

# LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL

POR EL

**Dr. Humberto Dionisi**

(Profesor Suplente de Clínica Quirúrgica)

Nuestro maestro prematuramente desaparecido, el Profesor Romagosa, practicaba como método de elección para el tratamiento del prolapso genital marcado, en enfermas que habían pasado la menopausia, la histerectomía vaginal.

Al hablar de histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso, no nos referimos a la intervención como se la hacía hace muchos años: simple extirpación de la matriz prolapsada. En esa forma la histerectomía era una operación ilógica que, más bien que curar, empeoraba la enfermedad, semejante a una intervención que pretendiera tratar una hernia extirpando la parte más distal de su saco. Porque el prolapso genital es una verdadera hernia pelvi-perineal que se produce a través del hiatus genitális y cuyo saco lo constituye, en los casos más avanzados, la vagina completamente invertida, en la extremidad de la cual se encuentra el útero.

Todavía se ven ahora a veces, en los consultorios, enfermas operadas con esa técnica, que presentan un gran colpocele que se exterioriza a través de una vulva muy agrandada.

En realidad el método que hoy se practica y del que son ardientes defensores, sobre todo los autores norteamericanos, lleva el nombre de histerectomía vaginal por ser ella la característica de la operación, pero se acompaña siempre, a lo menos, de una cuidadosa reconstrucción del suelo muscular pelviano y de la resección de parte de la pared vaginal anterior. Muchos cirujanos, siguiendo el ejemplo de Mayo, agregan el acortamiento y fijación de los ligamentos anchos y con ellos del retinaculum uteri, y el refuerzo de la pared vaginal anterior.

Practicando en esta forma la intervención, ella comprende una buena reconstrucción del suelo pelviano muscular y ligamentoso, y veremos en el curso de este trabajo, que esta reconstrucción del plano de apoyo perineal, es el principal elemento en cualquier tratamiento del prolapso genital. Pero la operación está indicada en mujeres que han pasado la menopausia y son portadoras de un gran prolapso, en las que la calidad de los tejidos no da nunca garantías de gran solidez, por bien hecha que esté la fortificación de los planos de apoyo. Si sobre estos últimos sigue obrando, como una cuña que se insinúa en el hiatus genitalis, el útero modificado en estructura y en posición, la recidiva aparece rápidamente en la mayoría de los casos. Extirpando la matriz, en cambio, la presión abdominal tiende a adosar las paredes vaginales y es mejor soportada por los tejidos debilitados del suelo pelviano reconstruido.

Por otra parte, el acortamiento de los ligamentos anchos y con ellos del retinaculum uteri, no se puede hacer eficientemente sin extirpar la matriz. La histerectomía facilita la curación del prolapso, en la misma forma que la castración permite fortificar mejor la pared abdominal, en ciertas hernias inguinales gigantes.

Como veremos en el desarrollo de este estudio, la histerectomía vaginal tiene sus indicaciones precisas en el tratamiento del prolapso genital; respetándolas y practicando una técnica correcta, sus resultados son inmejorables.

Ya hemos dicho que el Profesor Romagosa tenía una preferencia marcada por esta operación. A él se la vimos practicar por primera vez, y al Servicio de su Cátedra de Clínica Quirúrgica pertenecen la mayoría de los casos que se estudian en este trabajo, entre los que están comprendidas las enfermas operadas personalmente por nosotros en los años que hemos trabajado a su lado.

El Profesor Romagosa hacía la histerectomía acompañada de colporrafia anterior y colpoperineorrafia, nosotros le agregamos primero el acortamiento de los ligamentos anchos mediante la unión de sus pedículos, después la fijación de los mismos a la pared vaginal anterior por delante de la vejiga y el refuerzo de esa porción de la vagina.

---

Seguiremos, en nuestro estudio, el siguiente orden:

I. — Recuerdo de la patología y clínica del prolapso genital y de las condiciones anatómicas y fisiológicas en que se desarrolla.

II. — Estudio de los principales métodos de tratamiento, haciendo su crítica y puntualizando las indicaciones.

III. — Comparación de los distintos métodos. Los fundamentos y las indicaciones de la histerectomía vaginal.

IV. — Consideraciones sobre técnica de la histerectomía vaginal.

V. — La técnica empleada por nosotros.

VI. — Las historias clínicas de nuestros casos. Comentarios y datos de estadística deducidos de ellas.

VII. — Bibliografía.

## I

### HISTORIA

El prolapso genital es conocido desde la más remota antigüedad y ello se explica si se tiene en cuenta la facilidad con que puede reconocerse a la inspección la exteriorización del útero.

Entre los antiguos egipcios se menciona el prolapso en el papiro de Eber, escrito más o menos 1550 años antes de Jesucristo.

Entre los griegos prehipocráticos, Euriphon pretendía curar el prolapso suspendiendo la mujer enferma de una escalera, cabeza abajo, durante veinte y cuatro horas.

En la época de Hipócrates, se estudió el prolapso diferenciando sus formas, parcial y total, se atribuyó su etiología a los trabajos corporales rudos efectuados durante el puerperio y a la relajación de los ligamentos. En un principio se empleaba como terapéutica las fumigaciones mal olientes para que la matriz, como un animal viviente, huyera ante ellas. Después se llegó a practicar la reducción del prolapso por maniobras, intentando la contención con pesarios rudimentarios hechos con una granada.

Diocles de Karistos, hacía en el prolapso la insuflación de la vagina con un fuelle de fragua, colocando después el pesario de granada.

Soranus reducía el prolapso colocando la mujer acostada y después lo contenía con un pesario de lana. Practicaba, en los casos en que el útero estaba gangrenado, la extirpación parcial o total del mismo.

Después pasa un largo período de tiempo en que los conocimientos permanecen estacionarios hasta llegar a principios del siglo XIX a las primeras verdaderas tentativas quirúrgicas de tratamiento.

Primero cauterizaciones químicas o igneas intentando disminuir el calibre de la vagina y en 1836 Fricke de Hamburgo, hace, por primera vez, la episiorrafia que, achicando el orificio vulvar, pretendía oponerse a la exteriorización de los genitales.

Desde entonces y sobre todo después de Pasteur y de Lister, se han creado innumerables técnicas y, todavía hoy, es muy grande el número de operaciones que se emplean para tratar el prolapso genital.

## ANATOMIA

Indudablemente un estudio bien hecho sobre prolapso genital debería empezar por el de la anatomía del útero, de la vagina, de los órganos pelvianos vecinos y del suelo perineal. Teniendo en cuenta que esto nos llevaría un espacio desproporcionado con el dedicado al resto del trabajo y nos obligaría a repetir cosas muy sabidas, nos limitaremos a puntualizar algunos conocimientos muy importantes, referentes a las relaciones y especialmente a los medios de contención del útero y de la vagina. Sobre el estudio de estas estructuras anatómicas de contención, se fundan las teorías de la producción del prolapso genital y giran los distintos medios terapéuticos empleados en la cura de esta enfermedad.

El conducto músculo mucoso de 7 a 8 centímetros de largo que constituye la vagina está formado por dos paredes, siendo la anterior un par de centímetros más corta que la posterior.

Lo que se debe al hecho de que el cuello uterino no se implanta en el mismo fondo vaginal sino en la parte más profunda de la pared anterior; porque, como veremos después, el eje del útero no está en la continuación del de la vagina con el que forma, en cambio, un ángulo abierto hacia adelante. El hocico de tenca en vez de dirigirse hacia el orificio vulvar, apoya sobre la parte más profunda de la pared posterior de la vagina.

El conducto vaginal es paralelo al eje de la pelvis y sigue, como éste, una dirección oblicua de abajo arriba y de delante atrás en el sujeto de pié.

Según el concepto clásico la vagina es un tubo libre que sólo tiene adherencias fijas en sus extremidades inferior y superior. En la primera con los planos musculares y fibrosos del periné; en la superior con el cuello del útero, de cuyos medios de fijeza participa.

En toda su periferia la vagina estaría separada por tejido celular laxo de los órganos vecinos.

Según los conceptos de Halban, de los que nos ocuparemos después, esta adventicia conjuntiva está en íntima relación con la fascia vaginal y contribuye a formar los tabiques vesico-uretro-vaginal y recto-vaginal constituyendo la perivagina fibrosa.

La pared anterior de la vagina está en relación con el fondo vesical, con el trigono y con los uréteres; la pared posterior con el fondo de saco de Douglas y con el recto.

El útero situado en la pequeña pelvis, forma con el eje de la vagina un ángulo abierto hacia adelante, pero el mismo no tiene un eje rectilíneo, ya que el cuerpo y el cuello forman entre sí un ángulo abierto hacia adelante de 160 grados.

La dirección del útero en relación con la vagina puede variar fisiológicamente, fuera de todo estado patológico, según el grado de plenitud del recto y de la vejiga.

Tienen importancia las relaciones del útero en sus porciones intra y, sobre todo, extra peritoneal, con la vejiga hacia adelante, y las del cuello uterino con los uréteres y con la arteria uterina.

El útero está fijado por distintas estructuras anatómicas: unas pretenden sostenerlo desde arriba, otras al tiempo que lo

sostienen lo fijan lateralmente y otras, por último, situadas por debajo de él, le sirven de apoyo. Las dos primeras constituyen el aparato de sostén, según Martin el más importante en la conservación de la estática uterina, pensando completamente lo contrario Halban y Tandler y la mayoría de los ginecólogos modernos que atribuyen el principal papel a los medios de apoyo.

Antes de entrar a precisar los distintos medios de contención, recordemos que la posición del útero en relación con el eje vaginal en ángulo de 90 grados y la implantación del mismo en la pared vaginal anterior, no favorece el descenso de aquel por la vagina; siendo este ángulo entre ambos ejes, que la presión abdominal más bien tiende a aumentar, una de las principales razones porque el útero queda en su sitio.

**Ligamento redondo.** — En número de dos, su estructura a predominio muscular hace pensar que, más bien que un ligamento fibroso, ellos son una dependencia del músculo uterino. Originados en la parte anterior de los ángulos superiores del útero, atraviesan la pared abdominal siguiendo los conductos inguinales y terminan insertándose, abiertos en abanico, en los grandes labios, en el tejido celular del monte de Venus y en la cara anterior del pubis.

El ligamento redondo, fisiológicamente, no llena una función de sostén del útero; se limita a mantener la anteposición del órgano, evitando que se abra el ángulo recto que este forma con la vagina y contribuyendo así, indirectamente, a que quede en su sitio.

**Ligamento útero lumbar.** — Los autores franceses describen este ligamento que es muy inconstante y que, las pocas veces que se encuentra, está constituido por un espesamiento bilateral del tejido conjuntivo subperitoneal que sigue al pedículo útero ovárico.

El papel de estos ligamentos sería equilibrar a los redondos en la conservación de la posición del cuerpo uterino.

**Ligamento ancho.** — Los dos repliegues peritoneales que desde la pequeña pelvis se extienden hasta los bordes laterales del útero, tienen ellos mismos poca importancia como medio de sostén. Aquí, como en todo el abdomen, el peritoneo por sí solo es incapaz de actuar como agente de contención. Más importan-

cia tienen las formaciones ligamentosas y los engrosamientos conjuntivos que se encuentran por debajo de las hojas serosas de estos ligamentos anchos. Ya hemos hablado del ligamento redondo y del útero lumbar; debemos mencionar ahora la tienda conjuntiva de la arteria uterina y el ligamento cardinal que forman parte de las estructuras fibroligamentosa del parametrium.

**Retináculo uteri.** — Constituido por engrosamientos fibrosos del tejido celular del parametrium que siguen especialmente los vasos, está formado por una sólida red conjuntiva que une el cuello del útero en casi toda su periferia, con la fascia endopelviana.

Este importante medio de sostén o, mejor dicho, de anelaje uterino, está constituido por tres porciones bilaterales. La anterior constituye los ligamentos pubo-uterinos; la posterior los útero-sacros y la media el ligamento cardinal.

Como dice Parlavecchio, se puede considerar el retináculo uteri como una lámina fibrosa, que él llama plano pélvico superior, que se extiende desde el borde superior del pubis a los orificios sacros y que tiene en su parte media tres espacios: uno anterior para la vejiga, uno medio para la vagina y el útero, y uno posterior para el recto.

**Ligamento pubo uterino.** — En relación por fuera con la aponeurosis del elevador y con la fascia endopelviana, se confunden después con los ligamentos pubo-vesicales y se insertan por dentro en el cuello uterino y parcialmente en la parte más alta del tubo vaginal.

Es la porción menos importante del retináculo uteri.

**Ligamento útero sacro.** — Son dos láminas arqueadas subperitoneales que se extienden desde la cara posterior del cuello uterino, contorneando lateralmente el recto, hasta la cara anterior de las tres primeras vértebras sacras, en las que se insertan sobre el borde interno de los agujeros sacros anteriores.

Estos ligamentos están constituidos histológicamente por tres elementos: tejido fibroso, tejido muscular liso y gran cantidad de fibras nerviosas.

Condamin (20) sostiene que, fisiológicamente, los úteros sacros no son ligamentos sino un meso útero-genital, casi exclusivamente nervioso, dependiente del plexo hipogástrico. Funda su

afirmación en que los tales ligamentos están constituídos, en sus nueve décimas partes, por fibras nerviosas, y el resto por algunas fibras musculares y por tejido conjuntivo laxo que sólo se condensaría con retracción fibrosa en estado patológico, a consecuencia de inflamaciones repetidas.

Trae también razones filogénicas, según las cuales los úterosacros soportan tracciones como ligamentos sólo en la mujer, en posición de pié, mientras no están sometidos a ellas en toda la escala animal en posición cuadrúpeda, en la que el útero descansa sobre la pared abdominal. Es interesante el hecho de que la mujer adopta instintivamente la posición ventral para calmar los dolores que acompañan las desviaciones uterinas.

La situación de este pedículo en relación con el cuello del útero y separado de los vasos, se explica por la imposibilidad que tienen las fibras nerviosas de extenderse a la par de las arterias en la evolución gravídica de la matriz.

**El suelo pelviano y el periné.** — Constituye lo que Parla-vecchio llama el plano pélvico inferior y está constituído por los músculos perineales con sus fascias de envoltura a las que hay que agregar, según Halban, las dependencias de la fascia endopelviana que veremos más adelante.

El elemento más importante de estas estructuras de apoyo, lo constituye el músculo elevador del ano.

Los dos músculos elevadores del ano se reúnen entre sí en la línea media y su conjunto se parece a un embudo cuya boca se inserta arriba, en el contorno superior de la pelvis, y cuya extremidad se fija en la parte más inferior del recto.

Hacia delante los dos músculos no se unen entre sí, dejando paso a los órganos génitourinarios en el hiatus genitális.

El músculo elevador del ano se divide en dos porciones: una constituída por una hoja muscular delgada que se inicia hacia arriba, en la larga línea de inserción pelviana y termina, abajo, sobre el ano y el coxis; otra, la más frecuentemente alterada en la mujer a consecuencia de los partos, está formada por una potente cinta muscular que, insertándose por delante en el pubis, contornea por ambos lados el hiatus genitális.

Hay que agregar otros músculos: por un lado el coxigeo, y, por otra parte, el conjunto de los músculos bulbo e isquio ea-

vernosos, transverso profundo y transverso superficial del periné y el esfínter externo del ano.

Contribuyen a cerrar completamente el suelo pelviano: las fascias de envoltura de los músculos y las dependencias especiales de la fascia endopelviana de que nos ocuparemos ahora.

**Las Fascias.** — Ya dijimos que Halban y Tandler consideran como el factor más importante para el mantenimiento de la estática uterina, el aparato de apoyo y, dentro de él tienen en cuenta muy especialmente, las formaciones fibroconjuntivas que se originan en la fascia endopelviana. Halban ha creado un método quirúrgico para tratar el prolapso genital, que después veremos, fundado en la utilización de estas formaciones y desde entonces las “fascias pelvianas” se han hecho populares. Más de la mitad de los muchos trabajos publicados en los últimos años sobre el tratamiento del prolapso genital, reproducen las figuras en que Halban esquematiza las fascias de la pelvis.

De acuerdo a los trabajos de este autor, la fascia pelviana continúa la endoabdominal y reviste toda la pelvis como aquella reviste todo el abdomen. La parte de esta estructura que cubre el útero, la vagina, la vejiga y el recto se llama fascia visceral.

La fascia que en muchas partes no es más que una delgada capa celular, se engrosa y toma gran resistencia en las zonas del suelo pelviano en que está sometida a la acción de presiones.

La fascia de la cara anterior de la vagina se une con la del suelo de la vejiga y la de la pared vaginal posterior con la anterior del recto y, en esta forma, se constituyen respectivamente las fascias o tabiques véscico vaginal y recto vaginal.

La fascia que reviste el útero actúa como una estructura de sostén mediante irradiaciones que se extienden por el parametrio, por los ligamentos útero sacros y por los vesíco uterinos, uniéndose con la fascia endopelviana.

En resumen, el sistema de las fascias está constituido por una atmósfera célula fibrosa que tapiza toda la pelvis, como lo hace con el abdomen, por debajo del peritoneo; también reviste las vísceras y los dos revestimientos se unen entre sí mediante expansiones que toman los caracteres de ligamentos. En puntos en que dos vísceras se ponen en contacto, a veces las fascias

de revestimiento de las dos se sueldan entre sí constituyendo gruesos tabiques. En esta forma se originan los septum recto vaginal y vesico vaginal que refuerzan la vagina por detrás y por delante, formando en conjunto lo que Halban llama perivagina fibrosa e impidiendo, cuando conservan su integridad, la producción de rectoceles y cistocelos.

Las fascias endopelviana y periviscerales de Halban constituyen un sistema distinto del de las fascias que envuelven los músculos estriados. Davies (34) divide las fascias en voluntarias e involuntarias, siendo las primeras las que cubren los músculos estriados, y las segundas los lisos y los órganos; pero no dá a estas últimas la misma importancia que Halban.

El septum vesico-vaginal es, para Halban, una de las formaciones más importantes del sistema de las fascias: constituye una hamaca sobre la que reposa la vejiga, cuyo descenso impide; y el cistocele, verdadera hernia de ese órgano, se produciría sólo en el caso de ruptura o distención del septum que habría siempre que reconstruir para poder curar esa lesión.

Sin embargo, hay autores que no creen en la existencia del tabique vesico vaginal fibroso, como estructura independiente de las paredes de la vagina.

Bissell (12), que emplea, para curar el cistocele, una superposición previo desdoblamiento de la pared vaginal anterior, ha creído durante mucho tiempo hacer ese desdoblamiento entre la pared de la vagina y la fascia vesico vaginal. Después, practicando el estudio histológico de porciones de pared vaginal reseca, ha llegado a la conclusión de que lo que emplea no es más que la capa muscular de la vagina, que el desdoblamiento se hace entre capa muscular y capa mucosa, que lo mismo les pasa a los que siguen otras técnicas; porque el tal tabique vesico vaginal no existe como formación fibrosa y su resistencia se debe solamente a la unión, más o menos íntima, de las musculaturas vaginal y vesical entre sí.

Goff (45) ha hecho un estudio muy interesante sobre la histología de la fascia perivaginal en una nulípara. Empieza sentando la diferencia entre el tejido conjuntivo areolar que no llena ningún papel de sostén y que, más que unir dos vísceras entre sí, mantiene la movilidad independiente de cada una; con

el tejido fibroso denso de sostén y de unión. Después demuestra, mediante múltiples cortes histológicos que, en la parte inferior, entre la vagina y la uretra, hay una unión sólida, inseparable, de los dos órganos; que más arriba entre vejiga y vagina no hay unión, separándolas una delgada capa de tejido conjuntivo areolar, que en ningún momento puede tener los caracteres de un tabique o de un elemento de apoyo individualizable y que sólo constituye un excelente plano de clivaje.

Goff dice en sus conclusiones:

1. — En la nulípara normal no hay en las paredes de la vagina, uretra, vejiga y recto ningún tejido que pueda lógicamente llamarse fascia, si se observa la descripción histológica clásica de los tejidos.

2. — No hay fascia entre la pared vaginal anterior y la pared de la uretra.

3. — Hay una delgada capa de fascia del tipo areolar entre la pared anterior de la vagina y la pared de la vejiga. Otra capa semejante hay entre la pared posterior de la vagina y el recto.

4. — La capa de fascia areolar que separa la pared vaginal anterior, de la pared de la vejiga (fascia vesico vaginal) y la que separa la pared vaginal posterior del recto (fascia recto vaginal), unidas por los lados forman la fascia perivaginal.

5. — El carácter areolar de la fascia que separa las paredes vaginales de la vejiga y del recto, hace imposible que ella sea disecada como una capa independiente y empleada en las intervenciones plásticas vaginales. En esos casos se la emplea generalmente unida a las capas profundas de la vagina.

6. — No hay ninguna otra fascia, además de la areolar, que pueda ser empleada en la corrección quirúrgica del cistocele y rectocele.

7. — La buena corrección quirúrgica del cistocele, rectocele y uretrocele depende de la utilización de los tejidos de la pared vaginal y no de la frágil fascia areolar que la envuelve.

8. — Cuando se emplea el término fascia, al describir las operaciones plásticas vaginales, hay que precisar que allí no hay fascias densas como la de la vaina del recto, que se trata de fascias areolares.

9. — Es evidente que muchos ginecólogos han aplicado el término fascia a la capa muscular de la pared vaginal, que está situada inmediatamente después de la mucosa, porque muchas veces se asemeja a una hoja de fascia densa en su aspecto macroscópico. Es obvio que este empleo del término fascia no está de acuerdo con la descripción histológica clásica de los tejidos que constituyen la pared vaginal.

10. — Es necesario abandonar esa terminología inadecuada, basada sólo en la apariencia grosera de los tejidos, para adoptar una correcta fundada en la histología, que permita aclarar el problema del cistocele, rectocele y uretrocele, y que facilite la enseñanza de la cirugía plástica vaginal.

### FISIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

En conjunto, la estática uterina está regida por un sistema ligamentario de suspensión y un doble sistema de apoyo: el plano superior, fibroligamentoso, sacro-recto-génito-púbico y el plano pelviano inferior, muscular.

Dentro de estos elementos, los ligamentos de sostén no actúan normalmente como tales y sólo se limitan a conservar la posición de anteflexión del útero, con lo que éste soporta en mejores condiciones la acción de la presión abdominal.

El plano superior, sea como elemento de suspensión y anclaje del útero, sea como punto de apoyo, tiene una función puramente pasiva a la par que la fascia pelviana y sus dependencias.

Queda por último el plano pelviano inferior el que, constituido por músculos, tiene, además del papel de punto de apoyo, una función activa propia de su constitución de músculo estriado.

Como vimos, al estudiar la anatomía, el elemento más importante del plano pelviano inferior es el músculo elevador del ano. De acuerdo al concepto clásico y a su propia denominación, el elevador tendría la función de levantar el ano, pero en realidad, si bien ella existe, es accesoria y secundaria, siendo la principal la de comprimir de atrás adelante el canal anal y las vías genitales. Esta acción se explica fácilmente si se recuerda la disposición de gran parte de las fibras del músculo, en forma de

herradura con sus dos extremidades insertadas en el pubis y contorneando el hiatus genitális.

El elevador del ano tiene en la mujer la función de cerrar el orificio vaginal, aumentando así, momentáneamente, la integridad del suelo pelviano, al tiempo que equilibra la acción de las presiones abdominales.

Normalmente, al aumentar la presión del abdomen, el útero antevértido es aplicado contra la vejiga y todo el contenido pelviano es comprimido hacia abajo. Sincrónicamente se contrae el elevador del ano y estrecha el hiatus genitális, ofreciendo un amplio plano de apoyo que contrarresta la acción de la presión abdominal.

En el momento del parto, la cabeza del feto debe franquear el hiatus genitális y entonces el elevador, no sólo debe dejar de cerrar la vagina, sino que tiene que distenderse al máximo. Muchas veces el pasaje, no se hace sólo a expensas de la distensión muscular, sino que llega a producir el desgarramiento del músculo y a veces de todos los tejidos del periné. Puede desgarrarse el elevador o bien desinsertarse las extremidades pubianas del haz pubo-rectal, puede desgarrarse la fascia muscular y a veces producirse una relajación difusa de todo el suelo pelviano.

Cuando se han producido estas modificaciones, la fisiología del músculo se cambia radicalmente: pérdida su tonicidad, él no puede contrarrestar más la acción de la presión intrabdominal; rota la continuidad de la herradura muscular, por desgarramiento posterior o por arranque de sus inserciones púbicas, no puede producirse más el cierre del hiatus genitális, el que persistirá en forma de brecha del plano pelviano inferior, aun en los momentos en que sería necesario la integridad completa de éste.

Con parte de los ligamentos y fascias del plano de apoyo desgarrados o distendidos, el elevador, perdida su tonicidad e incapaz de cerrar el hiatus genitális: la presión abdominal puede obrar libremente sobre el contenido pelviano. Sólo quedan los ligamentos de suspensión que fácilmente se dejarán distender. Si se alargan los úterosacros y los ligamentos redondos, el útero pasará a la retroposición con lo que, colocándose su eje en la misma dirección que el de la vagina, podrá más fácilmente franquear el hiatus genitális.

## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Los autores de fines del siglo pasado daban una gran importancia, en el origen del prolapso genital, al descenso vaginal. En la mayoría de los casos la afección estaría constituida por el prolapso vaginal que tracciona sobre el cuello del útero. El fondo de la matriz, fijo por sus ligamentos, no descendería, salvo en los casos de atrofia e involución senil del órgano. Como consecuencia de esa fijeza del fondo, por una parte, y de la tracción de la vagina sobre el cuello, por otra, se produciría el alargamiento de éste: la hipertrofia de la matriz.

Así Schroeder (101) dice: "Los casos en los que la vagina invertida recubre un tumor que sale por la vulva, y a la extremidad inferior del cual se encuentra el orificio del hocico de tenca, son afecciones que se acostumbra considerar como prolapsos uterinos, pero que no son imputables, en regla general, más que a una hipertrofia de la matriz, cuyo fondo se eleva más o menos a la altura normal".

Sea que se produjera el alargamiento del útero o el descenso del mismo, creían que la enfermedad empezaba siempre por el prolapso vaginal y las causas de éste, relajación y alargamiento de las paredes del órgano, eran las de todo el prolapso genital. Colocaban, como factor preponderante del relajamiento de los tejidos de la vagina y de los órganos vecinos, la acción del parto. No ignoraban, sin embargo, la importancia de otras causas predisponentes y coadyuvantes, y Pozzi (94) compara la afección a una hernia abdominal y, como en ésta, distingue prolapsos de fuerza y de debilidad.

Hoy se da mucha más importancia al descenso del útero, sin descartar los colpoceles y el posible alargamiento del cuello; pero, aunque explicando su acción en forma distinta, el parto sigue siendo el principal factor etiológico.

Las modificaciones de los tejidos por el embarazo y la alteración producida en los mismos por el paso del feto, obran como factores predisponentes, al tiempo que este último puede obrar como causa determinante.

El estudio de las estadísticas pone en evidencia la mayor frecuencia del prolapso en las multíparas y en las mujeres que han

tenido su primer hijo a edad avanzada, cuando los tejidos han perdido mucho de su elasticidad inicial.

El embarazo, en cuyos últimos meses, la cabeza fetal tiende a distender la pared vaginal anterior; el parto con su proceso de traumatismo de los tejidos, más marcado cuando se acompaña de una intervención instrumental; el puerperio, cuando la mujer se levanta demasiado pronto; la involución uterina incompleta; son todos factores muy importantes en el origen de la afección.

Los traumas obstétricos pueden ser cerrados o acompañarse de solución de continuidad de la piel en el desgarró de periné. Estos últimos no son indispensables para que se produzca el prolapso, que puede desarrollarse perfectamente a consecuencia de los primeros.

La distensión producida por el trauma obstétrico, hace perder su elasticidad a todo el sistema conjuntivo: ligamentos suspensores, retináculo uteri, fascia endopelviana y dependencias; por otra parte, puede hacer perder la tonicidad y la integridad al plano pelviano inferior muscular, por la distensión y rupturas del elevador del ano. En conjunto suele originar, sobre todo en ciertas condiciones y cuando es repetido, la distensión y alargamiento de los ligamentos suspensores y la persistencia de una brecha en los elementos de apoyo, condiciones que favorecen el desenso de la matriz.

Otro factor etiológico que obra a la vez como predisponente y determinante es la **constipación**, que se encuentra muy frecuentemente en los antecedentes de las enfermas. Ella produce trastornos circulatorios que alteran la nutrición de los tejidos pelvianos y disminuyen su tonicidad, al tiempo que es causa de repetidos y cotidianos esfuerzos abdominales que ponen en juego la resistencia perineal.

Hay factores predisponentes **profesionales**: para unos la prolongada estación de pié de ciertas obreras permite que la presión abdominal, actuando mucho tiempo seguido, venza la resistencia de las estructuras de apoyo; para otros en cambio, actúa la atrofia por inactividad del elevador del ano, que se produce en las obreras que trabajan sentadas durante mucho tiempo.

La **menopausia** y la **atrofia senil** de los tejidos favorecen el prolapso porque en ese período el útero disminuye de tamaño y

los tejidos de las estructuras de sostén y apoyo pierden mucho de su elasticidad y tonicidad. Por eso es frecuente que el descenso genital se inicie después de la menopausia y, sobre todo, que prolapsos moderados que existen desde varios años antes, se hagan rápidamente totales en este período.

Las **malformaciones congénitas** pueden constituir un terreno favorable al desarrollo de la enfermedad obrando así: la verticalidad de la vagina, la hipertrofia del cuello, las profundizaciones del Douglas y del fondo de saco véscico uterino que acompañan al infantilismo y las fisuraciones pelvianas que generalmente se asocian con trastornos de los músculos y de las fascias. Se observan prolapsos en niñas, que tienen como causa una espina bífida oculta, en la que la aplasia medular trae como consecuencia una atrofia paralítica de los músculos pelvianos.

A pesar de ser el embarazo y el parto los principales factores etiológicos, ellos no explican por sí solos el origen de todos los casos: son muchas las mujeres que han tenido numerosos hijos y no presentan prolapso genital; y lo tienen en cambio, en algunos casos, nulíparas, vírgenes y niñas. La enfermedad es más frecuente en las mujeres propensas a las hernias y eventraciones con tejidos poco resistentes, en las que tienen infantilismo y en las de hábito asténico - ptósico.

Todo esto hace pensar que existe un **factor constitucional** predisponente y algunos autores como Rickman (95) y Graft (50), le dan una importancia preponderante. Graft ha hecho el estudio de 800 mujeres que habían tenido partos y sólo el 18 % presentaba prolapsos, encontrando, por otra parte, el hábito asténico ptósico en más de la mitad de las enfermas y sostiene que la retroflexión uterina, que favorece el prolapso, no es más que un elemento del hábito constitucional.

Algunos autores han mencionado en la etiología la **herencia**, pero parece ser que lo que a veces se hereda es el hábito constitucional predisponente y no la misma enfermedad.

El factor determinante por excelencia es el **esfuerzo** en todas sus formas, pero pueden obrar excepcionalmente: los tumores implantados en el útero y la vagina que actúan por tracción; los derrames intraperitoneales, los tumores intrabdominales, la hidatidosis pelviana (32), que actúan por presión.

En lo que se refiere a la patogenia nos queda poco que decir después de lo que hemos visto a propósito de la Anatomía y la Fisiología; las distintas teorías obedecen a los nombres de: Martín, para quien el factor preponderante lo constituye la alteración del aparato de sostén, sobre todo el retinaculum uteri.

Halban y Tandler, dando mayor importancia a las lesiones de los planos de apoyo, especialmente del elevador del ano y, en los últimos trabajos de Halban, de la fascia endopelviana.

Von Jaschke (64), piensa que las estructuras de sostén y de apoyo forman una unidad anátomo-fisiológica indivisible y que el prolapso no puede producirse sino cuando se lesionan las dos en conjunto; comparables a un puente en el cual la carga que pasa puede considerarse suspendida por la estructura metálica o soportada por los pilares, siendo en realidad ambos elementos inseparables en la función del mismo.

Creemos, de acuerdo con Halban y con Reifferscheid (53), que la patogenia del prolapso genital gira alrededor de la lesión del suelo musculoso de la pelvis y que el aparato de sostén, aún desempeñando un papel importante, pasa a segundo plano.

Hemos observado un caso que es, por decirlo así, una demostración experimental de la importancia del músculo elevador del ano: una enferma, Historia 1963 del Servicio del Prof. Romagosa, afecta de un cáncer de recto, no presentaba síntoma ninguno de prolapso genital ni aún limitado; practicamos en ella una amputación del recto, extirpando, como es de buena práctica, junto con el tramo intestinal, gran parte del músculo elevador del ano y, poco tiempo después de su curación operatoria, le aparece un prolapso genital completo que nos obligó a hacer secundariamente un tabicamiento vaginal. El prolapso apareció indudablemente a consecuencia de la eliminación del piso muscular pelviano, ya que en la operación no se modificó para nada el aparato de sostén.

## ANATOMIA PATOLOGICA

### Distintos grados de prolapso. —

Una clasificación de las distintas formas de descenso genital resulta difícil si se tiene en cuenta la gran cantidad de variedades

que pueden presentarse, desde el simple abombamiento de las paredes vaginales a través de una vulva ensanchada, hasta la exteriorización completa del útero, de la vejiga y hasta de asas intestinales dentro de los fondos de saco distendidos; sin embargo es conveniente, para el mejor resultado práctico de su estudio, individualizar las formas principales.

Auvard (4), dividía los prolapsos en tres grupos: **útero-vaginales**, en los casos en que el útero descendía primero y que él creía debidos a retroversión de la matriz por debilitamiento ligamentoso; **vagino-uterinos**, en el descenso previo de la vagina con cistocoele y alargamiento hipertrófico del cuello, explicado por debilitamiento del suelo pelviano; y **pseudo prolapso**, cuando sólo había hipertrofia del cuello uterino. En todos los casos distinguía un prolapso **externo** y uno **interno**, según que el cuello franqueara o no el orificio vulvar.

Para Halban y Reifferscheid (53), hay **descenso** cuando se desvían los órganos pelvianos sin que salgan por el conducto vaginal, a consecuencia de la insuficiencia del aparato de sostén y de la acción de la presión abdominal; cuando el útero sale de la vagina hay **prolapso** del que distinguen dos variedades: parcial y total.

Vila (114), hace la siguiente clasificación:

1. Cistocoeles vaginales sin descenso uterino, con útero en ante o retroflexión.
2. Cistocoeles vaginales acompañados de descenso uterino, con sus variedades:
  - a) Descenso parcial del útero en retroversión.
  - b) Forma intermedia entre el descenso parcial y total.
  - c) Descenso total o gran prolapso uterino con útero en ante o retroversión.
3. Prolapsos parciales, intermedios o totales con elongación supravaginal del cuello.
4. Prolapsos cérvico vaginales o vaginales, post histerectomía subtotal o total.

Counseller y Stacy (27), distinguen cuatro grupos, desde el moderado al extremo, y clasifican así:

En el grupo 1, todos los casos de retroversión y descenso ligero del útero.

En el grupo 2, los casos en que el cuello se encuentra en el introitus vaginal.

En el grupo 3, los casos en que el cuello franquea el introitus.

En el grupo 4, los casos en que hay exteriorización completa del útero.

Nosotros, de acuerdo con la mayoría de los autores, distinguimos para clasificar nuestros casos: **Prolapsos incompletos**, cuando el útero no ha salido de la vagina, a pesar de estar descendido y de asomar muchas veces el cuello en la vulva; **prolapsos completos**, cuando el útero ha salido total, o casi totalmente de la vagina. También hay que tener en cuenta si hay concomitantemente descenso de la pared vaginal anterior o **colpocèle anterior**, de la posterior o **colpocèle posterior**, o de las dos en conjunto. Muchas veces acompaña a la pared vaginal anterior en su descenso la vejiga, constituyendo el **cistocele** y en algunas ocasiones el recto sigue a la pared posterior, originándose el **rectocele**.

Puede haber entonces prolapsos incompletos o completos acompañados o no de colpocèle anterior o posterior, de cistocele o rectocele.

#### **Alteraciones del útero y de la vagina. —**

Casi siempre el útero ha cambiado de posición colocándose en retroversión, el ángulo abierto hacia delante que formaba con la vagina se borra y el hocico de tenca, en cambio de apoyar sobre la pared posterior de la vagina, se insinúa francamente en la luz de la misma.

A veces se observa, aunque no con la frecuencia sostenida por Huguier y por Schroeder, el alargamiento del cuello del útero que se hace sobre todo a expensas de la porción supravaginal del mismo y que se debe, según Schroeder (101) a las tracciones de la vagina y según Halban y Tandler a la acción de la presión abdominal. También se observa a veces en los prolapsos completos, una hipertrofia enorme del hocico de tenca, que se hace a expensas del edema por éxtasis y de la hiperplasia conjuntiva de la parte exteriorizada.

No es raro encontrar en la superficie del cuello grandes ulceraciones, y el orificio externo convertido en una hendidura trans-

versal limitada por dos labios engrosados y a veces con un ectropión pronunciado.

A parte de las ulceraciones, la mucosa vaginal y cervical se hace más lisa por borramiento de sus pliegues, toma un color blanquecino y pierde humedad; histológicamente el epitelio se hace más espeso y adquiere caracteres semejantes a los de la piel; en una palabra: la mucosa se epidermiza.

### **Cistocele. —**

La pared anterior de la vagina es la que desciende más fácilmente y casi siempre la acompaña, en este descenso, la vejiga, constituyéndose el cistocele. Esta lesión se asocia generalmente con un prolapso uterino, pero puede observarse sin descenso de la matriz y, muy frecuentemente se encuentra en las mujeres que han tenido muchos hijos, un ligero cistocele, aparente en los momentos en que la vejiga está llena.

En los prolapsos completos con cistocele marcado, la vejiga o, más bien, una especie de gran divertículo de la misma, constituido por su parte inferior, cubre la cara anterior del útero exteriorizado y la uretra se dirige hacia ella, incurvándose para abajo, en cambio de hacerlo para arriba, como normalmente.

Queda entonces, cuando el prolapso no se reduce, un bajo fondo o divertículo vesical situado a un nivel inferior del de la uretra, en el que puede retenerse orina, lo que da lugar a trastornos de cistitis y hasta, a veces, a la formación de cálculos.

Por otra parte el descenso vesical origina tracciones y acodaduras de los uréteres, que por ello pueden ver dificultada su evacuación y distenderse. Esta distensión repercute a veces sobre los riñones en forma de uronefrosis y prepara el terreno para el desarrollo de accidentes infecciosos del tipo de las pielitis.

Cuando el prolapso interesa la parte más inferior de la pared vaginal anterior, ésta arrastra consigo la uretra o un divertículo de la misma, constituyéndose el uretrocele.

### **Rectocele. —**

Sería, según el concepto clásico, el descenso de la pared vaginal posterior arrastrando consigo el recto, en la misma forma

que la anterior arrastra la vejiga; pero en realidad las cosas no pasan así, y en la mayoría de los casos, no hay más que un colpocele posterior: descenso de la pared vaginal mientras el recto queda en su sitio.

El rectocele verdadero es muy raro, como se puede comprobar si se practica cuidadosamente el tacto rectal, y si se tiene en cuenta que es excepcional en las enfermas de prolapso la retención de materias fecales a nivel de su hernia genital.

Hartman (55), ha insistido sobre la poca frecuencia del rectocele y ha publicado el único caso en que él lo ha observado y en el cual la enferma, para completar la defecación, debía reducir su prolapso.

#### Los fondos de saco peritoneales. —

En el cistocele el fondo de saco vesicouterino no desciende mayormente, conservando sus relaciones con la cara anterior del útero, en cambio el Douglas acompaña generalmente el cuello uterino a nivel del colpocele posterior, pudiendo formar un gran divertículo peritoneal y en él deslizarse asas intestinales como en una verdadera hernia.

### SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNOSTICO

En la mayoría de los casos de prolapso, el útero está en retroversión y esto explica que generalmente, los primeros síntomas subjetivos sean los de esta malposición de la matriz.

Sensación de peso y, sobre todo, **dolor** en la región sacra, de intensidad variable y a veces con irradiaciones hacia el coxis y la región lumbar. Este dolor se suele exacerbar en relación con la menstruación y debido a la congestión uterina. Muchas veces hay sensación de fatiga y dolor en los miembros inferiores, que puede llegar a ser un obstáculo para el trabajo.

La intensidad de estos signos subjetivos es muy variable en los distintos casos, no estando siempre en relación directa con la magnitud del prolapso y mientras algunas mujeres, con el útero completamente exteriorizado colgando entre las piernas, tienen pocas molestias y continúan desempeñando sus tareas, otras con

un ligero descenso o un esbozo de cistocele, tienen dolores intensos que llegan a convertirlas en verdaderas inválidas.

En las enfermas que todavía no han llegado a la menopausia, la menstruación sigue casi siempre sin alteraciones, pero pueden observarse **metrorragias** y **leucorrea** que se deben, en parte, a los trastornos circulatorios y en parte a la irritación del cuello uterino exteriorizado.

Se pueden observar **trastornos de la micción**: disuria, poliururia, incontinencia, retención; sobre todo cuando hay cistocele, ya sea por la deformación de la vejiga o por la cistitis consecutiva. Hay sensación de tenesmo vesical y la micción no es completa, sino en el caso en que la mujer reduce simultáneamente el prolapso. La formación diverticular de la vejiga, retiene una cantidad de orina residual que puede ser lugar de fermentaciones y medio propicio al desarrollo de infecciones. A veces hay una verdadera incontinencia en los esfuerzos y con la tos.

Las condiciones mecánicas de éxtasis ureteral que vimos al estudiar la anatomía patológica, favorecen a veces el ascenso de la infección y dan lugar a síntomas inflamatorios renales.

La **constipación** que ya mencionamos como un factor etiológico, es agravada y a veces aparece como consecuencia del prolapso, ya sea por la compresión ejercida por el útero retrovertido o por la atonía muscular perineal. Puede haber trastornos mecánicos de la evacuación en los casos raros de verdadero rectocele, y muchas veces, a consecuencia de los trastornos circulatorios, aparecen hemorroides.

A la inspección observamos una **tumoración** de color rosado unas veces, y otras rojo vinoso, que sale por la vulva, solamente durante los esfuerzos en los prolapsos incompletos, continuamente en algunos completos. Durante mucho tiempo, el prolapso se reduce en el reposo y en la posición acostada para reaparecer cuando la enferma hace esfuerzos o se pone de pié; cuando se hace más grande se reduce sólo parcialmente y puede llegar a no reducirse del todo.

Cuando lo que se exterioriza es sólo un colpocele vemos en la hendidura vulvar una o dos tumoraciones esféricas, rosadas, con arrugas transversales o lisas, según el grado de distensión; cuando es el útero se reconoce en el vértice de la tumoración el orificio del

hocico de tenca. La cavidad de la vagina no tiene en el reposo la forma de un tubo, sino la de una hendidura transversal y esto explica que su prolapso no tenga forma cilíndrica como el del recto, sino la de dos tumoraciones: los colpoceles anterior y posterior.

Frecuentemente vemos, en la superficie del cuello uterino y hasta de la vagina prolapsada, **ulceraciones** de aspecto torpido producidas por la exteriorización y el roce con las partes vecinas y la vestimenta. Los autores antiguos describían en estas ulceraciones, perforaciones de la vejiga y la eliminación total o parcial del útero gangrenado, pero es muy probable que esos casos con eliminación, no fueran prolapsos sino neoplasmas vegetantes.

Por la palpación podemos apreciar la consistencia y sospechar el contenido de los colpoceles, al tiempo que podemos determinar los límites y la posición del cuerpo uterino.

En los prolapsos incompletos sin exteriorización ninguna, sólo podemos apreciar el descenso uterino por el **tacto vaginal**.

Podemos determinar la posición y el tamaño del útero mediante la **histerometría**, la situación de la vejiga por el **cateterismo** y la del recto por el **tacto rectal**.

La cavidad uterina puede encontrarse alargada en los casos de hipertrofia-alargamiento del cuello.

Cuando hay un cistocele grande, la sonda en cambio de dirigirse hacia arriba contorneando el pubis, va hacia abajo en el sentido del tumor prolapsado.

En el tacto rectal el dedo explora la pared anterior del recto buscando el rectocele. Este examen debe hacerse suavemente, porque si introducimos con fuerza el dedo en forma de gancho por encima del esfínter, desplazamos el tubo intestinal y creemos en una desviación que en realidad no existe. Se debe al tacto mal hecho la creencia arraigada durante muchos años en la frecuencia del rectocele, que se revela en cambio muy raro cuando se lo practica con suavidad.

Si palpamos con el índice en la vagina y el pulgar en el periné, al tiempo que la enferma contrae sus músculos, podemos apreciar las condiciones del suelo pelviano.

Al examinar un prolapso se nos pueden presentar dos casos:

En el primero el cuello uterino es visible fuera de la vulva y se acompaña o no de cistocele y rectocele.

En el segundo, el cuello está en la vagina por debajo de su situación normal. Unas veces, en el prolapso vagino-uterino de los clásicos, hay una o dos tumoraciones que salen por la vulva y son los colpoceles; otras, en el prolapso útero-vaginal, no hay ninguna tumoración vulvar y el dedo que explora la cavidad vaginal sólo encuentra el cuello uterino descendido.

El diagnóstico del prolapso uterino es fácil y los errores que podrían hacerse con quistes vaginales, fibromas uterinos exteriorizados o pólipos, inversiones uterinas; se evitan fácilmente.

### EVOLUCION Y COMPLICACIONES

Con el tiempo, el útero tiende cada vez más a insinuarse en la hendidura de los músculos pelvianos y éstos, atrofiándose con la edad y cediendo siempre más ante la acción de los esfuerzos, van perdiendo progresivamente su validez como órganos de apoyo, por lo cual el prolapso genital es una enfermedad progresiva que no retrocede con el tiempo y que tiende a agravarse cada vez más. Cuando no hay dolores intensos que hagan reclamar un tratamiento precoz y en enfermas poco cuidadosas, el útero puede llegar a encontrarse colgando entre los muslos, suspendido de la vagina completamente invertida.

Cuando en un útero no muy prolapsado, sobreviene un embarazo, se reduce y se mantiene reducido durante toda la duración de éste. Después del parto, por regla general, la exteriorización se reproduce, casi siempre en un grado más avanzado que antes.

#### **Ruptura del prolapso. —**

Se han observado casos como el de Kuhlmann (69) en que, a consecuencias de un traumatismo que aumenta bruscamente la presión abdominal, un prolapso con enterocele vaginal se rompe dando salida a asas intestinales por la ruptura, que casi siempre se produce en el punto débil constituido por alguna de las ulceraciones de la vagina prolapsada.

**Hidronefrosis, pielonefritis y uremia. —**

De un trabajo de Frank (40) sacamos los siguientes datos bibliográficos:

Froriep en 1824 señala por primera vez las alteraciones del aparato urinario debidas al prolapso y, sobre todo, la dilatación de los uréteres. Virchow en 1846 describe en la autopsia de una mujer portadora de un prolapso, una dilatación de los uréteres que él atribuye al prolapso del trigono. Halban y Tandler en 1907 encuentran la dilatación de los uréteres en 15 casos sobre 23 y la explican por la compresión que sobre ellos ejercería el cistocele a nivel del hiatus genitalis. Mierbeau en 1908, publica 11 casos de dilatación de la pelvis renal. Hirokawa en 1911 dos autopsias con dilatación de las vías urinarias superiores. Brettaner y Rubian mediante pielogramas encuentran dilatación ureteral en 8 enfermas sobre 11. Otras autopsias de Sellheim, de Young y del mismo Frank, muestran dilataciones de ureter y pelvis y lesiones inflamatorias que toman también el riñón.

Tenemos la impresión de que las lesiones de las vías urinarias superiores son muy frecuentes, como complicación del prolapso y que, si los casos publicados no son más numerosos, ello se debe a la rareza de las autopsias por esta afección y a que nadie ha abordado todavía el estudio pielográfico en gran escala de estas enfermas.

La distención mecánica de las vías urinarias superiores, debida a la compresión o acodadura de los uréteres ocasionada por el descenso de los genitales y, sobre todo, de la vejiga, origina accidentes de retención, de verdadera hidronefrosis que explican ciertas crisis dolorosas renales y repercuten sobre la estructura del parenquima del riñón. Por otra parte, la distención y el éxtasis favorecen la infección ascendente que también repercute en forma nociva sobre el tejido noble renal.

Como consecuencia podemos llegar a la alteración de la eliminación urinaria y a la uremia.

Veremos más adelante, cuando estudiemos el post operatorio, como en estos enfermos es frecuente, en ese período, la in-

fección urinaria. Nosotros creemos que ella no se debe sólo al empleo de la sonda permanente, ya que no se la observa con tanta frecuencia cuando se emplea ese recurso en otras afecciones, sino a la predisposición constituida por la dilatación de las vías urinarias superiores.

Nos parece de buena práctica efectuar en toda enferma de prolapso el examen de la función renal y, sobre todo, el estudio pielográfico de sus vías urinarias de preferencia mediante la pielografía descendente por vía endovenosa.

### **Frolapso y cancer del cuello de útero. —**

En todos los libros que tratan el tema, veremos repetida la afirmación de que la coexistencia de prolapso completo y cancer del cuello uterino es muy rara, como si hubiera un antagonismo de una enfermedad para la otra. El hecho es indudablemente cierto, pero teniendo en cuenta las últimas publicaciones, parece ser que esa coexistencia no es tan absolutamente rara como se ha creído hasta ahora.

Dentro de su rareza, el conjunto de las dos enfermedades es conocido desde la más remota antigüedad e indudablemente, cuando Soranus aconseja extirpar el útero parcial o totalmente en los casos en que él se ulcera y entra en putrefacción, se refiere a lesiones neoplásicas.

Cruvelhier en su tratado de Anatomía Patológica refiere un caso; después las observaciones siguen escasas y esparcidas hasta los últimos años en que se multiplican.

Sin pretender, ni mucho menos, haber agotado la bibliografía, hemos reunido varias observaciones con comprobación histológica.

Un caso de Swynghedauw y Gaudier (109). Uno de Jean y Villechaise (65), epiteloma malpighiano espino celular en un prolapso total en una mujer de 56 años, tratado por radiumterapia. Uno de Nicholson (85) epiteloma a células cilíndricas en un prolapso total en una mujer de 61 años, tratado por radium e histerectomía vaginal. Cinco casos publicados por Hogler (57). Uno de Tourneaux (111), epiteloma espino celular en un prolapso to-

tal en una mujer de 60 años, tratado por histerectomía vaginal. Cuatro casos de Durand-Dastes (37), todos epitelomas espino celulares en mujeres, dos de 66 y dos de 68 años.

Delvaux (35) ha hecho una encuesta entre los ginecólogos franceses y alemanes y la gran mayoría ha contestado afirmando que la matriz prolapsada tiene una marcada inmunidad para el desarrollo de neoplasias.

Llama la atención la rareza del cáncer en ese útero exteriorizado, sometido a la desecación y a múltiples roces y contactos, que llegan a producirle ulceraciones crónicas, que se encuentra, de acuerdo a la teoría irritativa, en las condiciones más propicias para una degeneración neoplásica.

Muchos autores y, entre ellos, casi todos los que han tenido ocasión de observar un caso de coexistencia de prolapso total y cáncer, se han esforzado en buscar la causa del antagonismo entre las dos enfermedades pero hasta ahora no hay nada claro al respecto.

Forgue y Chavanaz, sostienen que la inmunidad se debe a que el prolapso total se encuentra en mujeres de edad muy avanzada, que ya no es la del desarrollo del cáncer.

Hamant cree que la exposición del cuello al aire y la facilidad con que se evaporan sus secreciones, quitan las causas favorables para la degeneración neoplásica que tiene el cuello en su situación normal.

Menge, recordando que en general el cáncer se desarrolla en medio ácido y la teoría según la cual las secreciones vaginales ácidas serían el agente cancerígeno del cuello uterino, piensa que la fácil evaporación de estas secreciones evitaría su acción nefasta en el prolapso.

Gregoire y Savariaud, señalan la ausencia de lesiones metróicas que puedan obrar como terreno precanceroso.

La congestión crónica y el éxtasis circulatorio evitarían el desarrollo del epiteloma para Leriche, de acuerdo con Thomas Wilson, que cree que la congestión pasiva y el edema no es un terreno favorable para el desarrollo del cáncer.

La explicación clara y convincente no existe todavía, pero el

hecho de la inmunidad para el desarrollo de la neoplasia sí, y ha sido tomado como un argumento por los contrarios a la histerec-tomía en la terapéutica del prolapso. Veremos esto con más de-tención cuando nos ocupemos de las indicaciones operatorias, pe-ro digamos desde ahora que, cualquiera que sea la explicación, es indudable que el cáncer no se desarrolla en el útero prolapsado por lo mismo que él está exteriorizado; si mediante una intervención cualquiera lo mantenemos reducido, las condiciones cambian, la inmunidad cesa y, lo mismo que cualquier útero en posición nor-mal, este puede cancerizarse y eso a veces por encima de un ta-bicamiento o en una matriz invertida e interpuesta por delante de la vejiga como en el caso de Mc. Glinn (77).

### **Prolapso de recto y útero concomitantes. —**

Se observa con relativa frecuencia la asociación de estas dos afecciones y ella se encontraba en dos de nuestros casos.

Sin entrar a estudiar la patogenia del prolapso rectal, re-cordemos que entran en juego factores constitucionales congéni-tos, como el colon pelviano con meso largo y la gran profundidad del fondo de saco de Douglas, y factores predisponentes directos: la hipotonía y relajamiento del esfínter anal, la atrofia y debilita-miento del suelo pelviano, sobre todo del músculo elevador.

Si recordamos que la profundidad congénita del fondo de sa-co de Douglas es uno de los factores etiológicos del prolapso geni-tal y que la causa más importante de esta afección es el debilita-miento del suelo pelviano, no nos extrañará que frecuentemente se encuentre en una misma enferma el descenso del útero y del recto.

El prolapso rectal puede preceder o suceder al uterino, pero generalmente aparecen al mismo tiempo, bajo la acción del mismo esfuerzo, que obra sobre las mismas causas predisponentes.

La asociación de las dos enfermedades tiene importancia por-que la exteriorización del recto agrega a la enferma dolores y mo-lestias que le hacen aun más penosa su enfermedad y, por otra parte, en estos casos el problema terapéutico se complica más to-davía.

## II

## METODOS DE TRATAMIENTO

**Pesario. —**

El tratamiento correcto y verdaderamente eficiente del prolapso genital será siempre quirúrgico, dependiendo sus resultados de la buena elección del tipo de operación de acuerdo al caso que haya que tratar.

Sin embargo, aun siendo el tratamiento de elección, el quirúrgico, puede haber casos en que la paciente no acepte la intervención o que existan en su estado general motivos de contraindicación absoluta para una operación. Frente a estas condiciones se puede muchas veces aliviar a la enferma mediante un pesario bien colocado; pero son estas indicaciones de excepción y no hay que olvidar que el pesario no es un tratamiento curativo sino paliativo, que por sí mismo puede originar diversas molestias y trastornos.

Desde un punto de vista más histórico que práctico, se pueden dividir los pesarios en pediculados y no pediculados. Los primeros, completamente abandonados, buscan sostener el útero por intermedio de un tallo o pedículo que sale fuera de la vulva y toma punto de apoyo en un vendaje o faja contensora como en el histerofofo de Roser-Scanzoni y en el pesario a cuveta de Cutter. Los otros en cambio, incluídos completamente en la vagina, pretenden contener el prolapso mediante la obstrucción parcial de aquella, y, sobre todo, tomando punto de apoyo en el periné.

El anillo de goma blanda de Mayer, los anillos rígidos de ebonita o celuloide, el pesario de Dumontpallier, el pesario de Hodge y otros, son aparatos más o menos ingeniosos que pretenden mantener corregida la exteriorización y la retroposición del útero apoyándose en el suelo perineal. Para que pueda aplicarse, es necesario que el prolapso se reduzca del todo previamente, mediante el reposo, maniobras manuales o instrumentales, y que esté conservada todavía a lo menos una parte del piso muscular pélvico.

El uso de pesario puede originar lesiones irritativas, leucorrea, úlceras vaginales y llegar a dar molestias superiores a las del prolapso mismo; para ser tolerado, exige una higiene meticu-

losa y constante de la vagina y la enferma debe ser vigilada de cerca por el médico. Como ya dijimos, es un método paliativo y no curativo: el prolapso se reproduce inmediatamente cuando se quita el pesario.

Las indicaciones del empleo de estas prótesis intravaginales son pocas y están constituidas por las contraindicaciones de la intervención quirúrgica, cada vez más raras con los métodos actuales de preparación de los enfermos y de técnica (insulina, anestesia local, etc.).

### **Cerclage de la vagina. —**

Las primeras tentativas de terapéutica directa para el prolapso, intentaban reducir el calibre de la vagina y del orificio vulvar. Unos practicaban cauterizaciones del conducto vaginal con nitrato de plata o ácido nítrico; otros cauterizaciones térmicas, y Chipendale llegaba a la contaminación blenorragica de la misma, para obtener su inflamación y retracción consecutiva.

La primera intervención, la episiorrafia de Fricke, consistía en el achicamiento del orificio vulvar.

El prolapso genital no se debe solamente a la exteriorización de una víscera tubular, como el del recto, y por eso el estrechamiento por cerclage del orificio externo, que suele ser un tratamiento eficaz en éste, no lo es en aquél. Por otra parte, en el ano la presencia del esfínter permite pasar el alambre a distancia y este es bien tolerado, mientras que en la vagina los tejidos, muy escasos a nivel de los tabiques rectovaginal y vesicovaginal, se ulceran fácilmente.

El método consiste en pasar un hilo de plata por debajo de la mucosa vaginal, en su parte inferior, y torcerlo después de haber cerrado el anillo de alambre hasta unos dos centímetros de diámetro; ulteriormente la reacción cicatricial que rodea el cuerpo extraño, viene a consolidar su efecto.

Es una intervención abandonada por su falta de fundamentos patogénicos y por los muchos fracasos que da, pero que se practica excepcionalmente (25) (113), porque se puede hacer con una anestesia local mínima, no da ningún shock operatorio y no requiere la permanencia de la enferma en cama.

**Ligamentopexia. —**

El razonamiento más simple debía hacer pensar que para corregir el descenso del útero había que acortar y fijar sus ligamentos, y así se crearon un sinnúmero de operaciones para ese fin. El mejor conocimiento de la fisiología y fisiopatología, puso en evidencia que las estructuras de apoyo tenían una importancia mucho mayor que las de suspensión, y entonces las ligamentopexias, intervenciones que obran sobre estas últimas, han perdido gran parte de su valor. El concepto moderno es que, cuando se emplea una fijación de ligamentos en el tratamiento de un prolapso genital, no se pretende suspender el útero, sino solamente corregir su posición, evitando la retroversión y obrando así contra uno de los factores que favorecen la exteriorización de la matriz.

La mayoría de las ligamentopexias efectúan el acortamiento y fijación de los ligamentos redondos, algunas técnicas pretenden obrar sobre ligamentos úterosacros, pero tienen poco resultado práctico y dejan generalmente vivos dolores post-operatorios, lo que se explica si pensamos que, como vimos al estudiar la anatomía, los úterosacros no son ligamentos, sino un pedículo nervioso.

Podemos dividir las operaciones que obran sobre los ligamentos redondos, en tres grupos: el primero comprende las que los acortan por vía extraperitoneal; el segundo los métodos de acortamiento intraperitoneal; y el tercero las intervenciones del tipo Doleris en que, previa laparatomía, se fijan los ligamentos a la pared abdominal.

**Operaciones extraperitoneales. —**

La clásica técnica de Alquier-Alexander-Adams, también llamada de las tres A, y sus modificaciones:

Incisión bilateral semejante a la de la hernia inguinal, se busca el ligamento redondo por fuera del anillo inguinal externo, o mejor dentro del conducto, incidiendo la aponeurosis del oblicuo mayor; se tracciona de ambos ligamentos hasta que el fondo del útero viene a chocar contra la pared abdominal.

En este momento hay que fijar el acortamiento de los liga-

mentos, lo que se hace en distintas formas según las diversas variantes técnicas: plegando el ligamento y suturando las dos ramas entre sí; suturando el ligamento acortado a la arcada crural o a los pilares de la aponeurosis del oblicuo mayor; tomando con puntos separados al mismo tiempo el tendón conjunto, el ligamento y la arcada crural, con lo que se fortifica la pared posterior del conducto inguinal.

Esta operación puede obrar convenientemente sobre los ligamentos redondos y sobre la posición del útero, siempre que éste se encuentre libre y no fijado por adherencias propias o anexiales.

El acortamiento se hace aquí en la parte más distal de los ligamentos, dejando una porción grande de los mismos en el trayecto abdominal: el proceso de relajación y alargamiento, seguirá actuando frecuentemente en esta porción y la desviación se reproducirá. Siendo el método de Alquier-Alexander-Adams el que deja mayor longitud de ligamento intrabdominal, es el que da más fácilmente recidivas.

Teniendo en cuenta la necesidad de que el útero esté libre, Arce ha hecho una modificación de la técnica que él llama de las cuatro A, en la que practica una laparotomía a lo Phannenstiel para movilizar la matriz si es necesario, y alcanza, por la misma incisión, los conductos inguinales para hacer el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos, que a veces sutura entre sí en la línea media.

La técnica de Arce viene a constituir, en realidad, un método de transición entre el Alquier-Alexander-Adams y el Doleris o el Barret.

#### **Acortamiento intraperitoneal. —**

Estas operaciones requieren siempre una laparotomía.

Ruggi hace un pliegue con la porción intrabdominal del ligamento redondo y sutura las dos ramas entre sí, con puntos separados.

Gyll Wyllie aviva las dos ramas del asa formada con el ligamento y las mantiene en contacto mediante tres ligaduras de seda.

Dudley fija el pliegue de ligamento redondo a la pared anterior del cuerno uterino.

El método de acortamiento intraperitoneal más empleado, es el de la operación de Webster-Baldy, también llamada, en Francia, de Baldy-Dartigues o simplemente de Dartigues.

Con una pinza se agujerea el ligamento ancho de atrás adelante; se toma el ligamento redondo y se lo hace pasar por la perforación. Ambos ligamentos se suturan por detrás del útero entre sí y con éste: en esa forma, al tiempo que se acortan los ligamentos, se hace con ellos una hamaca que sostiene el cuerpo uterino.

Esta intervención da resultados muy buenos y deja las condiciones anatómicas y fisiológicas del órgano, muy semejantes a la normal. Nosotros la hemos practicado durante varios años, como método de elección en el tratamiento de las retroposiciones, pero hemos observado varios casos de flebitis postoperatoria y pensamos que puede influir en el origen de ésta, el trauma y la compresión venosa al nivel del ligamento ancho. En los últimos tiempos la hemos abandonado, substituyéndola con una modificación del Doleris.

Hay modificaciones del Webster-Baldy, que buscan mayor solidez de la fijación de los ligamentos redondos en la cara posterior del útero, mediante la tunelización de aquellos por debajo del peritoneo visceral o por técnicas especiales como la de Sobre-Casas (105).

#### **Operaciones del tipo Doleris. —**

Se empieza con una laparatomía, se moviliza el útero si es necesario y se tratan las lesiones anexiales si las hay; se termina fijando los ligamentos redondos a la pared abdominal.

Doleris hace pasar un asa de ligamento redondo a cada lado de la incisión de laparatomía a través de peritóneo, músculo recto y aponeurosis. Una vez cerrados los planos peritoneal y aponeurótico, sutura las dos asas de ligamento redondo entre sí en la línea media. Esta misma técnica se emplea en los Estados Unidos de Norte América bajo el nombre de operación de Gilliam.

Olshausen (52) fija el ligamento redondo cerca del cuerno uterino, a la pared abdominal con un punto de seda, haciendo previamente un pequeño hojal peritoneal; después cierra la laparo-

tomía mediana agregando a veces una fijación del fondo uterino al peritoneo.

Barret y Pollard (86) con incisión de Pfannenstiel, hacen pasar el asa de ligamento redondo a través de la pared abdominal, a nivel del orificio inguinal interno y la fijan a ese orificio y a la aponeurosis del músculo recto.

Galindez (43) pasa los ligamentos por la pared abdominal en la misma forma que en el Doleris clásico, pero no los sutura en la línea media, y los fija mediante una lengüeta aponeurótica tallada en la hoja anterior de la vaina del recto, de cada lado.

Estas operaciones dan buenos resultados, pero tienen algunos inconvenientes que se pueden evitar con cuidados de técnica.

Si la fijación a la pared abdominal no es muy sólida, los ligamentos se desprenden y deslizan dando lugar a la recidiva.

En la operación tipo y en la mayoría de las modificaciones, para perforar la pared, se descubre la cara anterior de la aponeurosis de los rectos despegando el tejido celular, con lo que se crea un espacio muerto que muchas veces es asiento de hematomas que retardan la curación y pueden comprometer el éxito de la intervención.

En el Doleris tipo la fijación abdominal crea tres anillos: uno mediano delimitado por la pared abdominal hacia delante y el fondo uterino atrás; dos laterales comprendidos entre la pared y la porción de ligamento redondo que queda entre la fijación parietal y la penetración del mismo en el orificio inguinal interno. Estos anillos, sobre todo los laterales, son lo bastante amplios para permitir la penetración de asas intestinales que pueden estrangularse y dar lugar a graves accidentes de oclusión, que ponen en peligro la vida de la enferma (18).

Para evitar los tres inconvenientes, nosotros hacemos la fijación del ligamento a aponeurosis con hilo de lino grueso, empleamos la incisión de Pfannenstiel con la cual buscamos el sitio de perforación de la pared en el plano entre aponeurosis y músculo que no expone a hematomas como el subcutáneo, y pasamos los ligamentos muy hacia los lados en el borde externo de la vaina del recto en forma de que no quede anillo ligamentario lateral.

Como ya dijimos antes, la ligamentopexia, no puede consti-

tuir por sí sola un tratamiento del prolapso. Los ligamentos redondos son incapaces de sostener el útero si fallan las estructuras de apoyo.

Estas operaciones sólo obran indirectamente corrigiendo la re-troposición de la matriz, y su uso es racional en el tratamiento del descenso uterino, sólo cuando se las emplea junto con otras intervenciones más activas y como complemento de ellas.

Cotte (22) practica el acordamiento de los ligamentos redondos junto con la interposición uterina a lo Schauta-Wertheim pero la asociación clásica es la de la **triple operación** o **método francés** en la que se hace, al mismo tiempo: ligamentopexia, colpografía anterior y colpoperineorrafia.

### Ventro fijación del útero y de la vagina. —

Estas operaciones también pretenden curar el prolapso genital suspendiendo la matriz en posición normal pero, en cambio de obrar sobre los ligamentos, buscan de fijar por una cicatriz el útero en contacto con la pared abdominal.

Kelly practicó por primera vez en 1885 la fijación del útero, mediante una sutura que unía el fondo del órgano a la pared abdominal.

Olshausen efectuó su primera operación más o menos al mismo tiempo que Kelly, y ella consiste en fijar el órgano mediante dos puntos que perforan la pared músculo aponeurótica abdominal y toman los cuernos uterinos, según la técnica primitiva, los ligamentos redondos en la proximidad de aquellos, en una modificación ulterior. A veces se agrega un surget de catgut que une el fondo uterino, avivado por resección peritoneal, al peritoneo parietal.

Terrier pasa un punto de seda en el fondo y otros tres en la cara anterior del órgano. Esos puntos son anudados después de perforar los planos músculo-aponeuróticos del abdomen.

En la técnica de Kocher y en la descripta por Irvin Abell (63), se fija el peritoneo con un surget de catgut alrededor del fondo uterino por el que pasan puntos de seda que se anudan sobre la aponeurosis: en esa forma esa porción de la matriz queda comprendida entre los músculos parietales.

Grigoriu (60) fija el istmo uterino a los distintos planos parietales y deja la matriz y los anexos por delante del plano muscular.

Fraenkel (41) en cambio de fijar el útero a la pared abdominal, pone en contacto con ésta la parte más alta de la vagina, mediante dos puntos de seda que toman a cada lado la bóveda vaginal y que perforan todos los planos parietales, anudándolos fuera de la piel sobre un rollo de gasa. Los puntos se sacan cuando ya se ha constituido una unión cicatricial.

La ventro fijación es un método malo, porque fija el útero en una posición anormal, lo que es causa de muchos trastornos y además no es un método perfecto de curación del prolapso.

Frecuentemente las suturas ceden o las adherencias se distienden en forma de pseudoligamentos y la desviación uterina se reproduce.

La mayoría de las veces, para obtener un buen resultado, hay que agregar a la fijación abdominal una colpoperineorrafia, con el inconveniente de que la operación debe practicarse por dos vías: alta y baja.

La vejiga queda comprimida por delante de la matriz fijada, de donde se originan trastornos de la micción y disuria.

Cuando la operación se practica antes de la menopausia, pueden sobrevenir graves dificultades en el embarazo y en el parto. Dolores, abortos, presentaciones viciosas, imposibilidad de expulsión del feto y hemorragias post partum, hacen indispensable no aplicar este método, sino después de la menopausia o haciendo al tiempo de la intervención la esterilización por resección de las trompas.

En los casos en que se fija el útero antes de la menopausia, suele haber crisis dolorosas durante los períodos menstruales debido a la posición viciosa del órgano.

Se han observado oclusiones intestinales por bridas y adherencias originadas en los puntos de fijación abdominal.

Algunas veces, practicando el método de Olshausen, se han producido hernias en el punto en que los hilos atraviesan la pared músculo aponeurótica.

Procedimiento que no da por sí solo garantías de una cura-

ción completa y que puede ser origen de trastornos graves; la ventrofixación es una operación poco aconsejable en el tratamiento del prolapso genital.

### **Colporrafia anterior. —**

Intervención sencilla, que consiste en extirpar una parte de la pared anterior de la vagina y reconstruir ésta. Puede emplearse, como operación aislada, sólo en los casos de cistocele limitado sin verdadero prolapso genital. Se la efectúa frecuentemente como complemento de otras operaciones más importantes que obran directamente sobre las estructuras de apoyo.

La finalidad de la operación, practicada con las técnicas primitivas, es estrechar la luz de la vagina, pero después se ha tendido, siguiendo el ejemplo de Halban, a aislar y fruncir con suturas el plano situado por debajo de la mucosa que para unos es el septum véscico vaginal y para otros la capa muscular de la vagina.

En las distintas técnicas varía la forma del colgajo de mucosa de la pared vaginal anterior que hay que reseca, siendo el más empleado el de Hegar, elipse cuyo eje mayor está en sentido longitudinal.

Después de extirpar la mucosa, se pliega la superficie cruenta subyacente con puntos separados o con un surget invaginante y se termina haciendo una sutura lineal de la vagina.

En la técnica de Halban, se incide la mucosa vaginal en la línea media y se aíslan dos colgajos laterales reseca la cantidad necesaria del borde libre de éstos, después se hace la disección de la hoja llamada tabique véscico vaginal y se pliega con una sutura en bolsa, suturando por encima los bordes de la mucosa vaginal.

Bissell (47) incide en el medio la vagina en sus dos planos: mucosa y muscular, reseca la mucosa de uno de los colgajos y los sutura superponiéndolos.

La colporrafia anterior es una operación que tiene por objeto achicar la vagina y crear un plano de apoyo para la vejiga. De poco resultado si se la emplea sola, es muy útil si se la asocia

con otras intervenciones como en la triple operación a la francesa. Nosotros la empleamos siempre como complemento de la histerectomía vaginal, junto con la colpoperineorrafia.

### **Perineorrafia. —**

Hemos visto, al estudiar la patología del prolapso genital, que el elemento más importante que entra en juego en la constitución de éste, es la alteración del plano muscular de apoyo del piso pelviano; el agrandamiento del hiatus genitalis por ruptura o relajamiento de los músculos elevadores del ano.

La perineorrafia y la miorrafia de los elevadores, que con ella se practica casi siempre, es una intervención que tiene como finalidad reparar y reconstruir el plano muscular de apoyo; da muy buenos resultados y se la emplea mucho. Sola, puede bastar para curar algunos prolapso no muy marcados y forma parte de casi todas las intervenciones útiles practicadas para corregir el descenso uterino, ya sea como elemento principal de las mismas o como operación complementaria.

Casi siempre, al tiempo que se reconstruye el periné, se reseca parte de la pared vaginal posterior y entonces la operación se llama colpoperineorrafia.

En la técnica de **Hegar** se reseca un triángulo de mucosa de la pared vaginal posterior cuya base, ligeramente curva, se encuentra a nivel de la horquilla vulvar. Después se hace una sutura en sentido vertical con puntos transversales de catgut en la vagina, de material no reabsorbible en el periné. Los puntos deben tomar todos los tejidos en masa.

El método de **Emmet** difiere del anterior en que la resección vagino perineal se hace en forma de V o de M, respetando la parte más resistente de la vagina al nivel de la columna rugarum.

En la perineorrafia a lo **Lawson-Tait** se desdobra el tabique recto vaginal y, mediante dos pequeñas incisiones laterales, se levanta un colgajo perineal; se hace una sutura longitudinal con puntos transversales y se reseca la porción exuberante de vagina.

Muy semejante a la anterior es la técnica de **Doleris**; en ésta se practica el desdoblamiento recto vaginal mediante una incisión

curva que sigue la horquilla y en la sutura todos los puntos son perineales, pero en su parte media toman el colgajo vaginal muy arriba. Al anudar los puntos, la vagina desciende y queda un colgajo flotante que se reseca con la tijera.

En todas estas técnicas se pasan los puntos en masa, sin individualizar los elementos constitutivos del periné, y no siempre las suturas comprenden el borde del músculo elevador del ano. Es importante investigar los bordes de este músculo y aproximarlos mediante un plano especial de puntos separados de catgut crómico, practicando lo que se llama **miorrafia de los elevadores**.

**Duval y Prout** despegan el tabique recto vaginal, como en la técnica de Doleris, pero seccionando el musculito recto vaginal y prolongando el desdoblamiento hasta el fondo de saco de Douglas. Saturan los músculos elevadores en dos planos tomando con el más alto también la pared vaginal.

En los casos en que el músculo elevador está muy alterado, Halban y Tandler aconsejan hacer una mioplastia con el borde de los músculos gluteos mayores. Esta maniobra reporta una intervención grave que no ha dado resultados prácticos utilizables.

Goff (46) y Ward (116) practican la perineorrafia desdoblando el tabique recto vaginal y resecando un colgajo vaginoperineal, romboidal el primero y triangular a lo Hegar el segundo; hacen miorrafia de los elevadores y terminan haciendo una sutura intradérmica de la parte perineal de la herida y a puntos separados de la parte vaginal.

La colpoperineorrafia tiene como finalidad estrechar la vagina y el orificio vulvar y, sobre todo, reconstruir el suelo muscular pelviano. Sola o asociada a otros métodos, constituye la intervención más importante en el tratamiento del prolapso porque corrige la causa principal de éste: la alteración de las estructuras de apoyo. Nosotros la hacemos siempre como complemento de la histerectomía vaginal.

Para que la intervención dé buenos resultados hay que cuidar ciertos detalles de técnica: diseccionar convenientemente los distintos elementos de la región, hacer una sutura cuidadosa de los músculos elevadores, practicar una hemostasia estricta para evitar los hematomas, hacer sutura intradérmica de la herida perineal.

En esta intervención, como en todas las operaciones plásti-

cas, la infección de la herida origina el fracaso completo y por eso hay que evitarla tomando precauciones muy importantes en esta región fácilmente contaminable. Hay que evitar los hematomas, que con mucha facilidad supuran secundariamente.

Con los puntos perforantes de las técnicas clásicas, la infección penetraba fácilmente hacia la profundidad de la herida, siguiendo los hilos perineales: con la sutura intradérmica se evita este peligro.

Es indudable que por bien hecha que esté la plástica casi nunca nos dará un plano de apoyo de resistencia normal; los tejidos conjuntivo y muscular distendidos y alterados no tienen un grado suficiente de solidez; pero la reconstrucción del suelo pelviano llenará perfectamente su misión si evitamos la sobrecarga del mismo. Hay que corregir sobre todo la acción de ariete que tiene el útero en posición patológica, al ser impulsado por la presión abdominal, que fatalmente va a distender de nuevo el hiatus genitalis. Para esto hay que sacar la matriz del eje de la vagina corrigiendo la retroposición y sobre todo, cuando no hay contraindicación, practicar la histerectomía vaginal.

### **Triple operación. —**

Es una combinación de tres operaciones que ya hemos estudiado: ligamentopexia, colporrafia anterior y colpoperineorrafia. La ligamentopexia corrige la retroposición y achica el ángulo entre eje vaginal y eje uterino, la colporrafia trata el cistocele y la colpoperineorrafia reconstruye el suelo muscular pelviano.

Lo que ya hemos dicho al hablar en particular de cada uno de los elementos de esta intervención, nos hace innecesario ocuparnos de técnica de la misma.

Tiene la ventaja de corregir el prolapso sin alterar para nada la anatomía y fisiología de los órganos genitales y permitir la evolución normal de embarazos ulteriores. Por esto está indicada en las mujeres jóvenes, antes de la menopausia.

Si el suelo perineal está muy alterado no dá buenos resultados, pero pasa lo contrario si hay músculos válidos, como es de regla en las mujeres jóvenes, en las que está indicada esta técnica.

Aun en los casos favorables es frecuente que, si se producen embarazos después de la operación, el prolapso se reproduzca a consecuencia de éstos, parcial o totalmente.

Técnicamente la operación tiene el inconveniente de que debe hacerse por dos vías: vaginal y abdominal.

#### **Interposición. —**

En esta operación se emplea, para corregir la enfermedad, el útero, que se fija interpuesto entre la vejiga y la pared anterior de la vagina.

En principio es una intervención indicada como tratamiento del cistocele por el plano de sostén que la matriz constituye para la vejiga pero, al mismo tiempo, corrige el prolapso porque el útero queda fijado detrás de la pared vaginal y porque, estando su fondo en contacto con el pubis, se pone en anteposición extrema.

La operación recibe en Europa el nombre de Wertheim-Schauta y en Estados Unidos de Norte América, de Watkins.

En Enero de 1900 Wertheim practicó la fijación del útero, flexionado en marcada anteposición, por delante de la pared vaginal anterior, imitando la operación efectuada por Freund en 1899 para curar algunas fístulas vesico vaginales. Con esa técnica el cuerpo uterino quedaba desnudo dentro de la cavidad vaginal, sin ningún revestimiento mucoso. Cierta tiempo después, Schauta llevó a cabo la verdadera interposición colocando la matriz entre la vejiga y la vagina.

Según los autores Norte Americanos, Watkins, efectuó la primera verdadera interposición, con una técnica muy semejante a la empleada actualmente, en Diciembre de 1899, pero la publicó recién en Septiembre de 1900, mientras que Wertheim había publicado la suya en Febrero del mismo año.

#### **Técnica. —**

Se reseca un colgajo en la pared vaginal anterior, de forma ovalada y a gran eje longitudinal, se disecan y despegan los colgajos laterales de la vagina. Se desprende en la línea media la vejiga hasta llegar sobre el fondo de saco vesico uterino que se abre.

En este momento se toma el cuerpo uterino y se lo hace bascular hacia delante hasta que el fondo toca el pubis, al tiempo que se empuja el cuello hacia atrás. Se suturan los colgajos vaginales cubriendo la matriz, y teniendo cuidado de que los puntos separados de esta sutura muerdan ampliamente en el cuerpo del útero. Se deja una mecha de gasa que sale entre dos puntos de sutura y drena el espacio vesico uterino, para evitar la colección de un hematoma. La hemostasia debe ser muy cuidadosa porque los hematomas y su posible infección secundaria, pueden hacer fracasar la intervención. Algunos autores suturan la brecha peritoneal del fondo de saco vesico uterino a la cara posterior del útero, porque se ha observado algunas veces la penetración y estrangulación en ella de un asa intestinal.

Grant (51) inyecta previamente agua caliente en la vejiga, para provocar una contracción y alejarla de la zona peligrosa y, en cambio de reseca el colgajo longitudinal de pared vaginal anterior, hace dos incisiones transversales: una por debajo de la uretra, por la que se disecciona el plano vesico vaginal y otra en el fondo de saco anterior, por la que se abre el peritoneo y toma el útero colocándolo en el espacio vesico vaginal, fijando su fondo con los puntos que suturan la herida transversal suburetral. La conservación del puente vaginal impedirá las recidivas posibles en caso de fallar las suturas.

Unas veces el cuerpo uterino es demasiado pequeño para ocluir la parte anterior del hiatus genitales, otras es demasiado grande y no cabe bajo la arcada pubiana. En estos dos casos se considera contraindicada la operación, pero en la segunda eventualidad algunos autores, como Müller (82), practican una resección cuneiforme del fondo de la matriz para reducirla al tamaño necesario.

En la técnica de Schauta y de Watkins que hemos descrito se flecciona el útero al nivel del istmo, permaneciendo el cuello en el eje de la vagina, lo que ha sido considerado causa de recidivas, sobre todo cuando éste está hipertrofiado y alargado. Por este motivo muchos hacen una amputación amplia del cuello antes de interponer el útero.

Por otra parte el útero actúa como un tapón colocado sobre el hiatus genitales y por debajo de la vejiga, sin estar fijado en

su sitio más que por las suturas de la vagina, de poca importancia si se tiene en cuenta la fácil distensión de ésta. Para dar mayor fijeza a la matriz en su nueva posición, algunos autores suturan su fondo con material de reabsorción lenta, a los tejidos subpubianos; Abadie d'Oran sutura los ligamentos redondos a la parte anterior de los músculos elevadores y Müller pone puntos semejantes pero entre los cuernos uterinos y el músculo.

Veremos cuando estudiemos las indicaciones, que este tipo de operación debe hacerse solamente en las menopáusicas pero, en el caso de efectuarse en una mujer que todavía menstrue, hay que hacer siempre como tiempo complementario la ligadura o, mejor, la resección de las trompas.

Una modificación técnica importante es la de Kielland de Oslo (82), con la que se evita la angulación del istmo uterino y el cuello no queda más en el eje de la vagina haciéndose más difíciles las recidivas.

Dos pequeñas resecciones cuneiformes, anterior y posterior, permiten achicar el cuello y darle forma cónica; por la brecha de resección posterior se desprende la mucosa vaginal de la porción cervical del útero haciendo una decorticación muy cuidadosa.

La decorticación de la inserción vaginal, permite que el cuello bascule junto con el cuerpo y se coloque en la dirección del eje de éste, en cambio de quedar en la del de la vagina.

Buscando la misma finalidad, Wertheim había modificado su técnica agregando la sutura del cuello a los ligamentos uterosacros, pero obtuvo malos resultados.

Con el objeto de aumentar la fijeza del útero en su nueva posición, Cotte (22) (26) agrega a la operación un acortamiento y fijación de los ligamentos redondos con la técnica de Doleris.

Algunos autores Norte Americanos practican la interposición sin ninguna intervención asociada, y dicen que tienen buenos resultados; creemos que es más seguro agregar una colpoperineorrafia y así lo hacen la mayoría de los cirujanos que emplean este método. La reconstrucción del suelo pelviano es aquí, como siempre, una maniobra fundamental, porque repara la alteración del plano de apoyo que ha sido la causa de la enfermedad y estrecha el hiatus genitales que el cuerpo uterino debe tapar.

**Complicaciones. —**

Vimos al estudiar la patología de la enfermedad, que eran frecuentes las complicaciones urinarias y las volveremos a encontrar en el postoperatorio de la mayoría de las intervenciones que se emplean para tratar el prolapso, pero se las observa con gran frecuencia después de las operaciones de interposición (78). La cistitis en estos casos puede tomar caracteres de una verdadera complicación y ser seguida de pielonefritis.

El cuerpo uterino, en su nueva posición, levanta la parte media de la vejiga y a ambos lados quedan dos bajo fondos donde se estanca la orina residual, favoreciendo el desarrollo de infecciones que podrán seguir con facilidad una evolución ascendente si, a consecuencias del prolapso, hay una dilatación de las vías urinarias superiores.

En algunos casos, debido a la desviación de la vejiga por el cuerpo uterino, ha sobrevenido después de la operación una incontinencia de orina.

A veces el útero, cuando es muy grande, al cambiar de posición se estrangula en el parametrio y sufre trastornos circulatorios que pueden llegar a la gangrena parcial o total del órgano.

Los trastornos circulatorios que alteran la vitalidad de los tejidos, los espacios muertos entre útero y vejiga y entre útero y vagina, y los frecuentes hematomas, son factores que facilitan el desarrollo de supuraciones que pueden hacer fracasar la operación y a veces poner en peligro la vida de la enferma.

Los mismos trastornos de éxtasis circulatorio pueden ser causa de hemorragias postoperatorias que muchas veces se cohiben espontáneamente, otras dan lugar a hematomas, pero en algunos casos pueden revestir gran gravedad y obligar a practicar una histerectomía de urgencia.

Se han observado casos de desarrollo de cáncer en el útero interpuesto (77), lo que constituye una complicación muy grave por la dificultad del diagnóstico primero y del tratamiento después. La histerectomía secundaria o la aplicación de radium son en estos casos de ejecución muy difícil.

No creemos que la interposición favorezca el desarrollo del cáncer, pero sí que éste puede sobrevenir en un útero interpues-

tó, como en uno en posición normal, con el agravante en el primero de la dificultad diagnóstica y terapéutica.

Ya recordamos antes la rareza de los tumores malignos en el prolapso total, pero rara vez se hace un Schauta Wertheim para un descenso tan avanzado del útero y ya dijimos además, cómo, una vez reducido el órgano perdía su inmunidad para la degeneración neoplásica.

Hemos dicho, y lo repetiremos al estudiar las indicaciones, que la interposición no se debería efectuar más que en las enfermas menopáusicas, pero muchos cirujanos la emplean en mujeres en condiciones de procrear, con o sin esterilización concomitante.

No hay ningún método de esterilización tubárica que dé seguridad absoluta y se han publicado casos de embarazos en úteros interpuestos después de resección de las trompas.

Se conocen muchas observaciones de gravidez después de interposición uterina: algunas se encuentran transcritas en los trabajos de Mc. Glinn (77) y de Pérez (91).

Muchas veces la posición viciosa del útero origina la interrupción de la gestación y se produce el aborto. En otros casos el médico aconseja y practica la interrupción tropezando, entonces, con grandes dificultades técnicas para la evacuación y raspado de la matriz.

Hay varios casos en que el embarazo ha llegado a término y entonces ha sido necesario hacer una cesárea vaginal o, mejor, abdominal. Si en estas condiciones la enferma no es intervenida, se produce fatalmente la ruptura del útero que no puede evacuar-se espontáneamente.

#### **Indicaciones. —**

Especialmente en los prolapsos en que hay un gran cistocele. Cuando el útero conserva todavía, a lo menos parcialmente, sus medios de fijezas al nivel del cuello.

Siempre que la matriz sea lo suficientemente grande para ocluir el hiatus genitalis y lo suficientemente chica para poder ser colocada en su nueva posición, sin que sufra deformaciones ni trastornos circulatorios y sin que sea necesario recurrir a resecciones que agravan la operación.



En enfermas en las que no haya ninguna posibilidad de embrazos ulteriores.

Siempre que se trate de un útero sano sin ninguna lesión orgánica real o probable y cuando no haya procesos inflamatorios o adherencias anexas que impidan el cambio de posición del órgano.

Algunas estadísticas recientes dan los siguientes datos:

Brady (16), 56 operaciones de interposición efectuadas en prolapsos de cualquier grado, sin ninguna muerte. Resultados tardíos conocidos en 48 casos con 3 recidivas.

Richardson (77), 209 casos con 6 muertes y 4 recidivas.

Damm (33), 105 casos con 4 muertes y 5 recidivas.

Cotte (23) (26), 42 intervenciones practicadas sólo en prolapsos de segundo grado con fijez a relativa del cuello uterino, acompañadas siempre de colpoperineorrafia. Sin ninguna muerte. Se conoce la evolución alejada de todos los casos sin ninguna recidiva.

Baer y Reis (6), 91 casos acompañados siempre de colpoperineorrafia, con una muerte y 11 casos de supuración postoperatoria. Se conocen los resultados alejados en 64 enfermas con 5 recidivas.

Counseller y Stacy (27): estadística de la Mayo Clinic. La operación de Watkins-Wertheim ha sido hecha 71 veces, sin ninguna muerte postoperatoria. Se conoce la evolución alejada en 59 casos con 69.49 % de buenos resultados; 27.12 % mediocres (recidivas parciales) y 3.39 % malos (recidivas completas).

Meshberg (78), 128 interposiciones con perineorrafia complementaria en todas ellas, 71 cistitis postoperatorias, 1 muerte. En 92 casos se conoce la evolución alejada con 6 recidivas totales y 3 parciales.

Sedlis (103), 100 casos agregando en todos colpoperineorrafia complementaria, sin ninguna muerte. En 63 casos se conocen los resultados alejados con 3 recidivas.

En conjunto no se trata de una operación inocua, ya que da una mortalidad relativamente importante y buen número de graves complicaciones, aunque estas últimas se pueden evitar, en la mayoría de los casos, respetando las indicaciones.

También son frecuentes las recidivas, sobre todo cuando no se emplea la colpoperineorrafia complementaria.

Para obtener resultados favorables hay que practicar una perineorrafia asociada y no hacer la operación sino cuando el útero conserva sus conexiones cervicales, es decir en los prolapsos moderados.

No podemos efectuar la operación sino en las menopáusicas, porque la misma resección de las trompas puede fallar.

Menopáusicas con prolapso moderado. Los casos en que la intervención es practicable se reducen mucho, y en ellos obtenemos la curación a costa de la fijación uterina en una posición anti fisiológica, que puede traer grandes dificultades en el caso de tener que diagnosticar o tratar una degeneración cancerosa u otra enfermedad intercurrente.

Creemos que, en los pocos casos en que está indicada, la interposición llena bien sus finalidades y cura la enfermedad, pero veremos después, que con el tipo de histerectomía vaginal que nosotros practicamos, se obtienen resultados a lo menos iguales, haciendo correr mucho menos riesgo a las enfermas.

#### **Obliteración del fondo de saco de Douglas. —**

En los prolapsos puede encontrarse un fondo de saco recto uterino muy profundo, ya sea adquirido o congénito, y vimos antes que era uno de los factores predisponentes de la enfermedad.

Cuando existe esta malformación es conveniente obliterar el Douglas al tiempo que se trata el prolapso.

La obliteración del fondo de saco es una maniobra quirúrgica complementaria que puede hacerse por vía baja, cuando se hace una histerectomía vaginal, o por vía alta. Esta última tiene el defecto de requerir una intervención abdominal.

#### **Fijación abdominal de la vejiga al útero e histeropexia. —**

Esta operación es aconsejada por Marión (74) en la cura de los grandes cistocelos vaginales.

Por vía vaginal se desprende la vejiga del istmo uterino y de la vagina; después levantando la primera, se sutura el bajo fondo vesical a la parte cruenta del útero. En esta forma la vejiga queda levantada en relación a la matriz y fijada a ella; falta le-

vantar esta última, lo que se consigue mediante una fijación de su fondo a la pared abdominal. Por último se hace una colpoperineorrafia.

Esta técnica tiene todos los inconvenientes de la ventro fijación del útero y el de emplear dos vías: abdominal y vaginal, como la triple operación, pero aventaja a esta última por la mejor corrección del cistocele.

### **Operación de Bouilly. —**

Esta técnica consiste en la asociación de tres operaciones: colpectomía anterior amplia, amputación alta del cuello y colpoperineorrafia.

Bouilly propuso este método en 1896; olvidado durante mucho tiempo fué revivido por Lenormant y Petit-Dutaillis en 1914 y recientemente por Lenormant y Dreyfus (73).

La **colpectomía anterior** es una operación a la que llegó Bouilly después de muchos tanteos. Primero no tocaba la pared vaginal anterior, después practicaba una colporrafia y por último efectuó la resección casi completa de la misma, mientras Lenormant hace una extirpación más reducida. Mediante esta técnica se crea un plano de apoyo para la vejiga que viene a descansar sobre el útero desplazado hacia adelante y sobre los restos de pared vaginal retraídos por la cicatrización.

La **amputación del cuello uterino** quita una porción del órgano afecta generalmente de metritis y que cuando, como es muy frecuente, está hipertrofiada puede ser una causa de recidivas.

La amputación supravaginal origina además una atrofia de toda la matriz, con lo que se disminuye el peso y el volumen del ariete que amenaza distender secundariamente el hiatus genitales. Por otra parte, como lo dice el mismo Bouilly, el trauma quirúrgico periuterino origina la formación de una ganga cicatricial que tiende a fijar la porción de matriz que queda.

La **colpoperineorrafia** es, como siempre, un tiempo indispensable porque reconstruye el suelo perineal y además porque, por la retracción cicatricial, corrige, según Bouilly, el colpocele posterior.

**Técnica.** —

Se reseca un colgajo cuadrangular a expensas de la pared vaginal anterior comprendiendo todo el espesor de ésta. Esta resección debe ser muy amplia para que el muñón del cuello uterino quede bajo la sínfisis pubiana.

Se hace después la amputación supravaginal del cuello, practicando siempre la hemostasia de las arterias cérvico vaginales, con lo que se evita la producción de hemorragias secundarias que a veces pueden ser muy graves. Con una sutura cuidadosa se une la mucosa vaginal a la del cuello.

Por último se efectúa una colpoperineorrafia a lo Hegar, aunque indiferentemente se puede hacer una de las técnicas con miorrafia de los elevadores.

Iribarne y Contreras Ortiz (62) publican una técnica que denominan método de Bouilly modificado. No practican colpectomía anterior sino colporrafia, hacen una cistopexia a lo Halban y miorrafia de los elevadores, además de la amputación supravaginal del cuello. El agregado de la elevación y fijación de la vejiga, y la falta de resección de la pared vaginal anterior y con ella de la utilización del útero como plano de apoyo vesical, hacen que esta técnica haya perdido todo parecido con la operación inicial de Bouilly, asemejándose más bien a la operación de Halban que veremos después.

Pavlovsky (88) hace el Bouilly clásico pero agregando una reconstrucción de la fascia prevesical a lo Halban.

Las **complicaciones** que pueden observarse en la operación de Bouilly son: hemorragias que a veces pueden ser muy graves, e infecciones.

Hay hemorragias precoces durante la misma operación, que se deben a una mala hemostasia de las cérvico uterinas y que pueden obligar a practicar una histerectomía para dominar la situación, y hemorragias tardías que sobrevienen después del quinto día, siendo muy difíciles de dominar y poniendo frecuentemente en peligro la vida de la enferma.

Frecuentemente se producen hematomas que se infectan secundariamente y pueden dar lugar a accidentes sépticos graves.

**Amputación del cuello con colporrafia anterior y colpoperineorrafia. —**

Es una asociación de operaciones muy empleada. Muchos creen hacer con ella un Bouilly, siendo en realidad una cosa muy distinta porque falta la colpectomía anterior y con ella el plano de apoyo para la vejiga constituido por el útero.

Ya hemos visto la importancia que tienen en el tratamiento del prolapso la colporrafia anterior y, sobre todo, la colpoperineorrafia: aquí se agrega una amputación supravaginal del cuello para eliminar las lesiones de éste y para provocar la atrofia de la matriz.

En la escuela de Manchester, siguiendo los trabajos iniciales de Donald, se emplea siempre esta técnica y Shaw (104) publica 549 casos con buenos resultados en el 95.35 % (529 casos); no ha observado dificultades en los partos subsiguientes pero, después de ellos, se produce la recidiva de la enfermedad en el 25 % de los casos.

La técnica es: colporrafia anterior amplia despegando y rechazando hacia arriba la vejiga, amputación del cuello y colpoperineorrafia con resección del colgajo triangular, miorrafia de los elevadores y sutura intradérmica en el periné. Lo mismo que en todas las amputaciones del cuello, hay que hacer una sutura cuidadosa entre las mucosas vaginal y cervical para evitar las estenosis del orificio que, en las mujeres que todavía menstruan, puede ser el origen de crisis dolorosas y de hematometrias (107).

Las indicaciones de esta operación son las mismas de la colpoperineorrafia que, al reconstruir el plano muscular, cura el principal factor del prolapso, pero está expuesta a recidivas por la conservación del útero que tiende a distender secundariamente el hiatus genitalis.

Es un buen método empleándolo en las mujeres que todavía están en condiciones de procrear pero, contando con la posibilidad de una recidiva después del parto, que puede hacer necesaria otra operación.

Podemos tener en esta técnica las mismas complicaciones hemorrágicas y sépticas que en la operación de Bouilly.

Lenormant y Dreyfus (73) citan una muerte por septicemia y nosotros mismos hemos tenido un caso semejante en una enferma a la que hicimos, no un Bouilly típico, sino una amputación supravaginal con colporrafia anterior y colpoperineorrafia.

#### **Indicaciones. —**

Prolapsos moderados con cistocele en mujeres jóvenes en las que, teóricamente sería posible la fecundación y el parto. Lenormant y Dreyfus dicen que no pueden traer ningún hecho afirmativo a este respecto porque ninguna de sus 73 operadas ha quedado embarazada.

En realidad, con el orificio uterino fijado cerca de la sínfisis pubiana, la fecundación es poco probable y es posible que el parto resulte muy dificultoso.

Es una operación que, bien hecha, corrige el prolapso y el cistocele, es decir que cura la enfermedad. Pero la conservación de la matriz, que con ella se obtiene, no deja un órgano en condiciones fisiológicas normales y la fecundación como el parto son muy difíciles, con lo que esa conservación pierde su objeto.

Por otra parte los defensores del método especulan sobre la atrofia del útero producida por la amputación supravaginal, con lo que disminuye su volumen y su peso y con ello la amenaza que ejerce sobre la integridad del suelo pelviano.

Creemos que cuando se quiere conservar la procreación, hay que recurrir a otros métodos que no perturban en nada las condiciones anatómicas de una buena función genital, y que en las menopáusicas es preferible la histerectomía vaginal. Esta última permite corregir también muy bien el cistocele, si se fijan los ligamentos anchos y se hace el refuerzo de la pared vaginal. Quitando la matriz, evita su acción nociva sobre el suelo pelviano mejor que con la atrofia secundaria a la amputación del cuello, y hace posible una hemostasia rigurosa con lo que se aleja el peligro de los accidentes hemorrágicos y de muchas infecciones, resultando una operación de igual o de menor gravedad que la de Bouilly.

### Operación de Halban. —

Se trata de una intervención que cuenta muchos adeptos en este momento. Se funda sobre hechos que ya vimos al estudiar la etiología de la enfermedad y las condiciones anatómicas y fisiológicas: la importancia del plano de apoyo muscular; la fascia endopelviana y los tabiques recto vaginal y vesico vaginal, que para unos son dependencias de aquella y para otros representan la capa muscular de la vagina.

Los elementos de la enfermedad que la operación de Halban corrige son: Primero, los desgarros de las estructuras de apoyo musculares y conjuntivas o fascias. Segundo, la colocación de la matriz en el mismo eje de la vagina, por la retroversión uterina, y la amplitud del fondo de saco vésico uterino que de ella resulta. Tercero, el alargamiento del cuello del útero.

Para el primer elemento practica la reconstrucción del plano muscular de los elevadores y de la fascia de los tabiques vesico vaginal y recto vaginal.

Para el segundo una vesico-fijación alta del útero, suturando el fondo de éste a la vejiga con lo que se consigue colocar la matriz en anteflexión y abolir el fondo de saco vesico uterino.

Para el tercero la amputación del cuello del útero.

### Técnica. —

Cuando se trata de un prolapso pequeño en el que domina el cistocele, sólo se hace la reconstrucción del tabique vesico vaginal y la colpoperineorrafia.

Incisión vertical de la pared vaginal anterior desde un centímetro y medio por debajo del meato hasta el cuello, atravesando la vagina y el plano que para Halban es fascia vesico vaginal y para otros, como hemos visto, muscular de la vagina.

Diseción de dos colgajos a ambos lados, uno de mucosa vaginal y otro del llamado tabique de fascia. Los colgajos de fascia se desprenden, hacia abajo, del cuello uterino para evitar que éste sea atraído para arriba en el momento de las suturas.

Se aísla bien la vejiga del útero y de la fascia, rechazándola hacia arriba y se sutura la fascia con una jareta o con puntos invariables. Por encima se sutura la vagina.

Se termina haciendo una colpoperineorrafia, en el curso de la cual a veces se aísla y sutura el tabique recto vaginal.

Cuando hay un verdadero prolapso con descenso uterino, se empieza la operación en la misma forma hasta la disección de los colgajos de fascia y el aislamiento de la vejiga. En los casos en que hay un gran colpocele anterior, se reseca la parte exuberante de los colgajos vaginales. Se practica después una amputación alta del cuello, previa ligadura de las ramas descendentes de la arteria uterina.

Se continúa la operación abriendo el fondo de saco vesico uterino y exteriorizando el cuerpo del útero. Se hace descender lo más posible la cara posterior de la vejiga, y la parte más alta del peritoneo vesical que sea abordable se sutura al fondo del útero. Se va reduciendo la matriz colocando puntos escalonados que unen su cara anterior a la vejiga.

Se termina con la jareta invaginante en la fascia, la sutura de la vagina y la colpoperineorrafia.

#### **Indicaciones. —**

Según sus defensores, esta operación está indicada en todas las edades y en todos los tipos de prolapso porque ella corrige los factores etiológicos de la enfermedad.

Halban da en sus resultados un 87 % de curaciones.

Sostiene también que después de la intervención no queda dificultad ninguna para la menstruación, el embarazo y el parto.

Puede practicarse la operación con anestesia local, representando así un riesgo mínimo para la enferma.

Mestitz (79), asistente de Halban en el Krankenhaus Wieden, dice que la intervención, refiriéndose a la reconstrucción de la fascia, da los mismos buenos resultados en los casos en que el útero hubiera sido extirpado previamente o lo fuera durante la operación.

Creemos que se trata de una buena operación, sobre todo en los prolapsos moderados de las mujeres jóvenes en condiciones de procrear.

Algunos autores no son partidarios de la fijación del útero a

la vejiga, porque la consideran antifisiológica y peligrosa en el caso de gestaciones ulteriores. Iribarne (61) propone sustituirla por un acortamiento de los ligamentos redondos, pero con ello la operación de Halban pierde uno de sus elementos más característicos.

Una de las partes de la operación a la que Halban y los que siguen su técnica dan más importancia, es la que trata la pared vaginal anterior y la fascia prevesical.

Si seguimos a Goff (45) y a Bissell (12), en su concepto anatómico de que lo que se emplea como fascia en las técnicas de corrección del cistocele no es más que la capa muscular de la vagina, resultará que ese elemento de la operación de Halban, se reduce a una colpografía anterior perfeccionada. En toda forma y cualquiera que sea la interpretación anatómica, lo que se consigue es crear en la pared vaginal anterior un plano de apoyo para la vejiga.

Cuando, en el caso de prolapsos reducidos, se practica solo el tratamiento de la fascia prevesical y la colpoperineorrafia, la operación se parece mucho a la colpografía anterior con colpoperineorrafia que estudiáramos antes, y tiene indicaciones y resultados semejantes.

Cuando se agrega la amputación del cuello, la semejanza es grande con la operación practicada por la escuela de Manchester (104) y muchos otros, que también vimos ya.

La intervención adquiere características propias cuando se agrega la vesico fijación del útero, pero ya hemos dicho que esta maniobra es reprobada por algunos y substituída por un acortamiento de los ligamentos redondos. En estas condiciones nos encontramos con los mismos caracteres, indicaciones y resultados que en la triple operación a la francesa.

En resumen la operación es buena porque da una gran importancia a la reconstrucción del plano de apoyo, cuya alteración es la causa fundamental del prolapso.

Si, como dice Rojas (97), los reparos que se hacen a la vesico fijación en relación al embarazo no tienen fundamento, está perfectamente indicada en las mujeres jóvenes en edad de procrear.

El único defecto lo constituye la conservación del útero que puede poner en peligro los resultados alejados y por ello no la

creemos indicada en las menopáusicas, en las que no hay interés en conservar la matriz.

### **Acortamiento de los ligamentos anchos y elevación y reconstrucción de la fascia útero-púbica. —**

Técnica descripta por Grosen de St. Louis (29) en la que, además de reforzar la fascia, se acortan los ligamentos anchos mediante puntos que los pliegan y fijan por delante del istmo uterino. Se termina la operación con una colpoperineorrafia.

En realidad se trata también aquí de un procedimiento operatorio asimilable a la asociación de la colporrafia anterior con la colpoperineorrafia.

### **Tabicamiento y colpectomía. —**

En estas operaciones se sigue un principio completamente distinto del de todas las que hemos visto hasta ahora. Mediante un adosamiento quirúrgico de sus caras, se consigue una abolición parcial o total de la luz de la vagina, cuyas paredes ya no pueden exteriorizarse y constituyen además una columna que sostiene, por encima, el útero en su sitio.

Las técnicas empleadas son adaptaciones y modificaciones de la propuesta por Le Fort en el año 1877, y en los países latinos se conoce la operación con el nombre de ese autor. En Alemania en el año 1881, Neugebauer ha reclamado la prioridad del método que él habría ideado en el año 1867, y por eso en los países germánicos y sajones se habla de operación de Neugebauer-Le Fort.

Le Fort pensaba que el prolapso del útero era originado por la caída de la vagina que descendía desplegándose. Se le ocurrió que, uniendo las paredes vaginales anterior y posterior entre sí en un punto, se podría evitar que se desplegaran y con ello que descendieran y se produjera el prolapso. Hacía un pequeño avivamiento en porciones simétricas de las caras anterior y posterior de la vagina y las suturaba entre sí. Esta sutura dejaba a ambos lados cavidades vaginales que permitían las relaciones sexuales y hasta la feundación.

Esta operación se aplicaba a mujeres jóvenes y, frente a la necesidad de conservar las funciones genitales, se reducía a la

creación de una estrecha brida mediana que daba muy malos resultados siendo seguida casi siempre de recidivas, por lo cual cayó en el olvido.

En los últimos años ha sido revivida pero transformada: haciendo un amplio adosamiento de las paredes vaginales, se la convierte en una colpectomía subtotal que sólo deja dos pequeños conductos laterales para la salida de las secreciones. Mediante esta modificación la operación da muy buenos resultados en el tratamiento del prolapso pero, como origina la abolición de la luz vaginal, sólo puede aplicarse a las mujeres que hayan renunciado a la vida genital.

Muller propuso en 1896 una operación que ha sido después revivida en Francia por Savariaud y por Dujarier y Larget (36) (54). Es la ampliación máxima de la técnica de Le Fort: consiste en una colpectomía total, avivamiento de la totalidad de las paredes de la vagina y abolición completa de la luz de ésta.

#### **Técnica. —**

**Tabicamiento a lo Le Fort, clásico.** — Se hacía en la parte más baja de la vagina, cerca de la vulva, un avivamiento mediano de las paredes vaginales anterior y posterior. El avivamiento tenía 4 a 5 centímetros de largo y 1 a 2 de ancho; se cuidaba de que fuera poco profundo por temor de abrir el fondo de saco peritoneal, lo que en aquella época despertaba el fantasma de la peritonitis, y se terminaba suturando las superficies cruentas entre sí con puntos separados que Le Fort hacía con hilos de plata.

Recientemente Kovacs (68) ha propuesto una modificación de la técnica de Negebauer-Le Fort, en la que se hace un tabicamiento en forma de L invertida que deja a un lado una vagina normal, sólo un poco más corta, que permite la conservación de la vida genital.

**Tabicamiento a lo Le Fort ampliado o colpectomía subtotal.** — Se resecan dos colgajos cuadrangulares de mucosa de las paredes anterior y posterior de la vagina, que se extienden desde tres centímetros por debajo del cuello hasta el orificio vulvar. El ancho de estos colgajos debe ser tal, que una vez adosa-

das las superficies cruentas, queden a ambos lados dos pequeños conductos tapizados por mucosa vaginal. Se suturan las superficies entre sí, mediante hileras escalonadas de puntos separados de catgut, que las adosan bien e impiden la colección de hematomas.

A veces se empieza la operación con una amputación del cuello y algunos agregan al terminar una perineorrafia.

**Colpectomía total.** — Resección de toda la pared vaginal, que primero se ha dividido en dos mitades, desde el cuello hasta un través de dedo de la vulva, del meato y de la horquilla. Se hace la amputación del cuello y se sutura la superficie de sección de éste, mediante puntos separados de catgut, uno de los cuales fija en el medio un manajo de crin de drenaje. Se va reduciendo el útero y adosando las superficies cruentas anterior y posterior con puntos separados de catgut, para terminar suturando a nivel de la vulva los restos de mucosa vaginal. Por entre esta sutura sale el manajo de crin que se había fijado en el cuello, que drenará la sangre evitando los hematomas y dejará, una vez quitado, un pequeño trayecto que podrá servir para dar salida a eventuales secreciones uterinas.

#### **Resultados.** —

Eran malos muchas veces con la operación de Le Fort tipo, insuficiente porque se la practicaba poco extensa para conservar la vida genital: había mujeres que llevaban, después de operadas, su embarazo a término y tenían un parto normal, una vez que se les seccionaba de un golpe de tijera la brida del tabicamiento.

Con la operación como se la hace ahora, convertida en una colpectomía subtotal o total, los resultados son muy buenos.

La columna constituida por el adosamiento de las paredes vaginales mantiene muy bien reducido el prolapso. En general las operadas observan la desaparición completa de todas sus molestias funcionales y sólo persisten, a veces, algunos trastornos vesicales.

Por otra parte se trata de una operación muy benigna, que puede hacerse cómodamente con anestesia local y que, prácticamente, no tiene mortalidad.

**Indicaciones. —**

Ya que la operación, para ser bien hecha, tiene que abolir la luz vaginal, no debe aplicarse sino a las mujeres que no tengan vida genital. Este es un límite muy difícil de determinar pero, como regla, no debe hacerse el tabicamiento, aun con el consentimiento de la enferma, en mujeres que no hayan pasado los sesenta años de edad.

Algunos operadores, seducidos por la facilidad y la benignidad de la operación, la practican también en enfermas más jóvenes, poco tiempo después de la menopausia. Este es un error grave, porque se condena a una invalidez a mujeres en las que se podría efectuar otro tipo de operación que respete la luz vaginal, al tiempo que aleje los peligros de la conservación del útero en una edad propicia a la degeneración cancerosa.

La variedad de prolapso más favorable para el tabicamiento es aquella en que hay descenso completo del útero. La intervención no debe practicarse en los casos en que, adherencias pélvicas o procesos anexiales, impiden la exteriorización completa de la matriz durante el acto operatorio.

La operación de Le Fort ampliada, es la única utilizable cuando hay atrofia o destrucción completa de los músculos del suelo perineal, siendo imposible hacer una reconstrucción útil de éste.

Algunos autores agregan al tabicamiento una perineorrafia. Creemos que esta maniobra, indispensable en todos los otros métodos de tratamiento del prolapso, es inútil en este. La columna vaginal por sí sola basta para contener el útero reducido y, si se siguen bien las indicaciones, la operación se efectúa en enfermas debilitadas en las que hay interés en reducir al mínimum las maniobras operatorias, y en casos en que la atrofia de los músculos perineales impide hacer una reconstrucción aprovechable.

En resumen: operación indicada en enfermas muy viejas, con prolapso total, cuando hay atrofia o destrucción completa de los músculos perineales.

Siguiendo estrictamente estas indicaciones, el tabicamiento es una intervención que da muy buenos resultados.

El factor edad es muy importante. Ya dimos un límite mínimo de 60 años para poder abolir la luz vaginal, pero, en cada caso, aun habiendo franqueado este límite, hay que estudiar las condiciones particulares de la enferma que, muchas veces, contraindicarán la operación (71).

La intervención encierra la matriz por encima del tabicamiento vaginal haciendo imposible todo examen directo del órgano. Si, sobre todo en los casos en que no se ha amputado el cuello, se produce una degeneración neoplásica, fatalmente el diagnóstico se hará tarde y el tratamiento será difícil.

Contra este peligro de la degeneración maligna secundaria, se ha hecho valer la rareza del cáncer de útero en las portadoras de prolapsos totales. Ya dijimos antes, que esa especie de inmunidad parecía deberse a las modificaciones de la mucosa por la exteriorización, y que ella cesaba una vez reducido y contenido el útero.

Más importante nos parece el argumento de la rareza del cáncer uterino después de los 60 años. Si respetamos el factor edad en la indicación operatoria, alejaremos el peligro de esa complicación y podremos practicar sin temor, el tabicamiento. En cambio, entre los 40 y 50 años, inmediatamente después de la menopausia, será preferible hacer la histerectomía vaginal.

Se podrá plantear el caso de una mujer muy vieja sin músculos perineales aprovechables, en la que el útero sea sospechoso o tenga lesiones que impidan encerrarlo por encima de la columna vaginal. Entonces se puede hacer una histerectomía vaginal pero, como sería imposible reconstruir el suelo pelviano, se terminará la operación con un tabicamiento de las paredes de la vagina.

### III

#### COMPARACION DE LOS DISTINTOS METODOS DE TRATAMIENTO

Cada escuela defiende determinada operación y dice que es la mejor, con lo cual no se falsea del todo la verdad; porque generalmente la técnica que da mejor resultado es la que uno practica corrientemente, dominándola y amoldándola al caso.

Si recorremos las distintas estadísticas, encontramos en casi todas ellas un porcentaje de éxitos que oscila alrededor del 85 %.

Los resultados son muy semejantes, porque la mayoría de las operaciones que hemos pasado en revista son buenas en lo que a tratamiento del prolapso se refiere; pero no basta obtener una buena corrección inmediata de la enfermedad, hay que buscar que ella sea duradera y que se obtenga conservando a la mujer el mayor grado de normalidad funcional y morfológica, al tiempo que la exponga lo menos posible a riesgos operatorios y a complicaciones inmediatas o tardías. Para poder acercarse a la obtención de estas condiciones, hay que descartar ciertas técnicas y hay que aplicar las otras, respetando rigurosamente las indicaciones.

Buscaremos clasificar esquemáticamente las distintas operaciones de acuerdo a las condiciones fundamentales que deben respetar.

Primero **en relación a la edad**: en las mujeres jóvenes hay que conservar la vida genital y la capacidad de procrear; en las que están cerca de la menopausia o la han sobrepasado basta conservar la posibilidad de las relaciones sexuales, y en las viejas que han renunciado completamente a la vida genital se pueden emplear métodos que requieren la abolición de la luz vaginal.

1. — **Técnicas que conservan la vida genital completa y permiten el embarazo y el parto.**

La reconstrucción del suelo pelviano muscular y conjuntivo con o sin amputación del cuello uterino, con o sin corrección de la retroposición de la matriz:

Colporrafia anterior y colpoperineorrafia.

Colporrafia anterior, colpoperineorrafia y amputación del cuello.

Triple operación a la francesa (ligamentopexia, colporrafia anterior y colpoperineorrafia).

Operación de Halban (Colporrafia anterior perfeccionada, colpoperineorrafia, amputación del cuello y vesico fijación del útero).

2. — **Técnicas que conservan la vida genital completa pero que pueden originar dificultades para el embarazo y el parto.**

Ventro fijación del útero y de la vagina (se aconseja la esterilización por temor a los trastornos del embarazo, si se la emplea en mujeres jóvenes).

Operación de Bouilly (colpectomía anterior, amputación del cuello y colpoperineorrafia). La colpectomía anterior fija el cuello por debajo del pubis, con lo que se dificulta la fecundación y la evolución del embarazo.

3. — **Técnicas que conservan las relaciones sexuales, pero que hacen imposible o peligrosa la evolución del embarazo y el parto.**

Interposición y sus modificaciones (Kielland). No debe practicarse nunca sino en menopáusicas o haciendo la esterilización concomitante.

4. — **Técnicas que originan la abolición, no sólo de la posibilidad de embarazo, sino de relaciones sexuales.**

Tabicamiento y colpectomía total.

Otro punto importante es la **condición en que queda la matriz** después de estas operaciones que no la extirpan:

1. — **Técnicas en que el útero queda en condiciones semejantes a las normales.**

Colporrafia y colpoperineorrafia.

Ligamentopexia y triple operación.

2. — **Técnicas en que el útero queda en condiciones semejantes a las normales, pero se practica una amputación alta del cuello que origina la atrofia secundaria de la matriz.**

Operación de la escuela de Manchester (colporrafia anterior, colpoperineorrafia y amputación del cuello).

Operación de Halban.

3. — **Técnicas en que el útero queda en posición o en condiciones anormales, con o sin amputación supravaginal que origine su atrofia.**

Operación de Bouilly (muñón del cuello uterino fijado bajo el pubis).

Interposición y modificaciones (útero invertido fijado entre vagina y vejiga).

Tabicamiento y colpectomía (útero encerrado por encima de la columna vaginal).

Algunas de las técnicas abordan especialmente el **tratamiento del cistocele** y para ello, aparte de la colporrafia anterior simple o perfeccionada mediante la reconstrucción del plano de fascia vesico vaginal a lo Halban, se ha intentado emplear el útero como medio de sostén:

1. — **Colocándolo en sentido normal (cuello para abajo) fijo por debajo de la vejiga.**

Operación de Bouilly, en la que esto se obtiene por la retracción cicatricial de la colpectomía anterior.

2. — **Colocándolo invertido (cuello para arriba) entre vejiga y vagina.**

Interposición.

3. — **Colocándolo por encima de la vejiga (anteposición) pero suturando ésta a la matriz para que la sostenga, con o sin reconstrucción de la fascia vesico vaginal.**

Operación de Halban.

Fijación abdominal de la vejiga al útero e hysteropexia (Marion).

Es interesante también tener en cuenta los casos en que puede emplearse cada operación de acuerdo a la anatomía patológica de la enfermedad: hay intervenciones que para dar resultados, requieren la conservación a lo menos parcial de la **fijeza del útero**.

1. — **Técnicas que requieren un útero que haya conservado cierta fijeza; es decir que no se trate de un prolapso completo.**

Interposición.

Operación de Bouilly.

La operación de Halban y la colporrafia con colpoperineorrafia, pueden hacerse también con úteros que han perdido todas sus conexiones, pero con grandes riesgos de recidivas por la poca fijeza del ariete uterino.

2. — **Técnicas que pueden emplearse con úteros que han perdido toda fijeza; prolapsos completos.**

Tabicamiento y colpectomía.

Estas operaciones sólo se hacen bien cuando la matriz puede exteriorizarse completamente.

Por último podemos considerar el **grado de gravedad de la operación**. Este es un factor que ha disminuído de importancia hoy, con la buena preparación y cuidado de los enfermos, con la observación de una técnica rigurosa.

**Las operaciones que emplean a la vez la vía alta y la baja** son más graves, por el mayor shock, el tipo de anestesia y los peligros que corre la asepsia con el cambio de campo operatorio.

**Las operaciones que se hacen por vía vaginal** son mucho más benignas, si exceptuamos la interposición que puede ser origen de complicaciones serias. En la vía baja se puede seguir una técnica meticulosa, bien reglada, y todas las intervenciones pueden hacerse con anestesia local.

**Los casos de prolapsos** que pueden necesitar tratamiento quirúrgico son diversos:

1. — Mujer joven en la que hay interés en conservar la vida genital y las posibilidades de procreación. Se trata generalmente de prolapsos moderados, nunca completos, y hay una buena musculatura perineal aprovechable para la reconstrucción plástica. Buen estado general.

2. — Mujeres cerca de la menopausia o que ya la han franqueado, pero que no pasan de los 60 años de edad. Podemos agregar a éste grupo las enfermas de más edad que, por razones especiales, no quieren renunciar a la vida genital. No hay interés en conservar las condiciones uterinas favorables al embarazo, pero sí la posibilidad de relaciones sexuales. Generalmente los músculos del suelo pelviano están debilitados, pero pueden utilizarse para hacer una reconstrucción regular. El estado general es, la mayoría de las veces, lo suficientemente bueno para soportar una intervención de relativa importancia.

En algunos casos se trata de prolapsos moderados, sin exteriorización completa del útero.

3. — Otras veces, en las mismas condiciones que en el caso anterior, se trata de prolapsos completos en los que la matriz ha perdido todos los medios de fijeza.

4. — Mujeres que han pasado los 60 años, en las que no hay inconvenientes para cerrar la luz vaginal. Se trata generalmente de prolapsos muy avanzados, completos, y la musculatura perineal atrofiada no puede aprovecharse para reconstruir el plano de apoyo. Muy frecuentemente en estas enfermas el estado general es malo y no soportarían una operación de importancia.

Veamos ahora, de acuerdo a las clasificaciones que hicieramos antes de los distintos métodos operatorios, cual es la operación mejor para cada uno de estos casos.

#### Para el caso N° 1. —

En relación a la **edad** y a la necesidad de conservar la capacidad genital y de procreación, hay que elegir intervenciones del grupo número 1 de esa clasificación: colporrafia y colpoperineorrafia, triple operación, operación de Halban.

De acuerdo a las **condiciones en que queda el útero** hay que elegir las operaciones que lo dejen más cerca de la normalidad.

Cuando hay un **cistocele** hay que corregirlo, y la mejor intervención llenando todas las condiciones es entonces la de Halban.

Generalmente el **útero ha conservado relativa fijeza** y por eso pueden ser empleadas las técnicas que requieren esa condición.

Son enfermas en buenas condiciones que pueden **soportar cualquiera de las operaciones**, pero en los casos especiales en que hubiera que elegir una técnica poco chocante se preferirán las que utilizan la vía vaginal sola.

En resumen, para este tipo de enfermas se puede emplear indiferentemente: la colporrafia y colpoperineorrafia con o sin amputación del cuello, la operación de Halban o la triple operación; siendo quizás la mejor la **técnica de Halban**.

Es mejor operar estas enfermas lo más pronto posible, no sólo para aliviarlas de sus molestias, sino para evitar que la enfermedad siga avanzando y pueda hacer necesario emplear un tratamiento menos conservador.

#### Para el caso N° 2. —

De acuerdo a la **edad**, son enfermas menopáusicas o en las que no hay inconvenientes en practicar la esterilización. Se pueden

emplear operaciones de los grupos números 2 y 3 de esta clasificación: ventrofixación, operación de Bouilly, interposición y modificaciones.

Teniendo en cuenta **las condiciones en que queda el útero**, hay que elegir la operación que permita vigilar el órgano y diagnosticar precozmente el desarrollo en él, de enfermedades como el cáncer: esto significa descartar la interposición.

El **cistocele** es muy frecuente: la operación de Bouilly, la interposición y la operación de Halban, lo tienen muy en cuenta.

**El útero ha conservado relativa fijeza** lo que facilita la aplicación de los métodos operatorios que acabamos de mencionar.

Los músculos perineales permiten hacer una reconstrucción pero, como están debilitados por la menopausia, el nuevo plano de apoyo tiene pocas probabilidades de aguantar la impulsión del útero conservado en estas operaciones.

En resumen, para estas enfermas las mejores técnicas, dentro de las que conservan la matriz, son **la de Halban y la de Bouilly**. Pero estas operaciones dan frecuentemente recidivas, debido a la acción del cuerpo uterino, que tiende a insinuarse en el hiatus genitalis y vence los músculos perineales debilitados por la menopausia. Hay que recordar también que se trata de enfermas en una edad en que es frecuente el desarrollo de tumores malignos, y en las que no hay ningún interés en conservar la matriz, porque las posibilidades de embarazo han cesado.

### Para el caso N° 3. —

Las condiciones son semejantes a las del caso N° 2, pero el prolapso es total, **el útero no ha conservado ninguna fijeza**.

Cuando la matriz ha perdido toda relación con sus medios de sostén y de anclaje, la operación de Halban, de Bouilly y la interposición, dan muy malos resultados.

Las únicas operaciones, entre las que conservan la matriz, que curan bien estos prolapsos completos, son el tabicamiento y la colpectomía, pero ellas son inaplicables aquí por la necesidad de mantener una capacidad genital relativa y por el peligro de encerrar el útero en una edad en que es frecuente la degeneración neoplásica.

**Para el caso N°. 4. —**

El mejor tratamiento es el **tabicamiento o la colpectomía** y frecuentemente el único aplicable, porque se trata de un prolapso total, porque no hay músculos perineales aprovechables, y porque el estado general de la enferma no permite efectuar grandes operaciones.

Vemos que la elección de operación es fácil para los casos N°. 1 y N°. 4, pero no para los N°. 2 y 3. En estas enfermas alrededor de la menopausia y antes de los 60 años, en las que hay que conservar la luz vaginal, en las que el suelo perineal tiene una resistencia escasa insuficiente para sostener la matriz, en las que es frecuente el cistocele marcado, en las que muchas veces el útero ha perdido toda su fijeza y que están en la edad del cáncer; ninguno de los métodos de tratamiento que hemos estudiado da resultados ampliamente satisfactorios. La operación que, en cambio, llena todas las indicaciones y permite la curación correcta de estos casos, es la **Histerectomía vaginal**, si se la practica llenando las condiciones técnicas que veremos más adelante.

**FUNDAMENTOS E INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL**

Masson (75) dice: "En los prolapso del tercer grado, en los que el cuello sale por la vulva, la operación más satisfactoria es la creada por C. H. Mayo que consiste en una histerectomía vaginal con aposición lateral de los ligamentos anchos incluyendo los ligamentos redondos y úterosacros, y fijando esos ligamentos en la brecha de la fascia úteropúbica en la misma manera en que se coloca el útero en la operación de Watkins-Wertheim".

Esta afirmación se encuentra con gran frecuencia en boca de los autores norteamericanos, que tienen una gran experiencia de la extirpación del útero con fijación de los ligamentos anchos, en el tratamiento del prolapso genital.

La histerectomía vaginal como tratamiento del prolapso, habría sido propuesta en 1757 por Oakley de Birmingham y efectua-

da por primera vez por Chopin en 1867. Georges Edebohls pretende ser el primero que practicó la histerectomía, junto con colporrafia anterior y colpoperineorrafia, como tratamiento de un prolapso, en el año 1893.

Ya dijimos al empezar este trabajo que, efectuada sola, la histerectomía no curaba el prolapso, y en la operación que nosotros empleamos si bien ella es la característica y un elemento muy importante, no es el único factor de curación de la enfermedad.

Sacamos el útero porque él podría ser posteriormente causa de recidiva del prolapso, porque no hay ningún interés en conservarlo en mujeres menopáusicas, porque sólo después de quitarlo podemos fijar útilmente los ligamentos anchos por delante de la vejiga. Sacamos el útero, pero agregamos la fijación de los ligamentos anchos y el refuerzo de la pared anterior de la vagina que sostienen la vejiga, y efectuamos siempre una colpoperineorrafia, que es el elemento terapéutico más importante porque reconstruye el plano de apoyo.

Después de la menopausia los músculos perineales pierden su resistencia y son incapaces de aguantar, aun después de una reconstrucción cuidadosa, el peso de la matriz que se insinúa en el hiatus genitális, por esto los métodos conservadores son seguidos de recidivas en esta edad de la vida. Podríamos recurrir a la interposición, pero es una operación que dá muchas complicaciones y que fija el útero en posición anormal, alejándolo de las posibilidades de diagnóstico y terapéutica en caso de enfermedad intercurrente. No podemos aplicar el tabicamiento, porque se trata de mujeres que no han renunciado a la vida genital. La histerectomía vaginal, con la técnica que describiremos más adelante, permite curar estas enfermas sin temor de recidivas y aleja el peligro de enfermedades que se desarrollan en la matriz.

Para obtener buenos resultados, sólo hay que practicar la histerectomía en las portadoras de prolapsos completos o muy marcados. En los prolapsos pequeños y moderados los ligamentos anchos no están suficientemente alargados, y no pueden juntarse para fijarlos por delante de la vejiga, con lo cual pelagra la curación del cistocele. Por otra parte los prolapsos moderados pueden tratarse bien con métodos conservadores del tipo de la operación de Halban.

El cistocele, mediante la fijación de los ligamentos anchos y el refuerzo de la pared vaginal anterior, se cura mejor que con los métodos que, como la interposición y la operación de Bouilly, emplean el útero fijado en posición anormal, como plano de apoyo para la vejiga.

Cuando hacemos el tratamiento dejando la matriz, si ésta no queda en franca anteposición, vuelve a insinuarse en el hiatus genitális y lo dilata. Si en cambio hemos hecho la histerectomía, la presión abdominal tiende a adosar las dos caras de la vagina entre sí y ambas sobre el plano muscular del suelo pelviano, en su parte más fuerte.

Se destruye, entonces, el prejuicio según el cual la conservación del útero sería un punto fundamental para poder hacer una buena corrección de un prolapso genital.

En resumen la histerectomía debe practicarse:

1. Después de la menopausia y mientras no se haya terminado la vida genital.
2. En los prolapsos muy pronunciados o totales.
3. Siempre que haya músculos perineales utilizables para una perineorrafia regular.
4. Extirpando el útero.
5. Fijando los ligamentos anchos por debajo de la vejiga y reforzando la pared vaginal anterior.
6. Haciendo una buena colpoperineorrafia.

Un punto sobre el que se ha hablado mucho es el de la **extirpación del útero** y, con él, el del pretendido aumento de la gravedad de la operación.

La histerectomía aleja el fantasma del cáncer uterino y ya hemos dicho varias veces cómo, una vez curado el prolapso, cesaba el antagonismo entre las dos enfermedades.

En los casos en que se practique la operación antes de la menopausia, la histerectomía es el único método infalible de esterilización. Recordemos los casos de embarazo sobrevenidos en úteros interpuestos, después de ligaduras de las trompas.

La histerectomía permite dominar bien los pedículos vasculares y hacer una hemostasia rigurosa, alejando el peligro de las hemorragias primitivas y secundarias y de los hematomas.

La extirpación del útero no trae ningún inconveniente desde el punto de vista general ni endócrino en las menopáusicas. Por el contrario, siendo frecuentes las lesiones crónicas del tipo de las metritis, ella alivia de sus molestias a muchas pacientes.

Un argumento muy repetido es el de que la histerectomía hace más grave el tratamiento del prolapso. Eso no es cierto hoy: la histerectomía vaginal efectuada con cuidados de técnica y con anestesia local, es una operación prácticamente sin mortalidad, que permite, como hemos dicho, hacer bien la hemostasia con lo que se evitan las complicaciones hemorrágicas e infecciosas, frecuentes en la amputación supravaginal y en la interposición.

Gellhorn (44), con una gran experiencia, dice que los efectos sobre la paciente, de una histerectomía vaginal hecha con anestesia local, son poco mayores que los de un raspaje banal y sostiene que, dada la benignidad de la operación, hoy sería perfectamente aplicable la afirmación de Duehrssen de hace treinta y tantos años según la cual: la mejor profilaxis del cáncer uterino consistiría en extirpar la matriz a toda mujer que haya cumplido los 45 años de edad.

Daremos las conclusiones de algunas estadísticas, de las muchas que documentan las grandes ventajas de la histerectomía vaginal como tratamiento del prolapso, en los casos en que está indicada.

Counseller y Stacy (27) dan la estadística de la Mayo Clinic en la cual la histerectomía a lo Mayo es la operación de elección cuando el prolapso es del grado 3, ó 4.

Sobre 980 enfermas operadas por prolapso genital se practicó la histerectomía vaginal a lo Mayo en 696 de las que se conoce el resultado alejado en 576 (82.75 %). La mortalidad operatoria sobre las 696 operadas ha sido de 14 (2.01 %) y en los 576 casos que se han vuelto a ver se ha encontrado buenos resultados en el 97.22 %.

Estos autores terminan diciendo: "Cuando el prolapso es de grado marcado, se asocia a un gran cistocele, y la mujer ha pasado la menopausia, la histerectomía vaginal a lo Mayo es la operación de elección. Ha sido empleada en el 81 por ciento de las

pacientes que habían pasado la menopausia, con resultados satisfactorios en el 97.22 por ciento”.

Fullerton y Faulkner (42) publican 1851 histerectomías de las cuales 164 han sido hechas por vía vaginal y de ellas 149 en casos de prolapsos y dicen en sus conclusiones: “Los excelentes resultados inmediatos y alejados de la histerectomía vaginal, usada en los prolapsos marcados de las mujeres de edad, son muy satisfactorios e indudablemente la designan como el procedimiento operatorio preferible en estos casos”.

Raymond Watkins (117) cita la estadística de Bullard de 50 casos con 47 éxitos completos y 3 parciales, y dice: “En mi experiencia la histerectomía vaginal de Mayo por prolapso completo de útero en mujeres de edad madura, es el más satisfactorio de los métodos quirúrgicos. No es difícil para hacer, y da menos shock y una convalecencia más fácil que cualquier otro tipo de corrección”.

Gellhorn (44) publica 91 histerectomías vaginales practicadas con anestesia local, casi todas ellas por prolapso; con tres muertes, una en un caso de prolapso y dos en cánceres.

Goff (47) empleando la técnica de Bissell de histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso, tiene un solo fracaso sobre 86 casos; es decir un porcentaje de éxitos del 98.9 %.

(Continuará)

---