

DISTOPIAS POCO FRECUENTES

Dr. GUILLERMO QUEIROLO MAGLIO (*)

SUMARIO

Se estudian cuatro tipos diferentes de Distopias poco frecuentes.

Se presentan dos casos de inversión uterina crónica, exponiendo la técnica de Spinelli que se utilizó en uno de ellos.

Trece casos de Prolapso de Cúpula Vaginal y tres de Prolapso de Muñón Cervical, son presentados exponiendo la técnica vaginal utilizada.

Bajo esta denominación hemos tratado de agrupar diversas distopias que solo tienen en común la escasa incidencia con que se presentan y por lo tanto la experiencia individual no es muy apreciable. Ellas son:

- a) Prolapso Uterino en la mujer virgen.
- b) Inversión Uterina Crónica.
- c) Prolapso de muñón cervical.
- d) Prolapso de cúpula vaginal.

El prolapso uterino en la mujer virgen

Es una entidad de escasa frecuencia. Su etiopatogenia está relacionada a debilidad congénita del tejido conec-

tivo, encontrándose asociada a la presencia de hernias inguinales, umbilicales y eventraciones.

Es necesario realizar un minucioso estudio neurológico y radiográfico de columna, pues se encuentra con relativa frecuencia asociado a espina bífida.

En otros casos se presenta el prolapso en la mujer virgen solo en edades muy avanzadas donde ya interviene el factor hormonal y de edad, encontrándose en muchos de estos casos se trata tan sólo de una elongación del cuello uterino.

También se han descrito prolapso en vírgenes como consecuencia de las contracciones espasmódicas producidas por el tetanos en especial en niñas.

El tratamiento depende de cada caso siendo generalmente por vía abdominal y en otros casos se emplea solo en tratamiento médico.

INVERSION UTERINA CRONICA

La inversión uterina es la invaginación de la pared uterina que al descender el fondo, deja a la cara endometrial como externa y a la cara peritoneal como interna.

(*) Hospital Loayza, Pab. 5-II.

La inversión uterina fue estudiada desde Hipócrates y permitió explicar el origen de la menstruación basado en las observaciones hechas de los cambios cíclicos que se producían en el endometrio de una paciente portadora de útero invertido.

Inicialmente se intentaron maniobras vaginales de dilatación del anillo de contricción y de reposición del útero con maniobras de taxis con el auxilio de aparatos apropiados. Luego se intentaron estas mismas maniobras pero por vía abdominal. A fines del siglo pasado Kustner utilizó la vía vaginal para abrir la pared posterior del útero corrigiendo así la inversión con éxito. Poco tiempo después Spinelli, hacía la cirugía semejante a la precedente pero abría la pared anterior del útero obteniendo con esto algunas ventajas.

La frecuencia en nuestro medio según Bohorquez y Cavero es de 1: 20,000 partos aproximadamente. Es más frecuente en países subnutridos, en la India es de 1: 8,537 partos y en Gran Bretania de 1: 28,000. En general va decreciendo la incidencia de esta patología debido a la extensión de los cuidados obstétricos a mayor número de personas.

La inversión uterina es crónica cuando el diagnóstico se realiza pasado un mes o más de haberse producido; cuando el cuerpo uterino ha involucionado ya completamente y no cabe ningún intento de reducción manual, siendo ésta sólo posible quirúrgicamente.

Las causas que van a ocasionar la inversión uterina son: unas predisponentes y otras determinantes; así tenemos:

- Factor constitucional.
- Anomalías de la contracción uteri-

na, como es la contracción del cuerpo y la relajación del cervix, Atonía uterina, etc.

- Aumento de la presión intraabdominal por la tos, esfuerzo de la paciente, etc.
- Cordón umbilical corto o acortado.
- Adherencias anormales de la placenta.
- Conducta inapropiada durante el tercer período del parto.

La inversión uterina puede ocurrir en forma espontánea por la presencia de uno o más de los factores antes enunciados, pero por lo común es debido indudablemente a un inadecuado manejo del tercer período del parto, como lo corrobora el hecho de que sólo un pequeño porcentaje de las inversiones ocurren en la práctica hospitalaria, siendo la mayoría de los casos resultado de la atención del parto por personal no médico.

El pequeño grupo de inversiones uterinas de origen ginecológico tienen en común el ser debidas a una tumoración implantada en el fondo uterino, tumoración que es parida previa dilatación cervical, llevando consigo el fondo uterino y produciendo así la inversión.

En el Servicio de Ginecología del Pab. 5-II se intervinieron dos casos de inversión uterina crónica. Uno de ellos se trató de una paciente post-menopáusicas en la que se realizó una histerectomía vaginal atípica. Y el segundo es el caso que vamos a presentar ahora y se trata de una paciente joven de 18 años que ingresa tres meses después de su último parto con el diagnóstico de pólipo sangrante. Al examen ginecológico se encuentra una tumoración intravaginal de 8 x 10 cm. san-

grante que sale a través de un rodete cervical sin orificio externo; encontrándose en el polo inferior de esta tumoración los ostium de las trompas de Falopio.

Habiendo mejorado las condiciones generales de la paciente, sobre todo la anemia se decidió la operación según la técnica de Spinelli bajo anestesia general.

- Colocación de valvas de Doyen deprimiendo el cuerpo uterino contra el periné.
- Tracción del labio anterior del cervix.
- Incisión transversal en la mucosa vaginal a 2 cms. del O.E.
- Disección de la mucosa vaginal y de la vejiga hasta encontrar el fondo de saco peritoneal anterior.
- Apertura del peritoneo y reparo de éste.
- Sección sagital del cervix y del rodete de contricción.
- Prolongación de la incisión anterior a toda la pared anterior del útero.
- Reinversión del útero, volviendo la cara endometrial a interna y la peritoneal a externa.
- Resección de una cuña o prisma triangular de base interna a todo lo largo y a ambos lados de la incisión uterina.
- Sutura del útero en dos planos.
- Cierre del fondo de saco peritoneal dejando un dren Boudruch.
- Cierre de la mucosa vaginal.

(Figuras Nos. 1, 2, 3 y 4).

Quando se trata de una inversión uterina hay que hacer el diagnóstico diferencial con el prolapso genital y con el fibromioma; hay que determinar bien las características del cuerpo uterino, examinar la zona de implan-

tación del posible mioma y buscar los orificios de las trompas de Falopio para confirmar el diagnóstico.

El cuerpo uterino invertido constituye frecuentemente una zona de infección; como consecuencia de ésta y a pesar del uso de antibióticos se presenta un mayor o menor grado de infección peritoneal luego de la cirugía; esto mismo unido a la propia técnica utilizada como es la amplia sección de la pared uterina y del anillo de contricción puede venir a perjudicar el porvenir obstétrico de la paciente.

PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL Y MUÑÓN CERVICAL

Definición:

El Prolapso de la cúpula vaginal es la eversión completa de la vagina, luego de una histerectomía total ya sea abdominal o vaginal; cuando esta histerectomía ha sido subtotal y la vagina se prolapsa junto con el cervix restante se denomina Prolapso de muñón cervical.

Muchas veces estas distopias están acompañadas de un enterocele y también de un recto y cistocele.

Edad:

La mayoría de las pacientes portadoras de esta afección son menopáusicas que han tenido su climaterio hace 18 a 30 años y se encuentran entre los 60 a 70 ó más años.

Sintomatología:

El síntoma común en todas estas pacientes es una sensación de tumoración que sale por sus genitales. El inicio de esta sintomatología la presentaron nuestras pacientes desde los 20 días

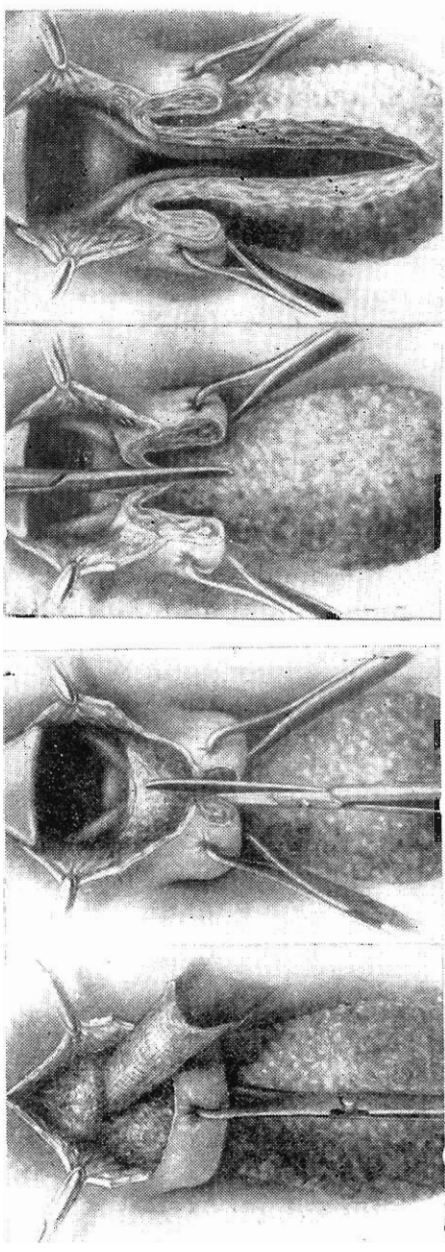


Fig. 1.—Tracción del cervix. Sección de la mucosa vaginal. Apertura del peritoneo.

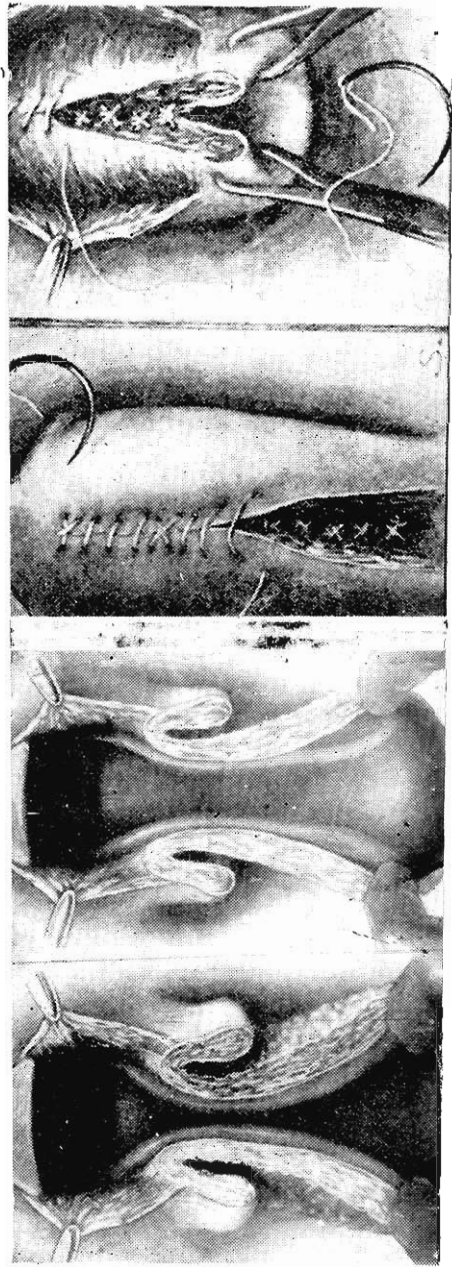


Fig. 3.—Reinversión del útero.

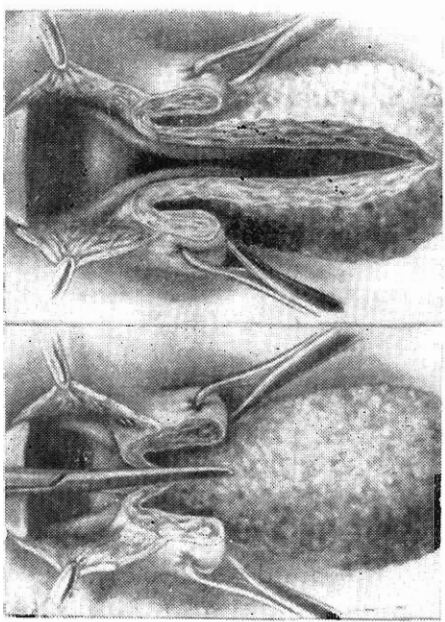


Fig. 2.—Sección mediana del cervix y de la pared anterior del útero.

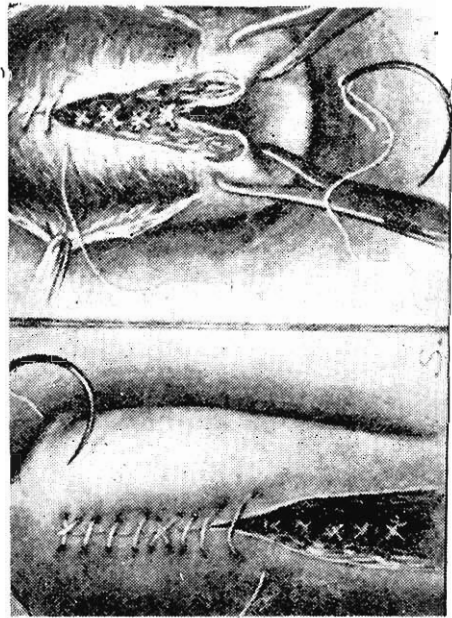


Fig. 4.—Sutura del cuerpo y cuello uterino, en dos planos.

posteriores a la histerectomía o en otros casos luego de 23 años.

También en el 50% de las pacientes se presentó I.U.E.

Diagnóstico:

El diagnóstico que en realidad es sencillo de realizarlo sobre todo teniendo en cuenta la sintomatología y el antecedente operatorio no parece serlo tan fácil puesto que la mayoría de nuestras pacientes ingresaron al Servicio con diagnóstico de cistorectoceles, cistocele, rectocele o de prolapso genital; habiendo sido solo 4 pacientes internadas con el diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal, que valora en toda su magnitud la afección a tratar.

Antecedentes:

Esta afección es mucho más frecuente luego de histerectomías totales abdominales, teniendo un solo caso posterior a una histerectomía vaginal.

La incidencia de prolapso de muñón cervical es muy escasa (sólo presentamos 3) en la presente serie, debido a que desde hace ya un buen número de años las histerectomías abdominales son totales y solo se deja el cervix cuando hay una dificultad operatoria generalmente de carácter adherencial, la que contribuye a evitar que este muñón cervical se prolapse.

Tratamiento quirúrgico:

El tratamiento depende de la edad, estado general de la paciente y en la posibilidad de relaciones sexuales ulteriores.

Son numerosas las técnicas empleadas tanto por vía abdominal como vaginal.

Por vía abdominal se ha empleado la ventro fijación y la sacro fijación.

Entre las técnicas de ventro fijación tenemos:

1. Ward en 1938 utilizó fascia lata de buey a lo largo de los ligamentos redondos.
2. Otra técnica emplea la sutura de la cúpula vaginal a la pared abdominal.
3. Williams y Richardson utiliza tiras aponeuróticas de los músculos oblicuos del abdomen.
4. Fletcher también utiliza tiras de fascia abdominal cruzadas.
5. Otro método utiliza los lig. de Cooper como soporte de la cúpula vaginal.

Estas técnicas tienen el inconveniente de colocar a la vagina en una posición antifisiológica.

Entre las técnicas de sacro fijación tenemos:

1. Lane 1962 utiliza material sintético para llevar la vagina al sacro.
2. Ferguson 1964 usa material sintético en la pared vaginal posterior.
3. Parsons y Ulfelder 1968 utilizan "Mersilene" para fijar la cúpula vaginal al periostio del sacro como un equivalente de los lig. de uterosacros.
4. Thursz 1970 usa la sutura Ethicon Shirodakar de 5 mm. para fijar la vagina al sacro.
5. Arthure y Savage usan 3 puntos de Mersilene para unir la cúpula al periostio de la 1ª vertebra sacra.
6. Bernbaun 1973 utiliza con igual fin el "Teflón".

Todas estas técnicas por vía abdominal generalmente tienen que ser com-

plementadas con otra operación por vía vaginal para corregir el cistoureterocele, el enterocele, el rectocele y el desgarramiento perineal: porque cuando no se realiza esto la incidencia de recidivas es muy alta.

La vía vaginal tienen dos tipos de técnicas:

La que elimina la función sexual obliterando la vagina (Op. Le Fort) y las colectomías totales, y

Las técnicas conservadoras que mediante una reconstrucción anatómica mantiene la función sexual de la vagina.

Etiología:

Como es ya muy bien sabido el parto es el factor etiológico más importante en todo prolapso genital. Aunque con mayor frecuencia se observa en pacientes con 2 ó 3 partos no se encuentra un aumento proporcional al elevarse el número de partos; habiendo sí una frecuencia muy baja en las nulíparas. Como segundo factor etiológico en importancia encontramos la edad avanzada y luego otros factores como el hormonal, la obesidad y la debilidad congénita de los tejidos conectivos.

Todos estos factores aunados a una técnica inadecuada tanto de la histerectomía vaginal como de la abdominal son las bases para que aparezcan el prolapso del muñón cervical y de la cúpula vaginal. También se ha visto aumentada la incidencia de este tipo de prolapsos en las pacientes que luego de una histerectomía sufrieron la infección del muñón vaginal y como consecuencia de ello la separación de la cúpula vaginal de los medios de sostén y fijación.

Para prevenir la aparición de esta distopia es menester que el cirujano realice una adecuada suspensión de la cúpula vaginal con los lig. redondos, cardinales y uterosacros tanto en la hist. abdominal como en la vaginal; y para prevenir el enterocele que con mucha frecuencia se presenta junto con esta afección, se propicia el cierre del fondo de saco de Douglas suturando los ligamentos úterosacros entre sí.

Pensar que el prolapso de la cúpula vaginal se presenta generalmente a una edad en que la preservación del órgano vaginal no tiene interés es tener el concepto de que la mujer de edad avanzada no tiene interés en la actividad sexual. Nosotros sabemos que no hay un límite de edad para la sexualidad femenina. Es obvio que la práctica sexual geriátrica femenina solo difiere cuantitativamente con la de la joven y en muchas pacientes es más importante la potencial actividad vaginal que la actividad misma y que cualquier patología vaginal en especial el prolapso de la cúpula va a dificultar evidentemente esta actividad.

En vista de esto los procedimientos vaginales ablactivos deben ser considerados como una terapia racional solo en unos pocos casos; además hay que tener en cuenta que dichos procedimientos son seguidos de una significativa incidencia de I.U.E.

Nosotros estamos de acuerdo con Te Linde que una operación de este tipo es una confesión del cirujano de su incapacidad de curar esta afección por un método que deje una vagina funcionante.

La técnica que nosotros hemos estado empleando últimamente en la sala 2da. del Pab. 5 es la siguiente:

1. Incisión en T invertida en la pared vaginal anterior siendo la incisión vertical desde 1 cm por debajo del meato urinario hasta la cúpula vaginal y la transversal justo en el vértice vaginal donde se encontrará la cicatriz operatoria anterior.
2. Disección de los colgajos de la mucosa vaginal separándolos de la vejiga y dejando la fascia adherida a la pared vesical.
3. Búsqueda de los ligamentos cardinales y/o uterosacros que siempre los hemos encontrado cuando nos lo hemos propuesto y que si bien pueden estar delgados y disimulados en la mucosa vaginal son fibróticos y resistentes.
4. Fasciorrafia anterior con material reabsorbible suturando la fascie vesicovaginal para corregir el cis-
tocele; y colocación de puntos de Kelly generalmente con seda o dexon 1.
5. Resección de la mucosa vaginal sobrante, fijación de la cúpula con los ligamentos encontrados y sutura de la mucosa.
6. Incisión en T invertida en la pared vaginal posterior desde la horquilla hasta el mismo vértice de la vagina.
7. Disección de la mucosa separándola del recto.
8. Disección del saco del enterocele cuando exista ligándolo en el punto más alto ya sea abriéndolo o no.
9. Cierre de la fascie desde el nivel del vértice de la vagina (teniendo cuidado de no lesionar los uréteres).

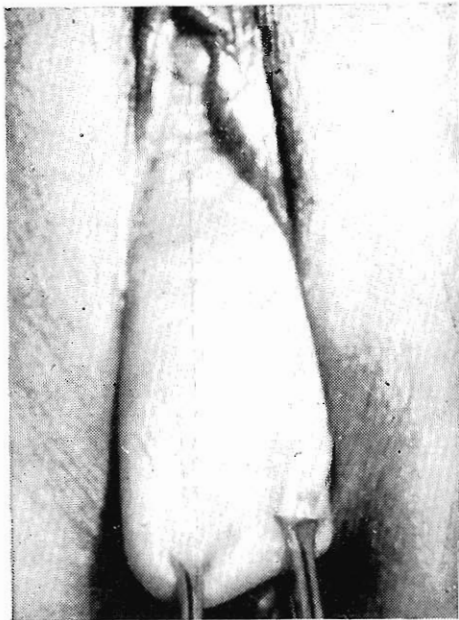


Fig. 5.— Prolapso de la cúpula vaginal post histerectomía abdominal.

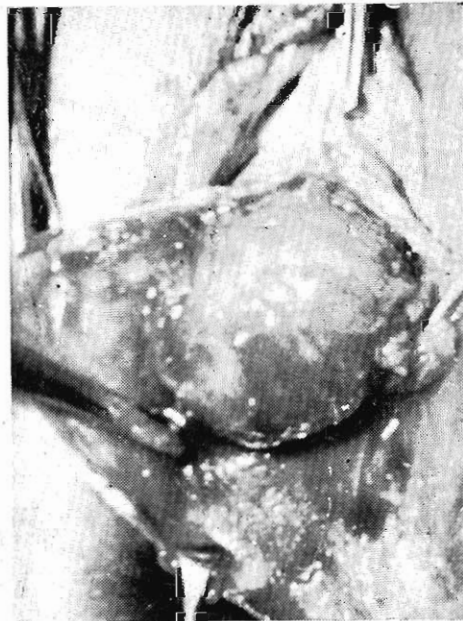


Fig. 6.— Sección en T invertida en la pared vaginal anterior. Disección de la vejiga. Búsqueda de los ligamentos cardinales que se ven pinzados.

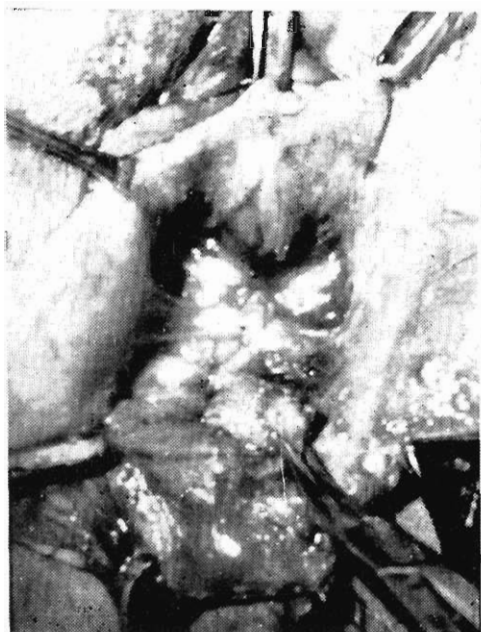


Fig. 7.—Co'locación de puntos de Kelly y fascioplastia anterior.



Fig. 8.—Colporrafia anterior y tracción de la cúpula con los ligamentos reparadas.



Fig. 9.—Operación terminada, luego de la colpoperineorrafia con miorrafia de los elevadores del ano.



Fig. 10.—Se puede observar la profundidad y amplitud de la vagina.

10. Sutura de los músculos elevadores del ano a la línea media.
11. Recorte de la mucosa y sutura de ésta.
12. Cuando se trata de prolapso de

muñón cervical, el procedimiento es similar habiendo previamente reparado los ligamentos uterosacros y cardinales se extirpa el cervix. Figs. 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL Y MUÑÓN CERVICAL

Inic.	E.	P.	Diagnóstico de ingreso	Operación Anterior	Aparición Síntomas	Operación Practicada
1. RVD	69	6	Prolap. Cúpulo	Hist. Ampliada	8 años	Colpocleisis
2. TSC	71	1	Prolap. Cúpulo	Hist. Abdom.	2 años	Colpocleisis
3. GRA	60	7	Prolap. G. III	Hist. Abdom.	4 meses	Colpectomía
4. GMR	74	4	Cistocele III	Hist. Abdom.	10 años	C.A. y C.P.
5. HGC	68	3	Prolap. Cúpulo	Hist. Abdom.	3 años	C.A. y C.P.
6. MRF	75	2	Cistocele III	Hist. Abdom.	6 años	Le Fort
7. ACC	71	5	Prolap. G. III	C.O. Prolap. Hist. Abdom.	20 días	C.A. y C.P. Lig. Cardinal.
8. RDZ	63	5	Rectocele III	Hist. Vagin.	1 año	C.A. y C.P. Lig. Uterosac.
9. ISM	60	11	Prolap. Cúpulo	Hist. Abdom. x Prolapso	45 días	C.A. y C.P. Lig. Cardinal.
10. RMC	57	2	Cistorectocele	Hist. Abdom.	2 años	C.A. y C.P. Lig. Cardinal.
11. MQP	69	11	Cistocele II	Hist. Abdom. — Prolapso	2 años	C.A. y C.P. Lig. Cardinal.
12. CLA	55	4	Prolap. G. III	Hist. Abdom. M. Marchetti	5 meses	C.A. y C.P. Lig. Cardinal.
13. MMV	67	6	Cistorectocele	Hist. Abdom.	36 años	C.A. y C.P. Lig. Cardinal.
14. OLCh	60	1	Prolap. G. III	Hist. Subtotal	5 años	Extirp. Cervix C.A. - C.P. L. Cardin - Uterosac.
15. MAE	60	0	Prolap. G. III	Hist. Subtotal	2 años	Extirp. Cervix C.A. - C.P. L. Cardin - Uterosac.
16. YGP	59	3	Prolap. MC.	Hist. Subtotal	11 años	Extirp. Cervix C.A. - C.P. L. Cardin - Uterosac.

BIBLIOGRAFIA:

- ABELARDO CAVERO VEGA: Inversión Aguda de útero de origen obstétrico. Tesis de Bachiller 1952.
- FOC. RODRIGUEZ: Lo inversión Uterino Puerperal Aguda. Trib. Med. 5 (223): 1969.
- JULIO BOHORQUEZ: Un caso de Inversión Uterina Total. Rev. Per. Obst. 7: 83-92; 1959.
- BUNKE, J.W., HOFMEISTER, F.J.: Am. J. Obst. Gynec. 91: 934, 1965.

- SAMARRAB, K.: J. Obst. Gynaec. Brit. Com. 72: 426; 1965.
- MOLDAVSAY, L.F.: Obstet. Gynec. 29-4: 488-494, 1967.
- SAPAN I. P. et al.: Prolapse of the uterine tube after abdominal hysterectomy. Obstet. Gynecol 42: 26-32 Jul. 73. I.M. 73.
- HOFMISTER F. J.: Editorial Comment: Prolapse vagina. Obstet Gynecol. 42: 773-4 Nov. 73. I.M. 74.
- LAVERY J.P. et al.: Uterine prolapse with pregnancy. Obstet Gynecol 42: 681-3 Nov. 73. I.M. 74.
- BEECHHAM C.T. et al.: Correction of prolapse seal vagina or enterocele facia lata. Obstet Gynecol 42: 542-6 Oct. 73. I.M. 74.
- RANDALL C.L. et al: Surgical treatment of vaginal inversion Obstet Gynecol 38: 372-32 Sep 71. I.M. 72.
- ROMAN C.: Prolapse in nullipara. Bull Fd Soc Gynecol Obstet Lang Fr 21: Jun Ago 69. I.M. 71.
- WYKA, Z.: Treatment of complete vaginal prolapse after vaginal hysterectomy. Przegl lek 26: 5909-11. 1970. I.M. 71.