

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA RELAJACION DE LA PARED ANTERIOR DE LA VAGINA

Dr. GUIDO SAMAME BOGGIO (\*)

### SUMARIO

El 52.15%, o sean 291 casos del total de prolapsos genitales operados en los últimos 3 años, en nuestro servicio, lo fueron con la técnica de Curtis modificada, para corrección de las lesiones del segmento anterior de la vagina: uretrocele y cistocele.

Se exponen los resultados.

---

La relajación vaginal que sufre la mujer después del parto es muy frecuente, si bien es cierto que la mortalidad es mínima, pero en cambio, la morbilidad resultante es bien notoria.

Es por eso que hemos adoptado el "perfil vaginal" como sistema para localizar y clasificar la extensión de los defectos anatómicos, para determinar la progresión o regresión de las lesiones y finalmente para el tratamiento efectuado.

Siguiendo estos lineamientos, es que nos vamos a ocupar del tratamiento quirúrgico del segmento de la pared anterior, o sea el uretrocele y cistocele,

ya que casi siempre hay coincidencia del uno con el otro. Las lesiones, casi siempre obstétricas, que se producen sobre el trigono vesical y la fascia pubo-vésico-cervical son las responsables de esta afección, sin embargo, a veces vemos en la mujer nulípara presencia de uretrocele y muy rara vez de cistocele.

La técnica que hemos empleado, depende de cada caso, y ello plantea un problema terapéutico, teniendo en consideración el grado de relajación, la gravedad de la incontinencia, la edad, la función sexual, la paridad, el estado hormonal y el estado general. En honor a la verdad, debemos decir que la técnica que usamos no es del todo pura, pues con el tiempo la hemos ido modificando, hay ocasiones en que hacemos el corte de un modo, suturamos de otro; en fin no es posible decir que nos ajustamos totalmente a la técnica descrita por cada autor.

La operación de Curtis, es la que más hemos efectuado, así tenemos que en los últimos años, de 515 enfermas

---

(\*) Médico del Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza.

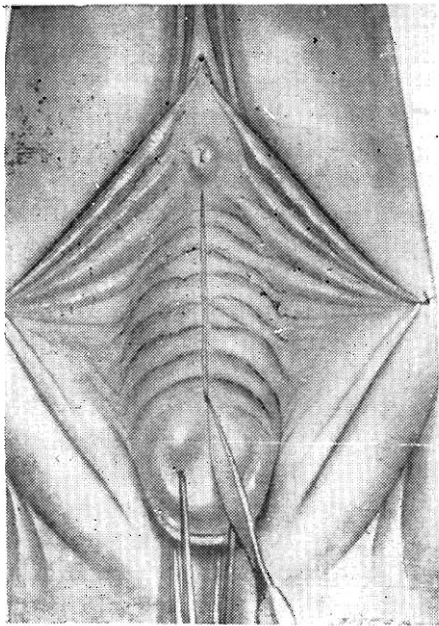


Figura N° 1

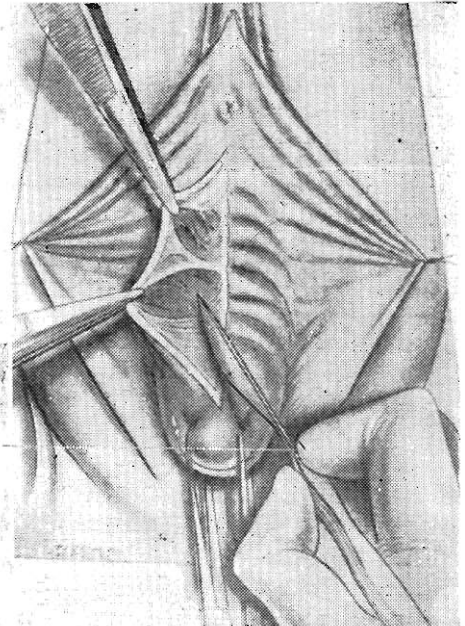


Figura N° 2

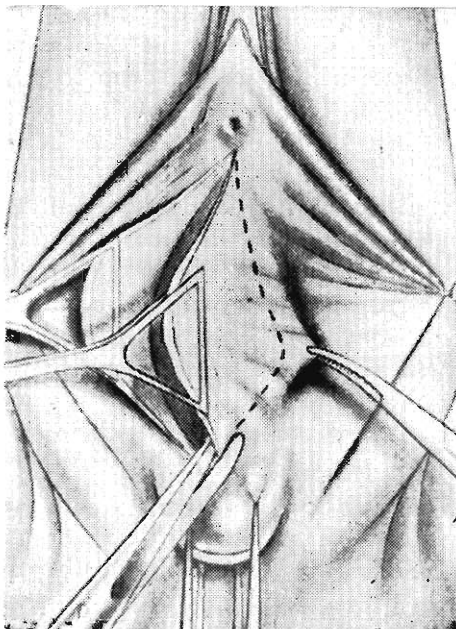


Figura N° 3

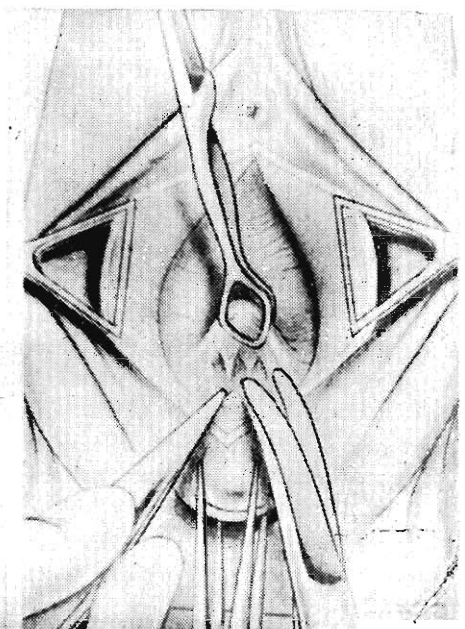


Figura N° 4

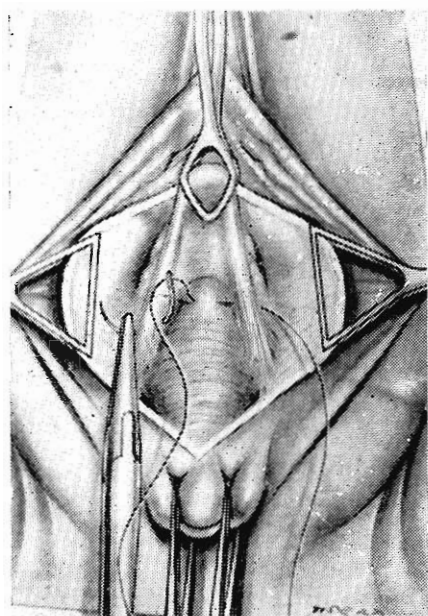


Figura N° 5

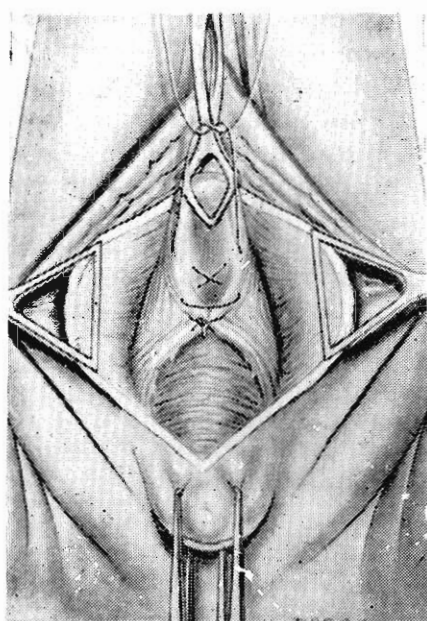


Figura N° 6

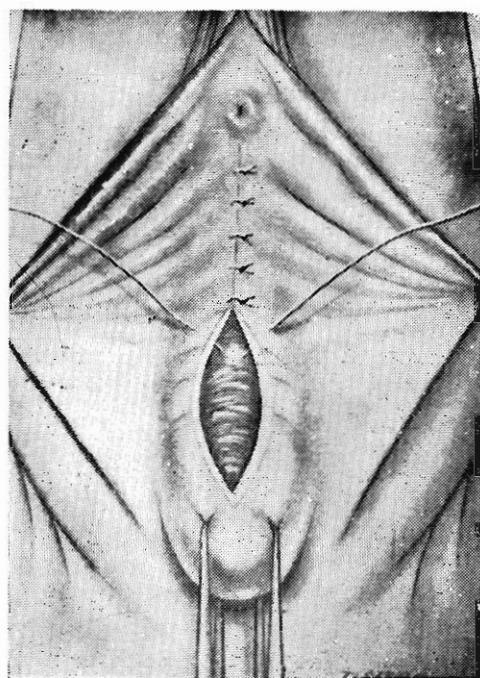


Figura N° 7

operadas por prolapso genital en el Servicio de Ginecología del Pab. 5. salas 2ª y 3ª, 291 fueron tratadas mediante la operación de Curtis. El procedimiento operatorio ha sido el siguiente:

1.— Paciente en posición ginecológica.

2.— Anestesia local por infiltración con Xilocaina, al 0.5% con o sin epinefrina, según el caso, también usamos anestesia raquídea y la general.

3.— Incisión en T invertida a través de la pared vaginal, teniendo como límites, por arriba a 1 cm. de la uretra y por abajo en la reflexión de la mucosa vaginal sobre el labio anterior del cuello.

4.— Por disección, al inicio con tijeras de Mayo, y después roma, obtenemos dos colgajos que constituyen la

mucosa vaginal, dejando la pared fibroconjuntiva profunda adherida a la vejiga.

5.— Afrontamiento de los pilares de la vejiga en la línea media al cuello del útero mediante 2 a 3 puntos con catgut crómico N° 1 o Dexon N° 1, mediante este tiempo ocluimos el hiatus, concluimos dando algunos puntos de aproximación de la fascia en la línea media con catgut crómico N° 0.

6.— Resección del sobrante de la mucosa vaginal de cada colgajo.

7.— Colporrafia anterior con catgut crómico 0, en lo posible evitamos dejar espacios muertos.

8.— Colocación de sonda Foley por cuatro días. No usamos taponamiento. Esta operación por lo general la completamos con una perineoplastia en la que tomamos los elevadores usando catgut crómico N° 1.

En los casos de uretrocele con incontinencia de orina hemos practicado la operación de Kelly, siguiendo los siguientes pasos:

- a) Anestesiada la enferma, colocamos la sonda de Foley y efectuamos la incisión sobre la línea media.
- b) Despegamos la vejiga y una buena porción de uretra.
- c) Palpamos el balón de la sonda y lo hacemos jugar de arriba abajo para comprobar el lugar donde se detiene, para así lograr identificar el cuello vesical.
- d) En el infundibulo uretrovesical efectuamos el punto clásico en "U" transversal, tomando tejido de ambos lados del cuello vesical con seda N° 0; en algunas oportunidades efectuamos otro punto de Kelly sobre el primero.

e) Recorte de la pared vaginal excedente y cierre con puntos separados con catgut crómico N° 0.

Esto es cuanto a la técnica operatoria, y podemos decir que nuestros resultados han sido halagadores, obteniendo muy pocas recidivas.

En nuestra serie de 325 operadas, tenemos que observar que el mayor porcentaje de operadas, está en la edad de 45 a 49 años, teniendo 69 casos, que nos hace un porcentaje del 21.23%, siendo la edad mínima de 25 años y la máxima de 75 años, la edad promedio fue de 47 años. Tabla N° 1.

En cuanto al número de hijos, podemos observar la tabla N° 2, y en él podemos apreciar que el mayor porcentaje se presenta en aquellas pacientes que tuvieron entre 4 y 6 hijos, lo que da un porcentaje de 40.65%.

En lo referente al tipo de operación efectuada, podemos observar en la tabla N° 3 que la operación de Curtis, fue la que más se efectuó, habiendo hecho un total de 291 operaciones, lo que nos da un porcentaje de 52.15%.

TABLA N° 1

Vº CONGRESO PERUANO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
CISTOCELE — URETROCELE

EDAD

Edad	Nº Enfermas	Porcentaje
25 - 29 años	10	3.07 %
30 - 34 años	25	7.07 %
35 - 39 años	40	15.07 %
40 - 44 años	47	14.46 %
45 - 49 años	69	21.23 %
50 - 54 años	39	12.00 %
55 - 59 años	33	10.15 %
60 - 64 años	30	9.23 %
65 - 69 años	18	5.54 %
70 o más años	5	1.54 %
TOTAL	325	

TABLA N° 2  
V° CONGRESO PERUANO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
PARIDAD

N° de hijos	N° de casos	Porcentaje
1 a 3 hijos	50	15.38 %
4 a 6 hijos	132	40.65 %
7 a 9 hijos	94	28.92 %
10 a 12 hijos	32	9.84 %
13 a 15 hijos	16	4.92 %
16 o más hijos	1	0.30 %
TOTAL	325	

TABLA N° 3  
V° CONGRESO PERUANO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
CISTOCELE — URETROCELE  
TIPO DE OPERACIONES

	N° de casos	Porcentaje
Curtis	291	52.15 %
Kelily	11	1.97 %
<b>OPERACION COMPLEMENTARIA</b>		
Perineoplastia	256	45.87 %

La operación de Kelly, sólo se efectuó en 11 casos. con un porcentaje de 1.97 %.

Como operación complementaria, se efectuó en una buena mayoría de enfermas la Perineoplastia, habiendo llegado a efectuar 256 operaciones de este tipo con un porcentaje de 45.87 %.

En lo referente a la morbilidad, podemos decir que hemos tenido 100 complicaciones, lo que nos da un porcentaje de 32.5 %. Siendo la Cistitis y la Uretritis, las complicaciones más fre-

cuentes habiendo tenido 51 casos, en orden de frecuencia, siguió la retención urinaria con un 34 %, la infección de la herida operatoria, la hemorragia y alergia medicamentosa fueron un porcentaje muy reducido, como apreciamos en la tabla N° 4.

TABLA N° 4  
V° CONGRESO PERUANO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
COMPLICACIONES

Operadas	325	Porcentaje
Morbilidad	100	32.50 %
	N° de casos	Porcentaje
Cistitis-Uretritis	51	51 %
Retención urinaria	34	34 %
Inf. herida operatoria	7	7 %
Hemorragia	7	7 %
Alergia medicamentosa	1	1 %

Por último, debemos decir que en cuanto a la hospitalización, ésta llegó desde los 5 días a los 45 días, siendo el mayor porcentaje del décimo al catorceavo día con un 48 %, el promedio fue de 12 días, tabla N° 5.

TABLA N° 5  
V° CONGRESO PERUANO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
HOSPITALIZACION

N° de días	N° de casos	Porcentaje
5 a 9 días	92	28.30 %
10 a 14 días	156	48.00 %
15 a 19 días	34	10.46 %
20 a 24 días	31	9.53 %
25 a 29 días	6	1.84 %
30 a 34 días	2	0.61 %
35 o más días	4	1.23 %

## BIBLIOGRAFIA

- RICHARD W.T. LINDE: Ginecología Operatoria. Pág. 563.  
CALATRONI RUIZ: Terapéutica Ginecológica. Pág. 607.  
NOVAK-JONES-JONES: Tratado de Ginecología. Pág. 311.

- PRIMER CONGRESO PERUANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA: Primer Tomo. Pág. 162.  
RAYMOND A. LEE: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Pág. 1101.  
DELFIN GALLO: Ginecología Panamericana. Pág. 341.