

HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL

Dr. ENNIO ROCCA GAGGERO (*)

SUMARIO

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de la Histerectomía Vaginal y Plastía para el tratamiento del prolapso genital, realizado en 88 pacientes en el Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza (Pabellón 5-II).

Se actualizan los principios estáticos en que se fundamenta el método y se señalan las diferentes técnicas empleadas, sus indicaciones y contraindicaciones.

En nuestra casuística enfatizamos la edad, paridad, sintomatología y grados clínicos del prolapso.

Resaltamos que la histerectomía vaginal y plastía, la indicamos en pacientes premenopáusicas con relajación pelviana de II ó III grado, empleando la técnica de Mayo con algunas modificaciones.

INTRODUCCION

Es por todos aceptado que el tratamiento de elección para la cura del prolapso genital es el quirúrgico y no

hay duda que la mejor vía es la vaginal.

Conocemos diversas técnicas para corregir la relajación pelviana: En unas, el útero se conserva y se restauran en la medida posible los elementos cuya lesión determinó el prolapso, tales son las operaciones de Halban, Curtis, Manchester (2), (8), (10), (16), etc.

En otras, se procede a la histerectomía vaginal, complementada en todos los casos con plastía vaginal a expensas de los elementos de sostén y suspensión, para conseguir resultados anatómicos satisfactorios.

Estamos de acuerdo en no limitar el tratamiento de la relajación pelviana al uso de una sola técnica; podemos afirmar que no existe una operación ideal o única para corregir tal defecto.

La elección del método quirúrgico adecuado, para una paciente con prolapso, estará supeditada a las condiciones clínicas que presenta cada caso y al polimorfismo de las lesiones asociadas y deberá estar condicionada a la evaluación de los siguientes facto-

(*) Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza.

res: Edad, Paridad, Deseos de más hijos, Vida Sexual Activa, Condiciones generales y locales de la paciente y, a su vez, que pueda cumplir con los siguientes objetivos: Restitución Anatómica, Restitución Funcional y Curación definitiva.

Fundamentos de la Histerectomía Vaginal y Plastía

La conservación del útero no es decisiva para el resultado estático, siendo los ligamentos de suspensión de dicho órgano (Ligamentos de Mackenrodt, úterosacros y ligamentos uteroováricos) los que, reunidos en la parte media, van a servir de elementos de sostén y fijación de la cúpula vaginal, siendo éste el principio en el que se basan las técnicas de histerectomía vaginal para la cura del prolapso genital (Fig. 1).

De acuerdo a estos conceptos, se prefieren aquellas técnicas que utilizan los ligamentos de sostén del útero para formar un diafragma aponeurótico medio, éstos al ser seccionados en su proximidad al útero y al unirlos en la línea media, quedan con suficiente tensión para soportar por arriba el peso de la masa abdominal y, por abajo, a la cúpula vaginal.

La operación se complementa realizando siempre la plastía anterior, corrigiendo el ángulo uretrovesical posterior por medio de los puntos de Kelly y practicando la perineoplastia que siempre debe efectuarse.

TECNICAS DE HISTERECTOMIA VAGINAL Y PROLAPSO GENITAL

Desde que Czerny (13) en 1878 estableció los principales técnicos de la histerectomía vaginal, se han efectuado muchas modificaciones, siendo Fritsch (1), (9) el primero en indicarla para el tratamiento radical del prolapso genital; posteriormente Mayo (8) (1915) perfeccionó la técnica de Histerectomía Vaginal como indicación para el tratamiento del prolapso genital, para lo cual reúne los muñones de los ligamentos en la línea media formando una base de sustentación sólida en la cual puede fijarse la fascia pubocervical así como el muñón vaginal.

Campbell (1), (8), (9), (16), modifica la técnica de Histerectomía Vaginal para la cura del prolapso, sigue los lineamientos de la técnica de Mayo al unir los ligamentos redondos y de Mackenrodt en la línea media, pero los úterosacros los lleva hacia el pubis, formando un plano de sustentación sobre el cual descansan la vejiga y los ligamentos antes suturados.

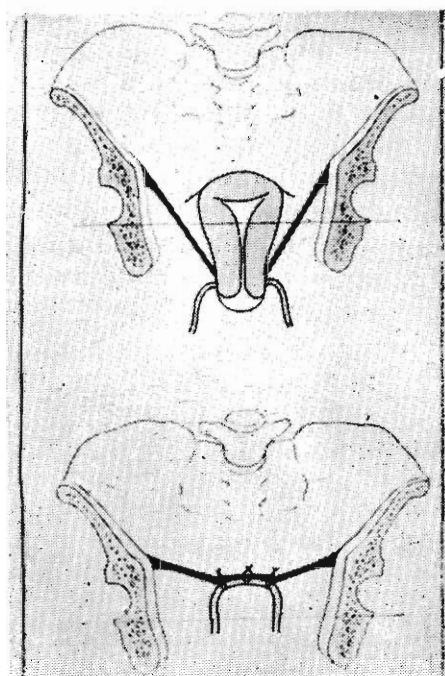


Figura N° 1

Heaney N. (5), (16), sutura los muñones de los ligamentos redondos, Mackenrodt y úterosacros a los ángulos laterales de la herida vaginal, incluyendo el peritoneo y vagina, realizando la fijación lateral del muñón vaginal.

Como observamos, existen varias técnicas de histerectomía vaginal para la cura del prolapso genital y que, día a día vienen siendo modificadas de acuerdo a la experiencia del operador y que hacen que la elección de una determinada técnica, dependa en gran medida del adiestramiento y pericia del ginecólogo.

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA

La histerectomía vaginal y plastía para la cura del prolapso genital tiene sus indicaciones precisas: (1), (2), (3), (6), (9), (10), (11), (13), (16).

- a) En diversos grados de prolapsos uterinos con cistoceles y/o rectoceles y enteroceles sintomáticos, presentes en pacientes premenopáusicas o menopáusicas.
- b) En pacientes "jóvenes" multiparas que presentan prolapso de II ó III y que no desean más descendencia.
- c) En pacientes con prolapso genital sintomático y que presentan patología asociada úteroanexial, tales como: Miomas de mediano tamaño, hemorragias disfuncionales recurrentes, patología cervical uterina benigna o carcinoma In Situ del cervix.
- d) Los prolapsos genitales de II ó III grado acompañados de útero atrófico.

Contraindicaciones

La histerectomía vaginal y plastía para la cura del prolapso genital tiene las siguientes contraindicaciones:

- a) Los casos de prolapso y cáncer invasivo del cervix, grados II ó III.
- b) Los prolapsos genitales asociados a endometriosis externas.
- c) Los prolapsos genitales con miomas enclavados o fijos.
- d) Los prolapsos con secuelas inflamatorias pélvicas.
- e) Las laparotomizadas anteriores y que se haya actuado sobre el aparato genital.

Después de esta disquisición, pasaremos a señalar nuestra experiencia en el manejo e indicación de la histerectomía vaginal y plastía en el tratamiento del prolapso genital.

MATERIAL

En el Servicio de Ginecología-Pabellón 5. Sala II, del Hospital Arzobispo Loayza, en el período comprendido entre enero 1971 y diciembre 1973, de 973 operaciones efectuadas para la cura del prolapso genital en sus diversos grados en 88 pacientes, o sea el 9%, se les practicó histerectomía vaginal con plastía.

METODOS

A cada una de las pacientes se le confeccionó historia clínica completa, examen ginecológico investigando incontinencia de orina al esfuerzo, grado de distopia, evaluación de existencia de enterocele, exploración bimanual del cuerpo uterino y anexos, para excluir la existencia de patología útero anexial incompatible con histerectomía vaginal; despistaje de cáncer por

el método de Papanicolaou y los exámenes biópsicos que se consideraron necesarios.

En todas se hizo urocultivo preoperatorio y si fue positivo se le trató previamente. Riesgo quirúrgico y análisis de rutina.

TECNICA QUIRURGICA

(1), (4), (5), (8), (10), (15), (16).

La técnica empleada en todos nuestros casos es la de Mayo con algunas modificaciones.

Procedemos de acuerdo a los siguientes pasos:

- a) Colpotomía media anterior, con movilización de la mucosa vaginal.
- b) Rechazo de la vejiga a nivel del septum supra-vaginal, ligadura y sección de los pilares. Visualización del pliegue vésico uterino. apertura de éste y reparo de hilo.
- c) Incisión circular posterior del cuello y se procede a separar la mucosa vaginal posterior de Douglas, esto permite visualizar los ligamentos útero-sacos y base de los ligamentos anchos.
- d) Apertura del repliegue peritoneal posterior.
- e) Introduciendo el dedo índice en la brecha peritoneal, identificamos los úteros sacros y los Mackenrodt, los que son pinzados, seccionados y ligados, con doble ligadura y dejando largos los cabos.
- f) Se pinza, corta y liga las arterias uterinas de uno y otro lado.
- g) Se procede a vascular el fondo uterino y luego se pinza el conjunto

de ligamento redondo, trompa, ligamento útero-ovárico y parte alta del ligamento ancho, se secciona y sutura con doble ligadura dejando los cabos largos.

- h) Peritonización en bolsa de tabaco, dejando los pedículos extra-peritoneales.
- i) Revisión de hemostasia. Unión de los muñones a la línea media, el del lado derecho con su congénere del lado opuesto, dejando los cabos largos.
- j) Se procede a la plastía anterior con plicadura de la fascia prevesical, por medio de puntos separados. En este tiempo se realiza la corrección del ángulo vésico uretral posterior por medio de los puntos de Kelly.
- k) Resección de la mucosa vaginal sobrante, fijación y cierre de la cúpula vaginal, pasando los catgut de los pedículos anteriores (ligamento ancho, ligamento redondo, útero ovárico y trompa) a la parte de la mucosa anterior y los cabos de los ligamentos útero-sacos y Mackenrodt a la mucosa posterior. Cierre del resto de la mucosa vaginal con puntos separados.
- l) Colpoperineorrafia posterior con miorrafia de los elevadores. Se deja sonda de Foley por cuatro días.

RESULTADOS

Del estudio realizado en las historias clínicas de las 88 pacientes que fueron sometidas a histerectomía vaginal y plastía, según técnica antes señalada, encontramos los siguientes resultados:

TABLA Nº 1
**PROLAPSO GENITAL
 HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA**

Edad	Nº de casos	Porcentaje
31 a 35 años	2	2.28 %
36 a 40 "	7	7.98 %
41 a 45 "	9	10.22 %
46 a 50 "	9	10.22 %
51 a 55 "	18	20.40 %
56 a 60 "	14	15.90 %
61 a 65 "	10	11.36 %
66 a 70 "	12	13.63 %
71 a 75 "	1	1.13 %
76 a 80 "	5	5.78 %
81 a 85 "	1	1.13 %
TOTAL	88	100.00 %

Edad mínima	32 años
Edad máxima	83 años
Edad promedio	55.9 años

TABLA Nº 2
**PROLAPSO GENITAL
 HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA**

PARIDAD

Partos	Nº de casos	Porcentaje
0 a 4	28	31.81 %
5 a 9	44	50.00 %
10 a 14	15	17.04 %
15 a 19	1	1.15 %
TOTAL	88	100,00 %

Promedio	6.6 Partos
----------	------------

TABLA Nº 3
**PROLAPSO GENITAL
 HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA
 SINTOMATOLOGIA**

Síntomas	Nº	%
Tumoración	88	100
Polaquiuria	22	25
Disuria	27	31
I.U.E.	32	36
Dolor	30	34
Dispareunia	5	7

Lumbar	{	Ardor	11	30	34
		Hincado	4		
Hemiabd. Inf.	{	Pesadez	15	5	7
		Irrad. L.	6		

TABLA Nº 4
**PROLAPSO GENITAL
 HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA
 ENERO 1971 A DICIEMBRE 1973**

Grado de Prolapso	Nº de casos	Porcentaje
P.G. III Grado	65	74 %
P.G. II Grado	23	26 %
P.G. I Grado	0	0 %
TOTAL	88	100 %

TABLA Nº 5
**PROLAPSO GENITAL
 HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA
 MORBILIDAD P.O.**

	Nº de casos	Porcentaje
Infección urinaria	45	51 %
Retención urinario P.O.	21	23.8 %
Infección de Muñón Vag.	4	4.5 %
Hemorragia tardía	8	9 %
Granuloma de Muñón Vag.	2	2.7 %

TABLA Nº 6
**Nº DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRANSFUSION
 DE SANGRE DURANTE LA HISTERECTOMIA
 VAGINAL**

Cantidad de sangre	Nº de pacientes	%
500 cc.	32	36
1000 cc.	3	3

TABLA Nº 7
**HISTERECTOMIA VAGINAL Y PLASTIA
 TIEMPO DE HOSPITALIZACION POST-OPERATORIO**

Días	Nº	%
5 - 9	33	37
10 - 14	32	36
15 - 19	16	18
20 - 24	3	3
25 - 29	3	3
30 - 34	—	—
35 - 39	—	—
40 - 44	—	—
45 - 49	1	1

Tiempo mínimo	5 días
Tiempo máximo	45 días
Tiempo promedio	12 días

DISCUSION

Del estudio de las 88 histerectomías vaginales y plastías podemos observar en la Tabla N° 1 que el mayor número de intervenciones (18) se hicieron en pacientes entre 51 y 55 años, lo que representa un 20.4%. La edad promedio fue de 56 años, la edad mínima 32 y la máxima 83 años, que demuestra que la histerectomía vaginal con plastía para la cura del prolapso genital está indicada en pacientes premenopáusicas o menopáusicas, datos de acuerdo con la experiencia de otros autores (1), (2), (3), (7), (14), confirmando que la relajación vaginal es consecuencia de la disminución del tono de los elementos de sostén y apoyo del piso pelviano, por un estado de hipoes-tonismo (2), (7), (13), (14).

La Tabla N° 2 nos informa que la histerectomía vaginal con plastía se practicó en grandes multíparas, habiendo sido el promedio de partos de 6.6, lo que demuestra que los partos son factor determinante de lesiones y relajación del piso pelviano, facilitando, en esta forma, el descenso o caída de los órganos pelvianos (1), (7), (14), (16).

Como se observa en la Tabla N° 3, el síntoma tumoración estuvo presente en el 100% de los casos, dato justificado por ser las pacientes portadoras de prolapso de II y III grado, le siguen en orden de frecuencia, los síntomas urinarios, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo con un 36%, el de mayor incidencia. El dolor lumbar y el hipogástrico se manifestaron en el 34% de nuestros casos. Semejantes resultados han sido puestos de manifiesto por otros autores (2), (7), (8), (10), (13), (14), (16).

En la Tabla N° 4 se encuentran los grados de prolapsos en los que se empleó la histerectomía vaginal con plastía, siendo el prolapso genital de III grado con 74%, el de mayor indicación. En el grado I no se empleó.

En la Tabla N° 5, se observa la incidencia de morbilidad post-operatoria en nuestra casuística, la infección urinaria estuvo presente en el 51% de los casos y, determinada como es sabido, por la inserción de la sonda de Foley. Esta incidencia es semejante a la de otros autores (7), (12), (14), (16).

La retención urinaria se presentó en el 23% de los casos.

Otras complicaciones tales como: infección de muñón vaginal, hemorragia tardía y granuloma de muñón vaginal, se presentaron con baja incidencia.

En la Tabla N° 6, observamos los requerimientos de sangre que tuvieron nuestras pacientes durante el acto operatorio, alcanzando a 32 enfermas, o sea el 36%, la necesidad de 500 ml. de sangre total y en 3 casos 1,000 ml., lo que demuestra que el sangrado intraoperatorio no es tan frecuente como lo señalan otros autores (12), (16).

El tiempo de hospitalización post-operatorio de nuestras pacientes (Tabla N° 7) alcanzó un promedio de 12 días, siendo el tiempo menor el de 5 días y el máximo el de 45 días.

CONCLUSIONES

1. La histerectomía vaginal con plastía tiene sus indicaciones precisas. La hemos practicado en 88 pacientes portadoras de prolapsos de II y III grado, asociados a cisto-rectocele e insuficiencia perineal.

2. La indicación del método quirúrgico estuvo condicionado a la edad, multiparidad, condiciones generales y locales de las pacientes, predominando pacientes con un promedio de edad de 55.9 y multíparas con promedio de 6.6 partos.
3. La técnica empleada, y de la cual estamos satisfechos por sus resultados, es la de Mayo, con algunas modificaciones.
4. El índice de morbilidad post-operatorio fue relativamente bajo, predominando la infección urinaria en el 51% de los casos.
5. El sangrado transoperatorio fue mínimo, solamente se indicó transfusión de sangre en el 39% de los casos.
6. La evaluación post-operatoria fue satisfactoria con buena recuperación y alta a los 12 días como promedio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BEDOYA H. MARIANO: Histerectomía Vaginal en el Tratamiento del Prolapso Genital". Técnica de Campbell Modificada. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú, 1963.
- 2) CALATRONI-RUIZ: Terapéutica Ginecológica, 598-622. El Ateneo, Buenos Aires, 1969.
- 3) COPENHAVER EDWARD E.: Vaginal Hysterectomy and Analysis of Indications and Complications Among 1,000 Operations. Amer. Journal of Obst. and Gynec. 84: 123, 1962.
- 4) FALF HENRY y SOICHET S.: Técnica de la Histerectomía Vaginal. Clínicas Obst. Ginec. 703-750, setiembre 1972.
- 5) GEARY WILLIAM: El Prolapso del Utero y el Segmento Superior de la Vagina. Clin. Obst. Ginec. 1133-1142, diciembre 1972.
- 6) HASSID ROGER: Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomía Vaginal. 697-702. Clin. Obst. Ginec., setiembre 1972.
- 7) HERRERA CALMET A.: Prolapso Genital y la Infección Urinaria, Estudio de 200 casos. Servicio de Ginecología-Pabellón 5-Sala Segunda del Hospital Arzobispo Loayza 1972-1973. Tesis Doctoral-Programa Académico de Medicina Humana-Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú, 1974.
- 8) KASER OTTO y IKLE: Atlas de Operaciones Ginecológicas: 171-181, 1967.
- 9) MORALES J.M. y CHASE SOSA V.: La Histerectomía Vaginal en el Tratamiento del Prolapso Uterino. Obst. Ginec. Latino-Americanas 36-39, enero-febrero, 1952.
- 10) NOVAK JONES LONES: Tratado de Ginecología. 8ª Edic.-Edic. Interamericana. México, 1971.
- 11) PUGLIELLI M.: Sulla Terapia del Prolapso Completo dell'Uterino Mediante Isteretomia Previa Vaginale. Minerva Ginecologica 8: 330, 1956.
- 12) RAMOS GRIMALDO: "Prolapso Genital e Infección Urinaria"-Pabellón 5-Sala Segunda del Hospital Arzobispo Loayza-1968-1969. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1970.
- 13) RAMIREZ DONATO: "Prolapso Uterino". Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia. Edic. Med. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. 269-280, 1967.
- 14) RAMIREZ SOTO E.: "Histerectomía Vaginal: Revisión de 300 Casos. Gine. Obst. Mex. Vol. XXIV N° 146: 575-585, diciembre, 1968.
- 15) THOMPSON JOHN y LYON JAMES: Histerectomía Vaginal: 1033-1046. Clin. Obst. y Ginec., diciembre 1966.
- 16) TE LINDE R. y MATTINGLY: "Ginecología Operatoria" 516-528-4ª Edic., 1971.