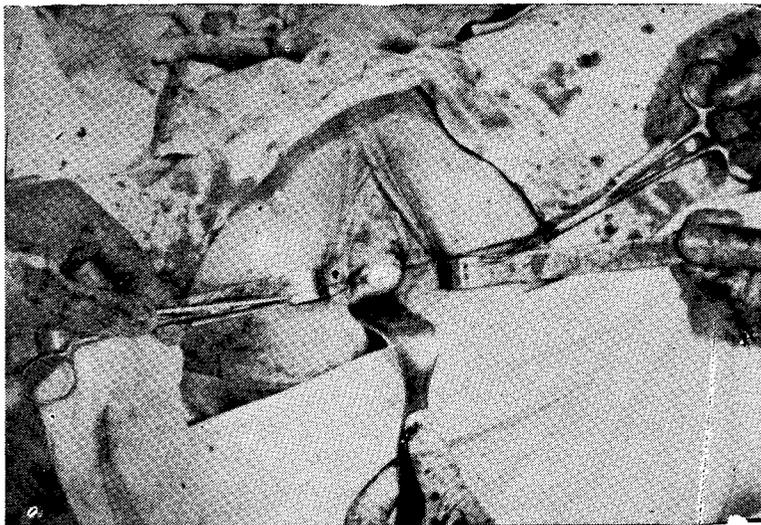


Fig. N° 8—La cúpula queda cerrada gracias a puntos adicionales.

## POST-OPERATORIO

Además de las indicaciones prescritas generalmente en el post-operatorio de toda intervención quirúrgica de importancia, se recomiendan las siguientes:

- 1o.—Sonda uretral permanente. Si la sonda se obstruye y la orina no sale normalmente, se lava aquella con solución de ácido bórico al 4%. A los cinco u ocho días la sonda puede retirarse; desde este momento la enferma orina sin dificultad.
- 2o.—Sulfadiazina: 0.50 gr., tres veces al día mientras permanezca la sonda.
- 3o.—Si la orina es alcalina o purulenta: Cloruro de amonio 4 Grs. y 1.50 Gr. de Urotropina, para acidificar la orina.
- 4o.—Curaciones vulvares cada 24 horas.
- 5o.—Lavado vaginal diario: debe principiar a hacerse 48 horas después de la operación; puede hacerse con sonda número 20 o 22. La solución más empleada es la de sulfato de zinc (4 gramos en un litro de agua), aunque algunos ginecólogos no lo usan.
- 6o.—Después de cada emisión de orina o heces, se limpia la línea de puntos perineales con mercurocromo al 4%.
- 7o.—La evacuación intestinal se hace al tercer día de la manera siguiente: administración oral de 30 cc. de aceite de parafina y 15 cc. de leche de magnesia. Cuando la enferma expresa deseo de evacuar su intestino, se le administra un enema pequeño de agua jabonosa con solución salina. Cada noche se le administran 15 cc. de aceite de parafina, complementado si es necesario con un enema pequeño, suspendiendo esta medida cuando la enferma evacúe normalmente.
- 8o.—Mason aconseja que la enferma guarde cama durante 12 días, después de los cuales puede sentarse en una silla, y abandonar el hospital al cumplir los quince días de haber sido intervenida.
- 9o.—No debe usarse la posición de Fowler en los primeros días porque aumenta la tensión del perineo.

## COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Las más frecuentes son:

- 1o.—Infecciones del perineo.
- 2o.—Absceso de la cúpula vaginal.
- 3o.—Infecciones de la vejiga.

## OBSERVACIONES

### Caso No. 1.

Enferma: J. B. Edad: 45 años. Diagnóstico: Prolapso genital total y rasgadura perineal. Fecha de la operación: 2 de Junio de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal, perineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Luis F. Galich.

### Caso No. 2.

Enferma: M. v. de G. Edad: 50 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 27 de Septiembre de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: ninguna. Resultado: bueno. Cirujano: Dr. Luis F. Galich.

### Caso No. 3.

Enferma: V. P. Edad: 50 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 30 de Diciembre de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Luis F. Galich.

### Caso No. 4.

Enferma: M. G. Edad: 42 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 9 de Septiembre de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Luis F. Galich.

### Caso No. 5.

Enferma: P. F. Edad: 40 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 1o. de Octubre de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, perineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: bueno. Cirujano: Dr. Luis F. Galich.

Caso No. 6.

Enferma: A. R. Edad: 40 años. Diagnóstico: Metrorragia post-aborto, cuello uterino con rasgaduras múltiples. Fecha de la operación: 24 de Febrero de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y perineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 7.

Enferma: E. T. Edad: 67 años. Diagnóstico: Prolapso genital, Grado II. Fecha de la operación: 27 de Septiembre de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 8.

Enferma: T. S. de E. Edad: 27 años. Diagnóstico: Prolapso genital, Grado II. Fecha de la operación: 12 de Septiembre de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 9.

Enferma: B. V. Edad: 45 años. Diagnóstico: Prolapso genital. Fecha de la operación: 23 de Agosto de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 10.

Enferma: J. G. Edad: 50 años. Diagnóstico: Prolapso genital, grado II. Fecha de la operación: 18 de Agosto de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, perineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer.

Caso No. 11.

Enferma: B. N. Edad: 42 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 8 de Noviembre de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 12.

Enferma L. F. Edad: 50 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 18 de Noviembre de 1948. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, corrección de cisto y rectocele. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 13.

Enferma: C. de O. Edad: 55 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 4 de Febrero de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 14.

Enferma: M. de G. Edad: 52 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 14 de Mayo de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 15.

Enferma: L. F. de E. Edad: 49 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 19 de Mayo de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Cirujano: Dr. Francisco Bauer.

Caso No. 16.

Enferma: R. H. Edad: 40 años. Diagnóstico: Prolapso genital. Fecha de la operación: 21 de Mayo de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal, reparación de cisto y rectocele. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Cirujano: Dr. Francisco Bauer.

Caso No. 17.

Enferma: B. R. Edad: 35 años. Diagnóstico: Prolapso genital, grado II. Fecha de la operación: 7 de Junio de 1949. Anestesia: Raqui. Operación: Histerectomía vaginal total, colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 18.

Enferma: V. de R. Edad: 45 años. Diagnóstico: Menorragias en la menopausia, cistocele y rectocele. Fecha de la operación:

20 de Septiembre de 1949. Anestesia: Raquí. Operación: Histerectomía vaginal total, perineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Cirujano: Dr. Francisco Bauer P.

Caso No. 19.

Enferma: E. R. Edad: 55 años. Diagnóstico: Prolapso genital, grado II. Fecha de la operación: 13 de Agosto de 1948. Anestesia: Raquí. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Operada en el Servicio de Ginecología, sección A del Hospital General.

Caso No. 20.

Enferma: D. P. Edad: 40 años. Diagnóstico: Prolapso genital total. Fecha de la operación: 11 de Octubre de 1948. Anestesia: Raquí. Operación: Histerectomía vaginal total y colpoperineorrafia. Complicaciones post-operatorias: Ninguna. Resultado: Bueno. Operada en el Servicio de Ginecología, sección A del Hospital General.

## ESTADÍSTICA DE PROLAPSO GENITAL

de enfermas que asistieron a la Consulta de Ginecología B, del Hospital General, desde el 20 de Febrero de 1945 al 4 de Octubre de 1949.

1.—Total de enfermas examinadas ..... 1780

2.—Porcentaje de prolapso genital ..... 0.98%

3.—Frecuencia de prolapso genital según paridad:

a) Nulíparas ..... 0%

b) Primíparas ..... 2.8%

c) Multiparas ..... 97.2%

---

100.

4.—Porcentaje según la edad:

a) Antes de 20 años ..... 5.73 %.

b) Entre 20 y 30 años ..... 14.28 %.

c) Entre 30 y 40 años ..... 34.28 %.

d) Entre 40 y 50 años ..... 20.00 %.

e) Entre 50 y 60 años ..... 8.57 %.

f) Entre 60 y 80 años ..... 17.14 %.

---

100.00

Se observaron dos prolapsos de la cúpula vaginal:

1.—Edad de la enferma: 62 años. Operada hace aproximadamente 1 año. No fué posible obtener el dato sobre la técnica usada en la histerectomía.

2.—Edad de la enferma: 54 años. Operada hace 14 años. No fué posible obtener el dato sobre la técnica empleada en la histerectomía.

## CONCLUSIONES

- 1.—Actualmente hay tendencia a usar en mayor número de casos la histerectomía por vía vaginal.
- 2.—La histerectomía vaginal tiene una mortalidad mucho más baja que la histerectomía abdominal.
- 3.—Tiene un post-operatorio mucho más corto, por lo que el tiempo de hospitalización es menor.
- 4.—La técnica de Heaney tiene un porcentaje menor de prolapsos de la cúpula vaginal, sobre las otras técnicas de histerectomía vaginal.

*Humberto Montenegro P.*

V° B°  
*Dr. Luis F. Galich.*

Imprimase,  
*Dr. C. M. Guzmán*  
Decano.

## BIBLIOGRAFIA

Richard W. Te Linde.— Operative Gynecology, 1948.

Mason y Zintel.— Tratamiento Pre y Post operatorio, 1948.

Selección de Trabajos de la Clínica Mayo y la Fundación Mayo,  
1946.

Howard A. Kelly y Carlos P. Noble.— Ginecología y Cirugía Ab-  
dominal, 1916.

Max Thorek.— Modern Surgical Technic, 1947.

James V. Ricci.— One Hundred Years of Gynaecology, 1945.

Arthur Hale Curtis.— A Textbook of Gynecology, 1947.

Dentu-Delbet.— Tratado de Cirugía Clínica y Operatoria, 1902.