

## CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGIA DE LOS PROLAPSOS GENITALES \*

Prof. Agdo. Dr. ARTURO ACHARD - Montevideo

COMO aporte a la discusión del tema propuesto por las autoridades de tan importante reunión científica, hemos deseado traer a consideración de ustedes, el comentario del tratamiento quirúrgico de los prolapsos genitales, utilizando para el mismo la síntesis de historias del Servicio del Prof. M. RODRÍGUEZ LÓPEZ al cual pertenecemos.

Al enfocar este estudio tenemos presente *en primer término* los conceptos fundamentales que deben regir nuestra conducta en el tratamiento de los mismos, es decir, que tratándose de *una hernia a través del hiatus genital*, deben regir para su tratamiento los principios quirúrgicos fundamentales que constituyen la base de su terapéutica.

*En segundo lugar*, la necesidad de valorar al máximo los factores etiológicos y patogénicos que están en la raíz del trastorno, que exigen ser jerarquizados, para que las soluciones adoptadas resulten de un real valor práctico.

En ese sentido debemos expresar

que nos complace la denominación en plural de *prolapsos genitales*, pues las variantes de cada caso particular hacen considerarlo como entidades distintas en sus manifestaciones aparentes aunque perteneciendo a un tronco común.

*En lo etiológico*, señalar la necesidad de un estudio a fondo de los antecedentes que han precedido a la aparición de la enfermedad valorando la historia obstétrica de la enferma en sus diversos incidentes patológicos. Jerarquizar además las fallas que configuran *claudicaciones gonadales* iniciales o transitorias que han dejado sus huellas en el habitus exterior de la mujer (función somática) o a nivel del aparato genital (función vegetativa).

Así encontraremos la razón aparentemente inexplicable del prolapso de la mujer que ha tenido un hijo único con un parto desarrollado dentro de límites fisiológicos.

Señalar además la *distrofia muscular generalizada* de las asténicas, ptosadas y desnutridas, como causa determinante de sus prolapsos.

---

\* A propósito de la estadística del Servicio del Prof. M. Rodríguez López durante el período 1949 a 1953.

Y en otras enfermas en forma menos común y en relación con lo anterior, cierto *tipo de modificaciones congénitas* como la excesiva profundidad del F. de S. de Douglas, que favorece la *aparición del enterocele*; la atrofia congénita de los músculos del *piso pelviano*, o la insuficiencia del desarrollo de los mismos, que condiciona un factor más sobre el cual va a actuar siempre como *causa determinante* el *esfuerzo* constante y *repetido de orden profesional o fisiológico* que en determinado momento de la vida de la mujer, en la etapa postmenopáusica, cuando los órganos pelvianos pierden el apoyo natural por la involución atrófica del piso músculo aponeurótico perineal, se crean las circunstancias patológicas más propicias que favorecerán la producción de esta *distopia* por descenso. Y en lo *patogénico*, resulta muy importante señalar una serie de grandes capítulos que ubican el problema terapéutico en sus términos exactos sin caer en peligrosas exageraciones.

De este modo y de acuerdo con A. STABILE, en su trabajo sobre el tema fijaremos dichos capítulos en cuyo detalle no podemos entrar estableciendo:

I. El *valor de los tejidos de substancia conjuntiva* y la apreciación de sus fallas en la patogenia en estudio, comprendiendo entre dichos tejidos: al *muscular*; el *elás-*

*tico*, al *adiposo*, al *óseo* y al *conjuntivo* propiamente dicho.

Y de este modo iremos haciendo el inventario de las lesiones que corresponden a cada uno de estos tejidos.

En el *muscular* apreciando las fallas de los *elementos de sostén*; *músculos elevadores*, *diafragma urogenital*, *cuña perineal* cuyas lesiones serán la clave de ulteriores trastornos.

En el *conjuntivo propiamente dicho* y en el *elástico*, buscaremos las fallas de los *elementos de sostén*, constituidos por «el retinaculum uteri de Martin» y las *fascias endopelvianas*.

Y es a las claudiciones del tejido elástico que debe imputarse, en parte, la explicación del prolapso de las vírgenes.

Al tejido adiposo cuando aumenta en forma desmesurada, e infiltra los intersticios musculares lo encontramos como factor patogénico importante del prolapso de las obesas.

Y por fin en el *tejido óseo* y en las variaciones que pueden observarse en los ejes de la pelvis así como las modificaciones observables en las pelvis viciadas encontramos en determinados casos un elemento coadyuvante del trastorno que estudiamos.

II. *Valoración exacta de la presión abdominal como elemento patogénico*, destacando dos hechos importantes:

a) *La habitual sinergia funcio-*

*nal entre los músculos de la pared abdominal y del piso pelviano manteniendo el necesario equilibrio.*

b) La circunstancia patológica favorable a la distopia originada por el alejamiento del hiato genital del pubis, creado por la insuficiencia perineal.

III. *Necesidad de señalar las zonas de menor resistencia del hiatus genital, que darán lugar según el sitio afectado al colpocele anterior con o sin cistocele, al histerocele, al colpocele posterior con o sin rectocele o a la hernia del F. de S. de Douglas.*

IV. *Estudiar los factores patogénicos determinantes de las complicaciones del prolapso genital.*

a) El alargamiento hipertrófico del cuello uterino.

b) La úlcera de decúbito.

Respecto a la primera eventualidad, es preciso expresar que, si bien de patogenia discutida, en el alargamiento hipertrófico del cuello uterino existe un hecho patológico dominante, el *edema*. Ello explica la mejoría de esta complicación cuando el prolapso se reduce antes de la operación, maniobra que entendemos nunca debe ser omitida. Esta maniobra favorece además la circulación venosa evidentemente perturbada en esta complicación, lo cual altera el trofismo de los tejidos del útero.

Por otra parte, consideramos con TANDLER que no siempre es fácil establecer si se trata de un alargamiento cervical puro, o si la ca-

vidad uterina contribuye también a dar aumentos reales en la histerometría.

En lo que tiene relación con la *úlcera de decúbito*, tan frecuente en los prolapsos de tercer grado de las ancianas, aceptamos para explicar su producción la patogenia fijada desde el año 1928, por el Prof. C. SLAJANO, estableciendo que es la *neuritis trófica funcional congestiva*, la que interviene activamente en la producción de este proceso.

Señala el autor en este trabajo, las dos formas más comunes en que esta úlcera aparece, *forma atónica*, o *forma frondosa*, siendo esta última la que más dudas ofrece con el tumor maligno.

En los esquemas que presentamos se observa claramente cómo el estiramiento de los vasos coadyuva con la estasis venosa, que es propia de los prolapsos de tercer grado, lo que crea el aplastamiento de los vasos, en especial las venas.

En los prolapsos incompletos en los cuales la *desinvaginación es sólo sub-total*, el *anillo vagino-vulvar circundante produce la compresión vascular mucho más intensa; dando lugar a la estasis venosa que favorece la ulceración, en una mucosa vaginal atrófica y sometida a traumatismos y al roce constante.*

Son, pues, *ese acodamiento angular de los vasos uterinos en el vértice del cono, y la neuritis trófica*

*funcional congestiva*, los que dan la razón patogénica principal en estas ulceraciones que la reposición del útero con mecha ictiolada, cura en pocos días en forma espectacular.

Con lo expresado creemos haber dado los conceptos fundamentales que rigen nuestras directivas terapéuticas en la cirugía de los prolapso.

Una historia clínica minuciosamente realizada, de la cual surge lo fundamental de su sintomatología, y los síntomas satélites vinculados a los trastornos del aparato urinario o intestinal; un examen cuidadoso en lo general destacando las enfermedades sistémicas que pongan una alerta sobre el tipo de anestesia e intervención a escoger, o la contraindicación al tratamiento quirúrgico; escogiendo el ortopédico mediante pesarios, y una exhaustiva jerarquización de los elementos anatómicos en falla, estableciendo a la vez el grado del prolapso, y la presencia posible de las complicaciones ya estudiadas, ubicarán el problema de cada enferma en sus términos precisos, colocándolo en condiciones de adoptar una técnica cuya elección estará supeditada en síntesis:

1. A la edad de la enferma.
2. La contingencia de nuevos embarazos.
3. El grado de prolapso y la naturaleza de sus lesiones predominantes (cistocele, histerocele, rectocele, enterocele).

4. El tamaño del útero, y la posible existencia a nivel del mismo de tumoraciones del tipo del mioma uterino.

5. La posible coexistencia de otras afecciones que limiten las técnicas a adoptar o hagan diferir la intervención proyectada.

V. *Comentario sobre las técnicas utilizadas, de acuerdo con lo que surge de la estadística que presentamos.*—A través de la observación de los cuadros que adjuntamos surge claramente que el criterio adoptado ha estado guiado por el estudio de cada enferma y de las lesiones que determinaron el trastorno.

Las características de cada lesión y las variantes personales hacen de cada caso una individualidad dentro del gran capítulo de la enfermedad, y requiere un estudio cuidadoso para definir la técnica a seguir, que será elegida desde luego, haciendo prevalecer en todos los casos, a la simpatía por una de ellas, la que será más adecuada a cada caso.

Lo mismo podemos decir de la anestesia a escoger, cuya elección es de suma importancia en muchos casos, pues es necesario que ésta sea aplicada a mujeres que a menudo han pasado de los 60 años, y para quienes una anestesia general puede significar un serio trauma quirúrgico.

En principio, tanto para la elección de la técnica, como para la decisión de la anestesia a escoger,

debe prevalecer el principio de que frente a una *afección que no pone en peligro de vida a la enferma, no es lógico que este peligro exista por el acto quirúrgico que debemos efectuar.*

Con estos fundamentos hemos actuado, y éstas han sido las directivas impuestas en la Cátedra del Prof. RODRÍGUEZ LÓPEZ. Concretando los datos de los cuadros estadísticos surge lo siguiente que expresa claramente el criterio general adoptado y que comentaremos.

### Anestesia

Tres han sido las anestésias utilizadas.

A) *La anestesia local y regional.* — Realizada con novocaína al 1 por 100 a la cual puede agregársele 20 gotas de adrenalina al 10/00 c/100 c.c. de la solución y 10 U de extracto retrohipofisario, lo que favorece la vasoconstricción haciendo que el campo operatorio sea más exangüe. Resulta el anestésico de elección en las ancianas, desnutridas y anémicas crónicas. Puede agregársele útilmente la infiltración de los nervios pudendos con la misma solución anestésica al 1 por 100 pura, con lo cual ampliamos el campo de acción y haciendo más eficaz nuestra anestesia.

En los últimos años hemos agregado a nuestras anestésias locales el uso de la hialuronidasa que pro-

longa la acción anestésica haciéndola más eficaz.

Creemos que la anestesia local y regional, bien ejecutada, y cuando a la enferma se le ha efectuado previamente una buena preparación con barbitúricos, y morfina, atropina, escopolamina, está particularmente indicada en la cirugía vaginal, y debe ser de elección en los prolapsos de las mujeres ancianas.

B) *El pentotal sódico en goteo continuo.* — Puede utilizarse aisladamente o como complemento de la anestesia local diluyendo una 1 gr. de pentotal sódico en 300 c.c. de suero glucosado isotónico. Conocemos esta técnica que goza de las justificadas preferencias de muchos ginecólogos, la cual, bien utilizada resulta poco peligrosa para las enfermas.

La hemos utilizado en algunos casos y lo consideramos un recurso útil, aunque, en general, una buena pre-medicación con la técnica que señalamos coloca a la enferma en condiciones excelentes para soportar sin mayores molestias la operación, bajo anestesia local y regional de los pudendos.

C) *La anestesia raquídea.* — Ha sido utilizada en un número importante de enfermas. Hemos preferido la percaína (7 ½ mgrs.) efectuando punciones bajas entre cuarta y quinta lumbar.

La consideramos particularmente indicada en enfermas jóvenes, a tensión arterial normal y para

quienes se hayan elegido técnicas que requieren operaciones largas, en las cuales un buen relajamiento perineal favorece las maniobras quirúrgicas.

D) *La anestesia por inhalación.* — Ha sido la más frecuentemente utilizada, ya sea el ciclopropano-éter o el éter solo. Ambas, en manos expertas, resultan relativamente inocuas, por lo cual han gozado de nuestras preferencias. Insistimos, sin embargo, en la conveniencia de que ésta pueda ir siendo substituída con ventaja, por la anestesia local y regional mucho menos peligrosa.

#### **Las técnicas utilizadas. Criterio adoptado**

Es indudable que al buscar lo mejor para cada caso, puede surgir una excesiva diversidad de técnicas a utilizar.

Nuestro criterio directriz podemos esquematizarlo en términos precisos que se adoptan a las técnicas elegidas, de acuerdo con principios básicos que esquematizamos.

1.º Transformar la vagina ancha y corta, en una vagina estrecha y de largo normal.

2.º Tratamiento del saco herniario, en el cual el cistocele es componente casi constante, diseccionando la fascia vesico vaginal, suturándola, y rechazando la vejiga hacia arriba.

3.º Actuar sobre el anillo herniario, constituido aquí por la am-

pliación hiatus uro-genital que debe ser normalizado.

4.º Colocar al útero en posición correcta, suprimiendo la inconveniente retroversión.

5.º Actuar sobre las complicaciones, corrigiéndolas.

6.º Correcta refacción del plano de los músculos elevadores, y rehaciendo la cuña perineal.

1) *Operación de Manchester Donald-Shaw o Fothergil.*—Ha gozado en la clínica de particular predilección por parte de los cirujanos. *Tiene su indicación particular en los casos de marcado cistocele, con descenso moderado del útero, con alargamiento hipertrófico del cuello, en mujeres de edad madura, entre los 45 a 65 años.*

Tiene el inconveniente, cuando se efectúa en la mujer en el período activo genital, que la técnica, al comportar la amputación del cuello uterino, predispone al aborto en embarazos sucesivos.

En estos casos utilizamos la variante de la parametrio fijación de Frank, sin amputar el cuello cuando éste no está alargado (histerometría no mayor de 8 cms.), con lo cual mantenemos en gran parte las ventajas innegables de este excelente recurso técnico, que corrige la retroversión cuando ésta no es muy acentuada, que es precisamente en la circunstancia que mayor tendencia tiene a descender a través de la vagina.

*No la consideramos indicada en*

los prolapsos totales del útero, pues consideramos que en estos casos, existen otras técnicas más apropiadas a estos grandes desplazamientos.

Su escasa morbosidad, su prácticamente nula mortalidad, y los excelentes resultados obtenidos con esta lógica operación, nos hacen decididos partidarios de la misma siempre y cuando se cumplan las condiciones establecidas para hacerla realmente efectiva en sus ulteriores resultados. En nuestra ca-suística fué realizada en 21 casos.

2) *La cistopexia por elevación de acuerdo con la técnica de Curtis o Halban.*—Este tipo de operación indicada particularmente en los casos en que la lesión principal es el cistocele. Sin histerocele y sin alargamiento hipertrófico del cuello uterino. Sin duda la disección de la fascia de Webster, y la elevación vesical, a la cual se le fija alta con beneficios, con un punto en jareta de acuerdo con la técnica de Gersuiny, que junto a la sutura por debajo de la fascia pre-vesical y la colporrafia anterior, llenan cumplidamente los objetivos deseados, lo que, completado con la colporrerieorrafia posterior, aseguran un éxito completo a la técnica escogida. En nuestra estadística fué utilizada con preferencia la técnica de Curtis, en 72 casos, la cual consideramos está a cubierto de la crítica formulada a la de Halban, de acortar la vagina por la forma de efectuar la sutura de la

fascia de Webster. La técnica de Halban incompleta en 41 enfermas.

3) *Operación de Halban completa.* — Esta valiosa técnica ideada por Halban, para tratar los prolapsos, con cistocele, historocele, con útero en retroversión y alargamiento hipertrófico del cuello, busca a la vez que efectuar el tratamiento del cistocele, por los recursos antedichos, corregir el vicio de posición uterina, la amputación del cuello, y la vesico-fijación alta, a la cara anterior y fondo del útero, suprimiendo el F. de S. vesico-uterino, favorecedor de recidivas en los casos de úteros retrovertidos. Es, sin duda, una técnica ingeniosísima y de óptimos resultados, cuando su indicación es precisa.

No obstante la mayor morbosidad post-operatoria, frente al Fothergill, han hecho que en nuestra estadística figure como realizada en menor proporción que ésta (15 casos).

Consideremos, además, que a pesar de las opiniones de algunas escuelas ginecológicas, no está indicada en las enfermas en período de vida activa genital susceptibles de nuevos embarazos.

4) *La operación de Spalding Richardson.* — Esta ingeniosa operación descrita por primera vez por Spalding en el año 1919, y puesta en práctica por Richardson en 1938, va cada vez más adquiriendo adeptos entre los ginecólogos, no existiendo aún grandes

estadísticas al respecto. En nuestra estadística figura en 10 casos, habiendo tenido en todas una evolución favorable.

Destacamos, sin embargo, que por tratarse de una operación larga y con múltiples tiempos, puede predisponer al shock, por lo cual la consideramos contraindicada en las mujeres ancianas, débiles o que han sido previamente anémicas. Esta operación compuesta respeta las fundamentales estructuras del sostén de los órganos genitales.

Tal conducta permite en el proceso de reparación consecutivo a la histerectomía supra-istmica y amputación del cuello, utilizar la fascia pre-vesical de Webster, los ligamentos de Mackenrodt, los ligamentos redondos y útero-sacros, las fascias pre-rectales, para culminar la operación con la reparación del piso perineal. *La consideramos particularmente indicada en los casos de miomas uterinos de mediano tamaño coexistiendo con prolapso uterino, y un cuello alargado o con evidentes lesiones de cervicitis crónica.*

En nuestro país acaba de comentarse un importante trabajo de los Profesores GROTTOGINI y GIAMPIETRO, con la base de 50 casos, con buena evolución post-operatoria.

5) *La interposición quirúrgica de Wertheim-Shauta.* — Esta operación es llamada por los autores americanos de Watkins por entender que fué este autor quien pri-

mero la describió en el año 1898, utilizando a la vez el término de *transposición quirúrgica.*

En nuestra estadística figura un solo caso, y eso da la idea del poco favor que la misma ha gozado.

Consideramos que es una técnica que va entrando en desuso, pues ha sido substituída por otras más eficaces y menos peligrosas.

La transposición del útero, al que se le coloca forzosamente por delante de la vejiga, además de provocar molestias diversas derivadas de la posición anormal en que se le ha colocado, determina fatalmente una estasis circulatoria generadora de nuevos transtornos. Como además es una operación que sólo puede indicarse en mujeres post-menopáusicas, el sostén que provoca un útero pequeño en involución es sólo relativo, con el inconveniente todavía de la posibilidad de una retención de secreciones y piometra consecutiva, determinada por dificultades de fácil drenaje en la posición artificial en que el cirujano lo ha situado. Por todo lo señalado creemos que es lógico que esta técnica vaya perdiendo adeptos entre los ginecólogos actuales.

6) *La histerectomía total por vía vaginal. Colpectomía total y masculinización del piso perineal.*

—Esta técnica que ha sido adoptada por el Profesor M. RODRÍGUEZ LÓPEZ, y será presentada en este Congreso, cuenta ya en la estadística de la Clínica con una experien-

cia de 9 casos al finalizar el año 1953.

No vamos, pues, a ocuparnos del detalle de la misma, cuyos tiempos han sido perfectamente ajustados como surge claramente a través de la película de esta operación que será proyectada. *Tiene sus indicaciones en los grandes prolapsos de las mujeres post-menopáusicas con úteros enfermos; susceptibles de cauterización.*

Requiere para ser efectuada un buen estado general de las enfermas, y la indemnidad de sus sistemas fundamentales. Exige además una buena preparación pre-operatoria teniendo en cuenta que es una operación algo larga, que puede determinar shock.

*Es preciso además utilizarla solamente en las mujeres que han abandonado definitivamente la vida sexual.*

Respecto del primer tiempo de esta operación, es decir, la *histerectomía total por vía vaginal*, conocemos las estadísticas favorables de la Clínica Mayo, de CAMPBELL, PHANEUF y WARD, y las reservas a esta técnica que impone R. TE LINDE, escogiéndola sólo «para los úteros prolapsados y enfermos».

Nuestra impresión a través de los casos tratados, es muy buena, consiguiéndose con la misma una sólida reparación del piso perineal.

Destacamos, sin embargo, que exige una exacta valoración de las

condiciones generales de las enfermas, y de las características del prolapso a tratar.

7) *La colpectomía sub-total u operación de Le Fort.* — Esta técnica descrita por LEON LE FORT, en 1877, goza con razón de la preferencia de los ginecólogos para el tratamiento del prolapso de las ancianas.

Su sencillez técnica; el poco traumatismo quirúrgico que determina; la ventaja que significa poderla realizar bajo anestesia local, hacen de ella un recurso invalorable en estos casos.

En la clínica a que pertenecemos, por inspiración de nuestro jefe se le ha hecho el útil agregado que no la complica, y que la prolonga sólo en pocos minutos, de efectuar como tiempo complementario de la misma, la miorragia de los musculos elevadores. Este tiempo, mejora los resultados, evitando así posibles recidivas.

En nuestra estadística figura esta técnica en 9 casos, todos con buena evolución.

8) *Comentario general de otros problemas técnicos que pueden crear los prolapsos genitales.* — Sería necesario para completar este capítulo, la cirugía de los prolapsos genitales, comentar otras técnicas menos usadas, pero que pueden tener su indicación en determinados casos.

No ha sido nuestro propósito al elaborar este trabajo agotar el tema de la cirugía del prolapso, y so-

lamente comentarlo en una estadística.

Me voy a referir, sin embargo, brevemente a algunos puntos de verdadero interés en la apreciación del problema en estudio.

A.—*El prolapso de las mujeres sometidas previamente a histerec-tomías.*—Este problema técnico se resuelve muy bien por la colpectomía total seguida de masculinización del piso perineal, agregándole en el caso de cuello restante, la extirpación del mismo (Trabajo de A. STABILE sobre el tema). En nuestra estadística figuran 5 enfermas tratadas con este procedimiento.

B.—*El problema que crea el enterocele o hernia del F. de S. de Douglas.* — Puede en estos casos optarse por la *técnica de Marion*, por vía abdominal, cerrando con varios planos de sutura el F de S. de Douglas.

Nuestras preferencias se inclinan sin embargo a la solución del problema por vía baja, convencidos de que ésta es la técnica apropiada a esta cirugía, y con esas directivas tratamos la complicación que comentamos, al modo propuesto por J. W. A. HUNTER, como agregado a la técnica de Fotberfill, abriendo por vía vaginal el F. de S. de Douglas, que se reduce, y se cierra mediante una sutura en bolsa, y efectuando luego la unión a puntos separados de los ligamentos útero sacros.

C.—*El uretro-cistocele y la in-*

*continencia urinaria.* — Consideramos que el problema de las vejigas incontinentes concomitantes con el uretro-cistocele, es un problema en el cual es preciso analizar varios aspectos del mismo, y que aquí la colaboración del urólogo es indispensable. En la clínica del Profesor RODRÍGUEZ LÓPEZ, el examen urológico es de rigor, en todas las enfermas que deben ser operadas. No vamos a entrar en el detalle de esta importante cuestión que puede transformarse, en algunos casos, en el punto fundamental a resolver.

Sólo diremos que para los simples, en los cuales la incontinencia al esfuerzo está determinada por la dislocación de las fibras circulares de la uretra y del esfínter vesical por el uretro-cistocele, resolvemos el problema mediante la restitución de la vejiga y la uretra a su arquitectura normal, la reparación de la fascia de Webster y la reparación de los tejidos desgarrados o atónicos del cuello vesical, mediante la colocación de dos o tres puntos en U a este nivel, colocados del centro a afuera en planos superpuestos y mediante el auxilio de una sonda Pezzer colocada en la vejiga, que marca el sitio exacto del cuello vesical, a nivel del cual se efectúan las suturas (técnica de H. Killy).

En cuanto a otras intervenciones más complejas para tratar la incontinencia urinaria, quedan reservadas para los casos graves y

bien realizadas se acompañan de éxitos señalados.

### Complicaciones post-operatorias

Al comentar estas complicaciones no nos vamos a referir a las generales a todo acto quirúrgico, sino a las particulares de la operación misma, que surgen del estudio de las historias clínicas que componen la estadística que presentamos.

De un modo general puede expresarse que el post-operatorio de estas enfermas es tranquilo, y que es poco frecuente la aparición de complicaciones serias.

1. *Cuadro de Shock*.—Sólo anotamos dos casos, la incidencia de un *estado de shock* que siguió a operaciones largas, en enfermas, pasando los 60 años, cuadro que fué en todos los casos bien yugulado con el tratamiento instituido.

2. *Genitorragias*.—Pueden surgir en las horas primeras del post-operatorio, o aparecer en la segunda semana que sigue a la operación.

Están vinculadas habitualmente a fallas en la hemostasis de los plexos venosos peri-vesicales, que en algunas enfermas adquieren un desarrollo desmesurado.

Pueden también en la segunda semana, ser consecutivas a un hematoma en tren de infectarse, del mismo origen. Descartamos desde luego las hemorragias que puedan surgir de la falla en las ligaduras

arteriales, las cuales no aparecen cuando se ha utilizado una técnica correcta.

En nuestra estadística fueron observadas 3 genitorragias de poca intensidad y pocos días de duración.

3. *Las complicaciones urinarias*.—Son frecuentes los pequeños trastornos consecutivos al cese de la sonda vesical (cistitis, polaquiuria, hematuria, ardores) que se mejoran rápidamente con instilaciones de sales de plata, y supositorios sedantes. En cuanto a la retención de orina, de patogenia compleja, no ha sido de aparición frecuente en esta estadística, y está vinculada no sólo al trauma quirúrgico al efectuar los necesarios desplazamientos de la misma y la cistopexia correctora con la posible lesión de los filetes terminales del tercero y cuarto por sacro, sino a la necesidad de readaptar a las nuevas condiciones post-operatorias las vejigas con gran atonía o, por el contrario, hipertrofiadas, según los casos.

Este accidente desaparece en pocos días sin crear mayores preocupaciones al ginecólogo tratante.

4. *La infección vaginal*.—Aparece complicando el post-operatorio, y se pone en evidencia, dando lugar a fiebre, dolores y secreción purulenta a nivel de los genitales externos.

Da lugar a las fallas de la sutura observada en tres casos en nuestra casuística, y cuando es más se-

ria, puede complicar el tejido celular pelviano con su cadena linfática y venosa.

La trombosis consecutiva agrava entonces un post-operatorio hasta ese momento silencioso.

Una buena preparación pre-operatoria de la región que será objeto de la plastia, y un tratamiento profiláctico con antibióticos en los primeros días del post-operatorio nos ponen en general al abrigo de esta desagradable y peligrosa incidencia.

5. *Cuadro pulmonar.* — Es de temer en la mujer que pasa de los 65 años, máxime si es necesario el empleo de la anestesia general.

En nuestra casuística aparece en tres oportunidades, y en uno de los casos con el carácter de una broncoplegia grave, irreductible a la broncoaspiración, que determinó el fallecimiento de la enferma, siendo éste el único que registramos en la estadística.

Consideramos que el empleo cada vez más frecuente de la anestesia local y el levantamiento precoz de las ancianas evitarán la producción de cuadros graves como el comentado.

### RESULTADOS A TRAVES DE LAS TECNICAS PRACTICADAS

El análisis de los mismos pone claramente en evidencia, la bondad de los resultados obtenidos.

Sin duda y siempre que las condiciones del estudio de los sistemas no contraindiquen seriamente

la intervención, ésta debe ser de elección en el tratamiento de esta hernia genital.

La escasa morbosidad que surge de las estadísticas comentadas, a lo que contribuye la elección del anestésico más inocuo y de la técnica apropiada para cada caso, descartando peligrosos apasionamientos, que extienden con exceso las indicaciones de las mismas, hacen que el tratamiento por pesario quede cada vez más restringido al prolapso de las ancianas que han pasado la etapa quirúrgica.

Los incidentes, en general de poca entidad, que han surgido en el post-operatorio, los cuales han sido resueltos favorablemente con la terapéutica instituída, la mortalidad baja registrada que en nuestra casuística (0.49 por 100) fué debida a una complicación pulmonar grave; y el escaso número de las recidivas (0.98 por 100), nos inclinan a proseguir en la vía escogida al precisar la elección de los métodos propuestos como los más apropiados siendo nuestra preocupación perfeccionarlos cada vez más dentro de las directrices ya trazadas.

### SINTESIS FINAL

Con lo expresado, creemos haber dado una idea de conjunto del tratamiento de los prolapsos genitales de acuerdo con los fundamentos básicos que presiden las técnicas que realizamos.

Consideramos, pues, como ya lo señalamos en el curso de este trabajo, que de una apreciación exacta de los factores etio-patogénicos en causa, del grado de prolapso; de la edad de la enferma, con la posibilidad de nuevos embarazos, del tipo de prolapso y de las condiciones generales de cada enferma; va a surgir la indicación precisa de la técnica a adoptarse, condicionada a cada caso, con el *principio funda-*

*mental de que dentro de las múltiples facetas que presentan los prolapsos genitales, un concepto debe prevalecer, el de tratarse de una hernia a través del hiatus genital, que debe ser resuelta por tanto con los principios quirúrgicos generales, adoptados a este caso particular, sin lo cual las soluciones técnicas utilizadas adolecerán siempre de falta de bases lógicas, favoreciendo por tanto la aparición de inevitables recidivas.*