



*Tratamiento del prolapso genital Criterio y experiencia regional**

Contribución de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

El prolapso genital, entidad ginecológica frecuente, de etiopatogenia bien definida y sobre la cual existe un acuerdo casi unánime, sigue provocando discusiones y discrepancias, sobre los métodos quirúrgicos más adecuados para tratar todas sus modalidades y así vemos que en cada centro quirúrgico tienen predilección por determinadas técnicas.

Son tan variados los casos que se presentan en los prolapsos genitales y tan diversas las consideraciones de orden social y moral que deben tomarse en cuenta para su tratamiento, que al plantear la técnica quirúrgica a seguir, debemos de hacerlo de acuerdo con cada caso particular, ya que no es posible aplicar una misma técnica para todos los casos.

Ante esta diversidad de criterios, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey ha querido presentar, por conducto de este trabajo, nuestra modesta experiencia al respecto, tratando de interpretar el sentir de la mayoría de nuestros compañeros ginecólogos, pues debemos confesar que en algunos puntos existe desacuerdo.

Prescindimos de consideraciones etiopatogénicas por tener que sujetarnos a los diez minutos que marca el reglamento.

El tratamiento del prolapso genital es incruento y quirúrgico.

El tratamiento incruento se emplea en las ancianas con lesión cardíaca descompensada, nefroesclerosis, o en aquellas que no aceptan la intervención, consiste en el uso de los pesarios, de los que hay distintos modelos y en cuya fabricación se emplean los más variados materiales, ebonita, caucho, plástico, etc.

En nuestro medio prácticamente no se emplean los pesarios, lo que es debido a que tanto en el Hospital como en la Clínica privada, han sido muy pocos los médicos ginecólogos que se hayan familiarizado con ellos.

El tratamiento quirúrgico es el de elección y al que se recurre sistemáticamente para la corrección de todos los tipos de prolapsos genitales y podemos dividirlo en la forma siguiente:

- a) Tratamiento en la edad reproductiva.
- b) Tratamiento en la menopausia.

En las mujeres jóvenes en plena vida genital, debe tenerse en cuenta, principalmente y por encima de todo, la función de la procreación, empleando procedimientos que, garantizando esta función, resuelvan el problema del descenso de la vejiga y de la matriz, y no acorten la vagina, para evitar con este motivo una ulterior dispareunia.

Debe tomarse en cuenta en la técnica empleada, si el prolapso es de primero, segundo o tercer grado.

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:167-170.

Si es de primer grado y asintomático, debe contemplarse, es decir, no operar.

Si acaso provoca molestias, se hará colpectomía anterior y cistopexia, es decir, separación de la mucosa vaginal de la fascia pubo vésico cervical, rechazo de la vejiga hacia arriba, y en caso de procedencia muy acentuada de la vejiga, se hacen dos o tres jaretas concéntricas para hundirla, sutura de la fascia con puntos separados que toman también cara anterior de cuello uterino y se termina con resección del excedente de mucosa vaginal.

Por último, y lo consideramos el tiempo más importante de esta plástica, se practica colpoperineorrafia posterior, que se hará no estrechando extremadamente el orificio vulvar sino dejando un introito por el cual pasen dos dedos.

Cuando hay cistocele y prolapso uterino de segundo grado con desgarro perineal, la indicación quirúrgica es formal y se recurrirá entonces al acortamiento ligamentario intra abdominal por el procedimiento de GILLIAM-CROSSEN por una parte, y por la otra se complementará la corrección con colpoperineorrafia posterior, procurando dejar siempre un introito de amplitud normal.

En el prolapso de tercer grado utilizamos varios procedimientos:

a) Cuando es reciente y espontáneamente reducible, procuramos devolverle a la vagina su longitud normal, elevando la matriz por medio del acortamiento de los ligamentos redondos por el procedimiento de GILLIAM-CROSSEN y corrigiendo el desgarro perineal, por la reconstrucción del piso pélvico con la miorrafia de los elevadores.

b) Cuando el prolapso es antiguo y se encuentra el cuello de la matriz ulcerado, se reduce el prolapso, se encama a la enferma y se le cura con tópicos hasta que se logre la cicatrización completa de las lesiones. Entonces se procederá de acuerdo con el método descrito para el prolapso reciente.

c) Cuando el prolapso es irreducible o reducible pero con lesión de cérvix que la biopsia señale ser cáncer in situ, se practicará histerectomía por alguno de los procedimientos conocidos y se terminará con colpoperineorrafia posterior.

CONDUCTA EN LAS MENOPÁUSICAS

En las menopáusicas con cistocele y prolapso uterino de primero y segundo grado, con cuello uterino sano, practicamos la operación de MANCHESTER y complementamos con colpoperineorrafia posterior.

Cuando se trata de prolapso uterino de tercer grado, reductible espontáneamente aunque esté ulcerado, encamamos la enferma hasta que con tratamiento cicatricen las lesiones y en seguida practicamos uno de los varios tipos de intervención que vamos a mencionar:

a) Algunos de nosotros nos inclinamos por la interposición de SHAUTA-WERTHEIM WATKINS y la practican de preferencia, cuando el cistocele ha sido el factor predominante en el cuadro clínico y después de haberse cerciorado que la enferma tiene cuello y endometrio sanos, complementándola con colpoperineorrafia posterior.

b) En mujeres de 45 a 55 años de edad, con cervicitis crónica, con cistocele pronunciado, con prolapso uterino de segundo grado y buen estado general, hemos practicado algunos de nosotros y en reducido número de casos escogidos con las características señaladas, la operación compuesta de SPALDING-RICHARDSON.

c) La mayoría de nosotros seguimos tratando el prolapso uterino practicando histerectomía vaginal total por el siguiente procedimiento que esquemáticamente descrito consiste en: extirpación del útero, oclusión del peritoneo en jareta, ligadura y sutura entre sí y la cúpula vaginal de los pedículos de los ligamentos redondos, anchos y uterosacros, y por último terminamos con colpoperineorrafia complementaria.

d) En prolapso uterino de segundo grado y de tercero en su fase inicial con matriz clínicamente sana, con biopsia de endometrio reportando tejido normal, con retrodesviación uterina de tercer grado resolvemos el problema practicando ligamentopexia intraabdominal y colpoperineorrafia complementaria.

e) En prolapsos completos en mujeres cardíacas renales u obesas, así como en aquellas de poca resistencia orgánica, empleamos el tabicamiento de la vagina por el procedimiento de LE FORT y terminamos con colpoperineorrafia.

f) En prolapsos de vagina, vejiga y recto después de una histerectomía total, el único tratamiento que practicamos es la colpectomía total con reducción de vejiga y recto por jaretas concéntricas y cierre a nivel del introito, cualesquiera que sea la edad de la enferma.

g) En prolapso de vagina y de muñón cervical secundario a una histerectomía subtotal abdominal, la conducta se inspira en la función sexual y se resuelve si es joven, fijando el muñón a la pared abdominal y si es anciana extirpación del muñón y colpocleisis parcial o total.

Nuestra experiencia en esta última eventualidad es muy limitada.

PREOPERATORIO

Las pruebas y cuidados que empleamos son las siguientes: Tiempo de coagulación y sangrado o protrombina, cuenta de glóbulos rojos y blancos y dosificación de hemoglobina, química sanguínea, grupo sanguíneo y factor Rh, parcial de orina y WASSERMANN y KAHN. Prescribimos lavados vaginales ácidos diariamente una semana antes de intervenir; en prolapsos de tercer grado, con cuello ulcerado y edema de las paredes vaginales, reposo en cama con reducción del prolapso, antibióticos y medicación tópica hasta cicatrización completa. Cuando hay anemia, pequeñas transfusiones de sangre (150 c.c.) cada cuatro días, hasta conseguir un mínimo de 80% de hemoglobina y cuatro millones de glóbulos rojos. Desde hace poco tiempo empleamos en las menopáusicas, los estrógenos, 5 a 10 miligramos diarios de estilbestrol diez días antes de operar. La noche anterior a la operación rasurado y aseo vulvovaginal con abundante agua y jabón de la vulva periné y vagina y aplicación de tintura de Merthiolate.

El material de sutura que empleamos es catgut simple para peritoneo crómico N° 2 para ligadura de pedículos y músculos, N° 1 para suturas de mucosa vaginal y seda algunas veces en la piel.

ANESTESIA

Prácticamente todos nuestros casos han sido operados con raquianestesia complementada algunas veces

con el uso de Pentothal sódico. Cuando hay contraindicación para el empleo de la raquia en cualesquiera de sus formas, se utiliza la anestesia general con ciclopropano solo o en combinación con éter.

POSTOPERATORIO

Acostumbramos prescribir las siguientes indicaciones:

a) Calmar dolor con morfina las primeras 24 horas, y después con cibalgina.

b) Si hubo pérdida sanguínea abundante durante el acto operatorio, reponerla con transfusión de sangre.

c) Cuando la pérdida sanguínea está dentro de los límites normales, en este tipo de intervenciones, usamos sueros isotónicos en venoclisis.

d) Cateterismo vesical cada 8 horas durante 5 ó 6 días o bien sonda a permanencia durante 7 días.

e) Movilización precoz.

f) Aseo vulvo-perineal dos veces al día.

g) Posición permanente de FOWLER después de 24 horas.

h) Antibióticos diariamente de 3 a 7 días, ampolleta de prostigmina al 1 x 200 si es necesario, sonda rectal, dieta absoluta las 6 primeras horas, si no hay vómitos, agua y té durante 48 horas, tercer día en adelante dieta suave, al sexto día dieta normal, enema evacuante el tercer día, dar de alta entre el octavo y décimo día; vida sexual a los dos meses.

RESULTADOS INMEDIATOS

Con los cuidados pre y post-operatorios y buen manejo de los procedimientos quirúrgicos mencionados, en lo general, los resultados obtenidos son satisfactorios. Ocasionalmente por falta de vigilancia en las heridas observamos la desunión parcial o total de las suturas.

RESULTADOS TARDÍOS

La incidencia de las recidivas tardías no la damos en cifras, porque nuestras estadísticas son recientes y por otra parte no hemos podido llevar un control correcto y periódico de la mayor parte de los casos operados por habérsenos perdido de vista; siendo estos factores los que nos impiden presentar datos concluyentes.

RESUMEN

Para tratar el prolapso genital hacemos dos grandes grupos: A.- Pacientes en edad de reproducción. B.- Pacientes menopáusicas.

En el primer grupo en mujeres de edad generativa, con retroversión y prolapso uterino de primero, segundo o tercer grado practicamos ligamentopexia y colpoperineorrafia para conservar la función de reproducción.

En el segundo grupo, mujeres menopáusicas con cistocele predominante acompañado de prolapso uterino de primero y segundo grado, practicamos WATKIN - SHAUTA - WHERTEIN, la mayoría de las veces. En el resto de casos de esta categoría de prolapso unos hacen la operación de SPALDING-RICHARDSON y otros la operación de MANCHESTER.

En el prolapso uterino de tercer grado en las menopáusicas, practicamos frecuentemente la

histerectomía total vaginal, e invariablemente la hacemos cuando el prolapso se complica de cáncer de cuerpo o de cáncer in situ de cérvix.

Todas las intervenciones arriba mencionadas se complementan con colpoperineorrafia posterior.

En ancianas con prolapso uterino de tercer grado generalmente practicamos LE FORT.

CONCLUSIONES

El tratamiento del prolapso genital en nuestro medio ha sido y sigue siendo un problema complejo, pues las indicaciones que acabamos de señalar no constituyen normas que deban seguirse rígidamente; tenemos la impresión de que cada caso requiere una conducta terapéutica especial.

Monterrey, NL, 22 de junio de 1950

DR. PEDRO SERNA GARZA