



Hace 55 años

*Desequilibrio abdomino-pélvico y prolapso genital. Tratamiento quirúrgico en tres de sus aspectos**

Dr. Genaro ZENTENO

Profesor de Clínica Quirúrgica del Abdomen.

Jefe del Servicio de Ginecología (pabellón 14) del Hospital General.

El equilibrio estable de los órganos intrabdominales obedece al concurso de factores anatómicos y fisiológicos que aseguran la situación y posición que les corresponde dentro de la cavidad, al mismo tiempo que les permite, *sin perderla, seguir el desplazamiento* más o menos limitado, necesario a sus funciones fisiológicas y a las de los contiguos; *soportar la gravitación* en reposo y en todos los cambios de posición realizables por el cuerpo humano desde ambulación hasta los ejercicios más violentos; *a los cambios de presión*, desde los consecutivos a la disminución fisiológica alternante de la capacidad del abdomen en los movimientos respiratorios en reposo y durante la actividad obligada de la vida, hasta los consecutivos a los esfuerzos de gran magnitud y a *la acción de los agentes externos* que, según su grado, podrán adquirir las propiedades del traumatismo, desde el más frecuente e inconsciente que son las percusiones por sacudimiento de la gran variedad de vehículos en uso en estos tiempos, hasta los mayores, por presión y compresión combinadas en el desempeño de los deportes o empresas que acomete el hombre de nuestra época.

Consideramos al continente como una cavidad formada por una pared posterior sólida y rígida, osteomuscular, y

otra anterolateral blanda, musculoaponeurótica, un límite inferior o fondo sostenido por una armazón huesosa y un extremo superior, delgado, blando, que es el músculo móvil de la cúpula diafragmática.

Y al contenido o sean las vísceras alojadas en él que se disponen según el orden anatómico establecido; y esta disposición queda asegurada por un sistema de apoyo y sostén a expensas de la hoja peritoneal que es continua; a unas, las cubre y apoya contra una superficie resistente y las aísla de la cavidad peritoneal propiamente dicha y a las otras, después de envolverlas, les forma un repliegue de distinta longitud que les permite ingresar a la cavidad mientras la base se inserta en la pared sólida y rígida posterior.

El apoyo principal en la estación vertical ha de ser el fondo, o sea el extremo inferior del abdomen, pero aun cuando la disposición de sus planos señala como el de resistencia física mayor al músculo aponeurótico que se extiende en el espacio circunscrito por el cinturón huesoso de la pelvis, el que directamente recibe la presión de las vísceras móviles es el fondo peritoneal, pues queda separado de aquél, por un espacio ocupado por tejido celular laxo al que se entremezclan fibras conectivas y musculares lisas, cuyo conjunto remeda en algunos sitios la formación de ligamentos. Esta circunstancia y las cualidades del conjunto están destinadas, a más de otras funciones, a desempeñar un papel de amortiguador de las presiones que ha de recibir en último análisis el tabique músculo aponeurótico que, a su vez, es vulnerable, porque la inclinación de sus planos desvía las fuerzas hacia la línea media en donde

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1953;VIII:91-105.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

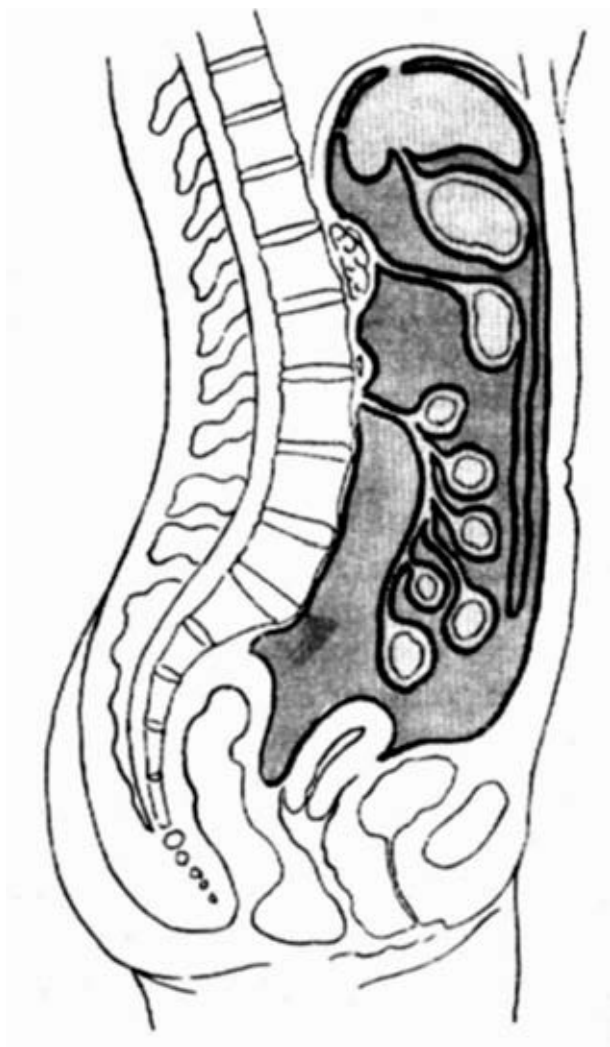


Figura 1. Aspecto anatomotopográfico resultante del equilibrio de fuerzas.

es discontinuo, pues permite el descenso de los órganos urogenitales y el extremo inferior del tubo intestinal que escapan de la cavidad para abrirse al exterior.

En estas consideraciones físicas deben tenerse presentes también las curvaturas de la columna vertebral y la inclinación de la pelvis, que son factores decisivos en la repartición de las presiones por gravitación, entre el fondo pélvico y la pared blanda del abdomen, principalmente en la mujer, en quien por estas razones y por contener el aparato genital preparado a la incidencia de la gestación, este mecanismo es más complejo y está previsto por la disposición anatómica que le es peculiar y bien conocida de todos y de la que no nos ocuparemos por elemental. Así,

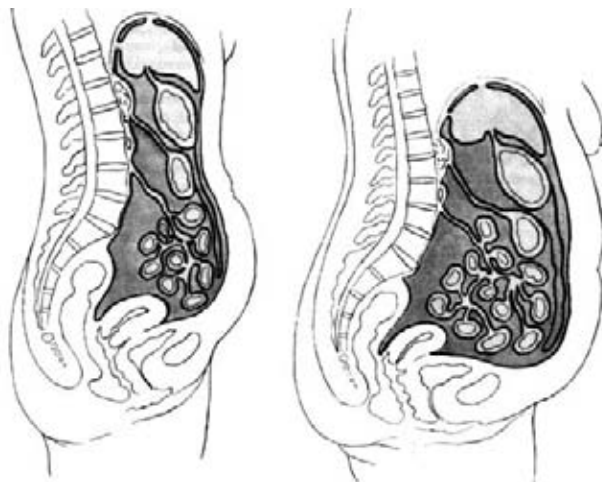


Figura 2. Aspectos anatomotopográficos anormales, esquema de grados progresivos en gravedad, resultantes del debilitamiento o la debilidad congénita de los medios de contención y suspensión, culpables del desequilibrio.

en la estática abdominal de la mujer toma una participación tan importante la anatomía y fisiología de la pelvis que el prolapso genital lo consideramos como una causa o efecto de un trastorno de orden general de desequilibrio visceral y no sólo como un accidente local.

Agreguemos ahora otro elemento decisivo para la colocación física permanente de las vísceras; son las cualidades como tejidos vivos, del conectivo y del muscular; el volumen elástico del primero tan ampliamente repartido, en su conjunto, cumple un verdadero papel de empaque para la acción contráctil permanente del segundo o sea el tono muscular de reposo, de la pared blanda, musculoaponeurótica, pueda a su vez cumplir con el desempeño eficiente de su papel de contención, ejerciendo una presión uniforme de todas las vísceras contra la pared posterior, donde se encuentran apoyadas o insertadas a expensas de la hoja peritoneal, yendo así en auxilio de las inserciones mesentéricas que son el medio de suspensión general (figuras 1 y 2).

ARBUNOT LANE sugiere que el problema de estática del abdomen lo ha establecido la evolución de las especies en su paso del cuadrúpedo a la bipedestación¹ por el que la acción de la gravedad ya no se establece sobre la pared blanda musculoaponeurótica sino sobre el extremo inferior del abdomen.

La debilidad congénita o adquirida de los medios de sostén, y, a los de apoyo y contención, hace que los primeros resulten insuficientes para soportar el peso de

las vísceras y cedan a la tracción por deslizamiento o por alargamiento a expensas de la elasticidad de sus tejidos; la desproporción entre la fuerza y la resistencia se constituye entonces en un excitante mecánico que, conducido por la vía nerviosa, es fuente de dolor y otros muchos síntomas que tienen las cualidades de la sensibilidad neurovegetativa² a los que se agregan también otros de orden mecánico consecutivos a compresiones, acodamientos discinesias y, en su conjunto, tienen la particularidad de simular a los que tienen como origen lesiones orgánicas, como úlcera gastroduodenal, litiasis, apendicitis, íleo, etc., o bien simplemente síndromes dispépticos difíciles de clasificar. Como el área genital femenina es tan rica en fenómenos reflexógenos, es frecuente que se dé por ginecológica a una paciente que presenta dolor pelvicoabdominal y un síndrome dispéptico vago de los que se clasifican como propios de las ginecopatías.

Sin analizar el tema, que es un capítulo muy extenso de la patología, y de una aplicación mayor a la clínica, queremos recordar algunas de las consecuencias directas de la dislocación visceral *representada por la coloptosis y lesiones asociadas* que debemos tener presentes para sospechar su existencia unas veces directamente y otras indirectamente cuando, coincidiendo con el defecto de situación de los órganos internos del aparato genital, se presentan los síndromes que hasta ahora se han podido clasificar como pertenecientes a esa circunstancia.

El síndrome de oclusión arteriomesentérica intermitente,³ crónica del duodeno, está condicionado por el retardo intermitente del curso de su contenido en la tercera porción del duodeno que es comprimido por la arteria mesentérica contra la columna vertebral. Se acepta como verdadera esta causa, porque si normalmente según ALBRECHT existe un surco que señala esta relación anatómica, el tiramiento del vaso y una lordosis mayor de la columna haciendo más saliente el segmento que le sirve de apoyo bastan para explicar la compresión mayor hasta hacerse oclusiva. Esta disposición puede ser congénita y la sintomatología puede remontar hasta la niñez pero es más frecuente que se observe en la mujer y hasta los 40 años y que llegue a abarcar su evolución un periodo de 10 a 11 años. *El síntoma más saliente es el dolor* porque por su intensidad, forma y localización epigástrica, de hipocondrio, de base de apéndice xifoide, y aun con irradiaciones a los hombros, adquiere semejanzas con la úlcera gastroduodenal y principalmente duodenal hasta confundirse con ella en el

35% de las veces según HENRY TREMEN o con litiasis vesicular. Otros síntomas y cierto horario que se explican por la fisiopatología del dolor que se produce por distensión y contracciones dolorosas del duodeno ante el obstáculo, aumentan la confusión. A estas circunstancias se agrega todavía la frecuencia del vómito como otro síntoma cuya semiología desorienta más hacia esos errores, pues se distinguen tres aspectos: *a)* cuando es precedido de crisis dolorosa que calma el vómito se atribuye a la contracción dolorosa del segmento intestinal comprendido entre el espasmo pilórico y la tercera porción comprimida del duodeno. *b)* Otra forma corresponde al vómito indoloro compuesto de bilis y jugo gástrico, y se atribuye a píloro abierto y estómago dilatado o átono. *c)* Una tercera forma en la que el vómito forma parte de un síndrome integrado por: jaqueca, malestar general y estado nauseoso.

Este síndrome de oclusión arteriomesentérica puede ser producido también por un mesenterio corto que no puede por ello permitir el apoyo de la víscera ni en la pared anterior ni en la pelvis, o bien, tan sólo por ptosis y movilidad del colon derecho que lleva a la arteria cólica a una situación y dirección paralelas a la arteria mesentérica y al síndrome se le designa, entonces, oclusión mesentérica de tipo cólico.

Este síndrome como se ve, se debe a la producción de un obstáculo mecánico en la tercera porción del duodeno, pero cuando por la forma o magnitud del defecto no se produce, entonces la coloptosis que es susceptible de acompañarse de otras anomalías congénitas o adquiridas a la larga, por su mal posición, se manifiestan en otro síndrome constituido por: dolor lumbopélvico, dispepsia flatulenta y síntomas respiratorios y circulatorios neurovegetativos vagos y permanentes que convierten a la enferma en una verdadera neurópata y se les agrega quizá como síndrome principal, el de la estasis cecal crónica.⁴ Las anomalías que lo producen principalmente, son: *1) La ptosis del ángulo hepático con o sin adosamiento* de los dos segmentos colónicos que ya se mencionó. *2) La pericolicitis membranosa* con sus variedades: *a)* Membrana organizada y completa que va del peritoneo parietal a una de las bandas musculares del colon ascendente desde el ángulo hepático hasta el fondo del ciego. *b)* Membrana organizada y completa que partiendo del ciego y colon ascendente, después de cubrirlos se continúa con el epiplón. *c)* Membrana discontinua y transparente que partiendo del ángulo hepático se interrumpe dejando en libertad

al ciego que se dilata; está surcada por cadenas fibrosas que segmentan el ascendente. *d)* Membrana circunscrita al ciego y al apéndice. Y por último, *e)* Membrana en forma de brida que tira del ángulo hepático hacia el riñón derecho y produce un adosamiento del ascendente con el transverso. *3)* *El megalo-ciego* que es independiente del megacolon o enfermedad de Hirschprung, que es una enfermedad congénita pues hay dilataciones patológicas segmentarias del tracto intestinal pero especialmente del colon que se producen por trastornos permanentes de motilidad, en los que no existe o se pierde el sinergismo de esfínteres o "achalasia"; esa dilatación, se complica de trastornos inflamatorios persistentes que transforman las cualidades de la pared y son fuente de absorciones patológicas y perivisceritis crónicas. *4)* *El ciego móvil*, es una anomalía que puede limitarse a esta porción del intestino o formar parte de la del colon ascendente que por falta de adosamiento al peritoneo posterior puede aún llegar a convertirse en una asa libre flotante como el delgado; esa movilidad lo expone a un movimiento de báscula alrededor de un eje transversal o alrededor de un eje longitudinal haciendo un verdadero vólvulo, pero, independientemente de este accidente que no debe estudiarse aquí, el ciego móvil, produce una dificultad momentánea e incompleta al tránsito intestinal que se manifiesta por cólicos del ciego, o sea dolor intenso en la f.i.d. con distensión acentuada del asa cecocólica que es fácil percibir a la palpación, da un timpanismo exagerado y permite escuchar gorgoteos y se acompaña de crisis de constipación absoluta que cesan bruscamente.

Puede decirse que el síntoma común, cualquiera que sea la causa de la estasis cecal, es la constipación que se acompaña de colon irritable y las crisis dolorosas que terminan en despeños diarreicos. La repercusión al estado general es muy grande pues sufren malestares, dolores neurálgicos, fatiga extrema, agotamiento nervioso, palpitations, ansiedad y diversos grados de inestabilidad emocional. Este ataque, ha sido atribuido a la absorción de productos de putrefacción y fermentación y a estos principalmente los trastornos nerviosos, pues cuando existe una gran producción de ácidos orgánicos (lo que es frecuente si la proporción de hidratos de carbono y celulosas no digeribles es muy grande), la neutralización se hace a expensas de Ca y Mg, cuya exfoliación en el organismo la sufre principalmente el sistema nervioso (PERIOT, DIEGO DE MOXO y QUERI).⁵ Estos mismos ácidos

orgánicos lesionan la mucosa y facilitan la absorción de la transformación incompleta de las sustancias alimenticias. SARLES atribuye a una excitación directa de los plexos de MEISNER Y AUERBACH, la producción de los trastornos del peristaltismo, la neurosis cardiaca y los angiospasmos. La absorción de los derivados fenólicos, indol y escatol, y las toxinas microbianas pueden ser neutralizadas por el hígado, pero esta compensación es muy frágil pues el exceso de producción crea, según LANE, un estado tóxico en el que cada víscera ocupa un lugar.

Coincidiendo con estos síndromos, no es raro encontrar al prolapso genital que nada tiene de importante, si la paciente proporciona el antecedente de multiparidad y está en los linderos o más allá de la vida sexual, y corresponde la dislocación a uno de los tres grados en que, por su evolución, se ha clasificado a este defecto de situación; entonces el problema clínico es, por lo que se refiere a este trastorno ginecológico de una solución tan elemental que es objetiva; el tratamiento es indiscutible pero no será completo si se desprecia el conocimiento del que puede afectar al abdomen en general.

En cambio, en estas consideraciones quiero llamar la atención sobre un defecto de situación del aparato genital femenino que, por discreto, no se le ha dado la importancia que merece en el problema de la estática pelviabdominal; coincide con alguno de los defectos congénitos a que nos referimos y suma su contingente de síntomas dolorosos y los otros varios del neurovegetativo; comparte entonces la etiopatogenia de ellos, pues se realizan los signos que integran el biotipo de la enferma y que ha de pertenecer al grupo que permitió al profesor LLUESMA⁶ clasificar como mesenquimatosas; el hipotono muscular congénito las expone, entre otras contingencias, a visceroptosis y várices. Se trata de enfermas jóvenes en vida genital con o sin antecedentes de uniparidad o de pequeña multiparidad, en quienes, al practicar la laparatomía, se observa una mayor profundidad del extremo peritoneal pélvico; la flacidez de los ligamentos de sostén del útero y sus anexos permite un descenso uniforme de toda la hoja peritoneal que los cubre pero conserva las depresiones y salientes que hacen bien manifiesta la disposición anatómica de dichos elementos; el diafragma pélvico musculoaponeurótico, aun cuando se conserve como un plano continuo, no es normal, pues el tono muscular disminuido condiciona una menor inclinación de sus dos porciones laterales, hacia la línea media y hacia abajo; el espacio que media entre los músculos

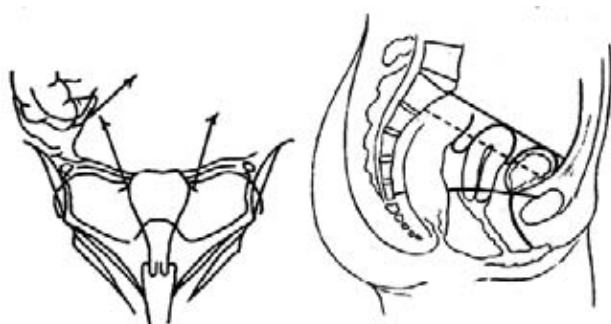


Figura 3. Situación anatómica normal.



Figura 4. Descenso del fondo pelvipérvico. La flacidez de los ligamentos permite el descenso uniforme de los órganos sin perder las relaciones anatómicas entre sí y con las aponeurosis pélvica y perineales.

elevadores y el peritoneo pélvico (o sea el de las alas del ligamento ancho), disminuye al mismo tiempo que el fondo de Douglas se hace muy profundo y notablemente más accesible al tacto vaginal (figuras 3 y 4). Así, aun cuando la situación del útero se conserve con todas sus relaciones anatómicas, incluyendo las de los planos y los ejes de la pelvis, no permitirá hablar de prolapso si nos atenemos a los caracteres de los tres grados hasta ahora establecidos, y si vemos en una cavidad profunda al útero que aún puede conservar su anteversoflexión anatómica, sólo que se le descubre casi oculto, por detrás de la vejiga que se hace más aparente y por delante y debajo del colon pélvico y aun del recto. Coinciden frecuentemente várices ováricas del plexo pampiniforme y hay que extraer de un verdadero pozo al útero que arrastra consigo a sus anexos que fácilmente pueden ser elevados y exteriorizados. La indicación más importante y práctica de esta condición, es que si se quieren conjurar las causas circulatorias que contribuyen a sostener o agravar el síntoma dolor de cintura de estas formas y los trastornos cíclicos, es que el útero debe ser fijado hacia la pared anterior del abdomen con el propósito de hacer su situación más abdominal que pélvica. Si, como también es frecuente, coincide retroversión uterina, debe evitarse el tratarla simplemente por acortamiento de los redondos o transfixión de los mismos que corregirán en el mejor de los casos la posición anormal, pero no la situación que es la verdadera causa de los síntomas ginecológicos y éstos persistirán si se deja al útero sepultado en una correcta posición.

Estas consideraciones han tenido como objeto principal recordar que en ginecología frecuentemente nos encontramos con enfermas en las que al lado de tras-

tornos funcionales cíclicos y preponderando el dolor abdominopélvico y sacrolumbar, figuran síntomas cuyo estudio correcto permitirá agruparlos en alguno de los síndromos más o menos confusos que son manifestación de desequilibrio abdominopélvico y no considerarlos como simplemente dependientes de un vicio de posición o de lesiones mínimas que nos empeñamos en encontrar por el hecho de que la paciente que se nos envía sufre de dolor de cintura y trastornos digestivos comunes a los padecimientos ginecológicos. Así como que en gastroenterología, en la que cada vez se ve con más desprecio esta causa de síndrome doloroso del abdomen, es un error pretender a toda costa buscar una lesión gastroduodenal, vesicular, apendicular, intestinal, etc. que los explique e injusto será el clasificar a este tipo de enfermas como neuropatas con síntomas digestivos. Sin menospreciar el alto valor científico de la clínica del *test*, el record y el por ciento, creemos que la causa de nuestros errores está en querer con ella desterrar la observación analítica y la síntesis clínica que distinguieron a la recientemente antigua escuela europea para el empleo de ese inapreciable acerbo científico que hemos de poner al servicio del enfermo.

El problema de la estática abdominopélvica es real y completo, merece toda nuestra atención y vemos que se piensa en él, cuando los recursos todos han sido negativos excepto la imagen radiológica que objetivamente nos muestra una coloptosis acentuada total o parcial, y ciego móvil, doloroso o dilatado y coincidiendo con ellos pero científicamente, los signos de colon irritable, mejor será recurrir a esa prueba, para confirmar nuestro pensamiento clínico, ante los síndromes que nos hemos atrevido a esquematizar.

ALGUNOS EJEMPLOS CLÍNICOS Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Hemos escogido para ilustrar nuestra conducta quirúrgica, frente a este problema, tres casos:

Caso I. Colopexia

El primero representa al trastorno general con grandes manifestaciones de ese orden, en el que el descenso del útero en una posición anormal (retroversión) fue solamente una contingencia, en un terreno cuya predisposición se hizo progresiva por la incidencia de la pequeña multiparidad, constipación rebelde y crisis intermitentes dolorosas de fosa ilíaca derecha con las características de estasis cecal, dilatación aguda del ciego, que llevaron a la enferma a un grado tal de desnutrición y desequilibrio neurovegetativo, que la convirtieron en una verdadera inválida. Atendida por especialidades no se encontró comprobación de lesión orgánica y fue calificada como afecta de un trastorno de la nutrición; fue sometida entonces estrictamente a las instrucciones de un prestigiado endocrinólogo, y tampoco se obtuvo éxito. El dolor lumboabdominal y un síndrome polimenorréico que más la debilitaban, motivaron su consulta que nos permitió hacer un estudio del desequilibrio abdómino-pélvico y

después de clasificar el síndrome digestivo como quedó enunciado, la exploración permitió, al través de un vientre muy flácido, apreciar cuerda cólica dolorosa, riñón derecho muy fácilmente palpable y ciego distendido y doloroso en el que se producían borborismos y zurridos cuantas veces se le palpaba. El examen radiológico comprobó esos datos y demostró, como se ve fácilmente en la radiografía, un descenso completo del colon y el estómago que, átono y dilatado, le seguía hasta muy abajo de la línea bicrestal. La solución del caso había de ser completa y se procedió a corregir la coloptosis por medio de una técnica que proponemos ahora (véanse las figuras 5 a, b y c, y 6 a y b), y que tiene la ventaja de hacer una fijación lineal del colon transverso, permite comprobar su repartición simétrica de un borde costal a otro y registrar fácilmente el resultado final. La identificación de los ángulos, hepático y esplénico, en sus extremos y su fijeza aprovechando una banda muscular de su pared, aseguran la disposición más cercana a lo anatómico y contribuyen a impedir el movimiento de rotación hacia abajo y atrás alrededor del eje principal que forma parte del mecanismo del descenso y a su vez, factor que impide el cumplimiento de la función motora peristáltica.

En esta ocasión, con sólo prolongar la laparatomía mediana un poco más abajo del ombligo, fue suficiente para

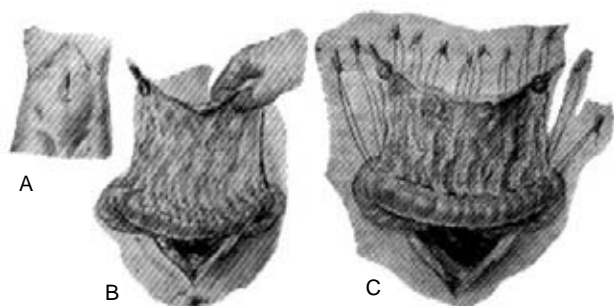


Figura 5. A. Laparotomía media supraumbilical (e infraumbilical si es necesario) hasta 3 cm por debajo del apéndice xifoide. Incisión bilateral de 5 cm frente al noveno cartilago y paralelas al borde costal exclusivamente de los tegumentos (éstas deben practicarse antes de la transfijión de los hilos de sostén del epiplón y el colon). B. Exteriorización del epiplón mayor y del colon transverso. Identificación de los ángulos hepático y esplénico inmediatos a los extremos de la inserción del epiplón (si la ptosis es unilateral, sólo se reconoce el correspondiente). C. Se practica una hilera de puntos separados, en U de abajo a arriba en la base del epiplón, simétricos, cada 3 o 4 cm y se refieren sus extremos con una pinza para cada uno. En los extremos se practica uno para cada lado que comprenda la banda muscular del colon.

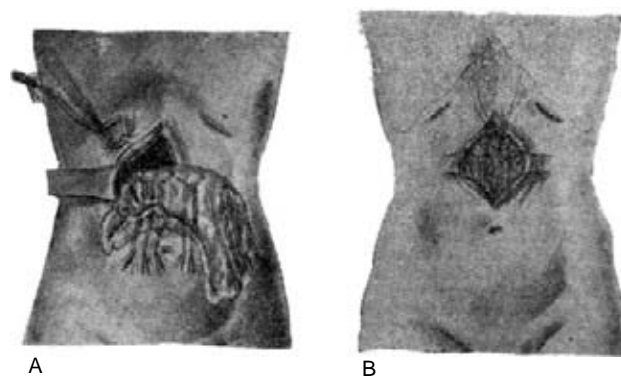


Figura 6. A. Transfijión por medio de aguja de Reverdin de cada uno de los puntos referidos: los cuatro de cada extremo al través de los ojales que resultan del deslizamiento hacia dentro del borde interno de las pequeñas incisiones laterales, para ser anudados sólidamente sobre la aponeurosis descubierta, alineados progresivamente hacia dentro. Los dos del centro se transfijan de la misma manera, al terminar sobre la aponeurosis, a los lados de la laparotomía. B. Terminada la sutura por transfijión, se comprueba el resultado que debe tener la unión íntima y en una línea horizontal de la base del epiplón y el colon transverso a la cara profunda de la pared anterior del abdomen. Se cierra la pared por planos.

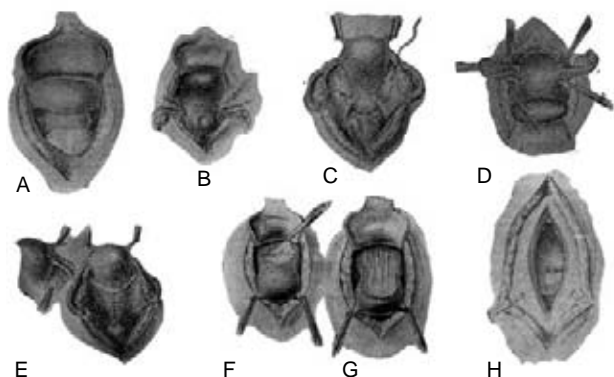


Figura 7. A. Aspecto general de los órganos pélvicos al practicar la laparotomía (la vejiga y el recto ocultan el útero descendido). B. Elevación del útero y sección bilateral de los ligamentos redondos a 3 cm aproximadamente de los cuernos uterinos (se ha comprobado el estado normal de los anexos y ausencia del proceso periviscerítico). C. Elevación del recto con pinzas de anillo; un primer punto de sutura unirá a los ligamentos útero-sacos y comprende además a la pared del recto para impedir su descenso. La unión se hará completa por puntos separados en número de tres o cuatro. D. Transfixión de los cabos distales de los ligamentos redondos al través de la base de los ligamentos anchos. E. Transfijados los ligamentos redondos, se suturan entre sí por sus extremos (cabo a cabo superpuestos según su longitud) sobre la cara posterior del istmo y coincidiendo con la unión a ese nivel de los útero-sacos. F. Sección transversal del peritoneo vesícouterino; disección de la cara posterior de la vejiga hasta el tabique vesicovaginal para ser deslizada hacia arriba, hasta colocarla frente a la cara anterior del istmo y cuerpo uterino, (según el caso) donde se fija por un surjete del borde peritoneal al de la cara anterior del útero. G. Transfixión de los cabos proximales de los ligamentos redondos al través de la pared blanda del abdomen hasta aponeurosis, donde se fijarán en un doble ojal y por puntos separados. La elección del sitio debe ser a los lados de la laparotomía y tan alto cuanto sea posible (hasta cerca de la cicatriz umbilical). H. Se cierra la laparotomía por planos.

permitirnos elevar y fijar el útero a la pared abdominal a expensas de sus ligamentos redondos. El post-operatorio registró como accidente inmediato un síndrome de íleo dinámico que duró cuatro días. El resultado lejano (año y medio aproximadamente) ha sido tan satisfactorio como la reintegración completa de la salud. Seis meses después de la intervención, se registró la imagen radiográfica que, comparada con la anterior y que se tomó, coincidiendo con la iniciación de una nueva investigación, motivo de su nueva consulta, cuyo término un parto espontáneo en el pasado mes de agosto.

Caso II. Histeropexia

El segundo, corresponde a una paciente de 25 años de edad, en que la multiparidad explicaba la debilidad del piso colpoperineal y diastasis de los músculos elevadores. Con sintomatología urinaria y digestiva discretas, presentaba un prolapso de tercer grado con una antigüedad de dos años.

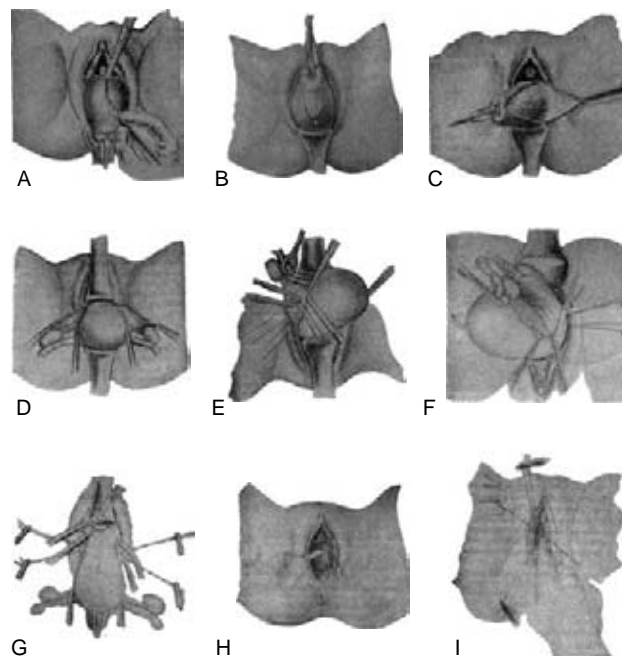


Figura 8. A y B. Talla de colgajos vaginales laterales por medio de una raqueta anterior y posterior (las líneas punteadas significan que puede prolongarse la incisión para practicar una colpoperineorrafia al final de la intervención). C. Disección del colgajo de lado izquierdo. Lo mismo se hace del derecho. La mucosa intermedia se invierte para cubrir al cuello. D. Exteriorización del útero y sus anexos al través de la celiotomía anterior. Se hace presa con pinzas de Kocher a nivel de la inserción de las trompas y los ligamentos redondos. E. Sección y transfixión de los pedículos correspondientes al ligamento redondo y al infundíbulo pélvico, de cada lado. El extremo de los hilos largos, de las ligaduras, se refiere con pinzas hasta el final de la intervención. F. Pinzamiento, sección y ligadura de la arteria uterina, en ambos lados. G. Pinzamiento y sección de los ligamentos útero-sacos e infundíbulo pélvico. H. Aspecto general de la reconstrucción de la cavidad vaginal quedando representada la sutura mediana, la aplicación del drenaje y los puntos que sostienen la cúpula. I. Los dos cabos de las ligaduras correspondientes a los ligamentos redondos e infundíbulos pélvicos, se transfijan al través de los colgajos laterales correspondientes y cerca de sus vértices. Después de suturar por puntos separados los bordes entre sí de los dos colgajos y de dejar en el vértice un espacio para la colocación de un pequeño drenaje, se anudan los cabos entre sí para convertir los vértices en la cúpula vaginal que queda así sostenida por las cuatro ligaduras.

En la madurez de la vida y con toda la apariencia de un desequilibrio local, decidimos hacer cirugía conservadora y practicamos histeropexia con la técnica que ya hemos dado a conocer en otras ocasiones y de la que mostramos su desarrollo en la figura 7 a-h. Haremos notar que el resultado final en relación con el tema que nos ocupa, es el de construir un fondo peritoneal sostenido por tres férulas (figura 7 c) que convergen a un núcleo central que se sitúa a nivel del istmo uterino y por detrás de él sustituyendo al que normalmente está sostenido (figura 7 d) por los uterosacros, los uteropúbicos que son más descriptivos que efectivos y las dos alas de los ligamentos anchos que cuya tensión es debida a los ligamentos redondos e infundibulopélvico y que se pierde en los casos de prolapso.

Después de las maniobras quirúrgicas, las tres férulas son los ligamentos redondos que partiendo del orificio interior del canal inguinal, se dirigen hacia atrás y abajo pasando por la base de los ligamentos anchos; para encontrarse con una mediana anteroposterior que se ha construido por la unión de los útero-sacros inmediatamente por delante de la cara anterior del recto, que a su vez queda comprendida siendo una consecuencia muy favorable la desaparición del fondo de Douglas que es sustituido por una arista.

Recientemente hemos encontrado una aplicación más a este artificio quirúrgico que ha sido el tratamiento del prolapso rectal, pues además de elevar el recto y fijarlo a los útero-sacros reunidos en la línea media, el sostén verdadero de esa elevación lo desarrolla la convergencia de los ligamentos redondos al constituirse en un núcleo y así hace también más efectiva la sutura que adhiere la cara anterior del órgano a la posterior del ligamento ancho del lado izquierdo hasta el infundíbulo pélvico, como se practica en las técnicas de LENORMANT, QUÉNU y DUVAL.

El resultado ha sido tan halagador que, además de la reducción, la incontinencia del esfínter se modificó y curó en un lapso de tiempo no mayor de 10 días después de la intervención.

Caso III. Histerectomía vaginal, con reconstrucción de la cavidad vaginal

El tercer caso corresponde al prolapso más común: se trata de una paciente de más de 50 años con prolapso de tercer grado ulcerado; se le practicó panhisterectomía vaginal, elevando después los vértices de dos colgajos sensiblemente triangulares tallados al principio de la operación a expensas de la pared vaginal invertida para convertirlos por la unión de sus bordes en la nueva pared vaginal y sus vértices en la cúpula de la cavidad, al ser elevadas hacia arriba y fijadas por transfixión, a los muñones del infundíbulo y de los redondos (figura 8 a-i).

REFERENCIAS

1. BEGUIN. Tratado de patología quirúrgica. T. IV. Edit. Pubul. 1934.
2. BOCKUS HL. Post graduate gastroenterology. Philadelphia: W.B. Saunders, 1950;p:353.
3. G. COTTE. Cirugía del simpático pélvico en ginecología. (Simpático pélvico y sensibilidad visceral). Masson et Cie. 1932;p:41.
4. BEGUIN. Tratado de patología quirúrgica. T. IV. 611. Edit. Pubul. 1934.
5. BEGUIN. Tratado de patología quirúrgica. T. IV. 604 ss. Edit. Pubul. 1934.
6. LLUESMA. Estudios de fisiopatología neurovegetativa. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1936;p:185.
7. BEGUIN. Tratado de patología quirúrgica. T. IV. 854. Edit. Pubul. 1934.