

LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN LA CURA DEL PROLAPSO GENITAL

(Nuestra experiencia)

Dr. J. HORACIO TREGGAR CASTRO (*)

SUMARIO

Se revisan 170 casos de prolapso genital, tratados con histerectomía vaginal complementaria, en el Servicio de Ginecología del Hospital Central N° 2 de la Seguridad Social del Perú, entre los años 1964 y 1973.

Se ha practicado la histerectomía vaginal sobre todo en mujeres portadoras de cistorectoceles, que están en la cuarta década o más de la vida y en mujeres menores, que han tenido patología uterina que la justifique.

La morbilidad ha sido mínima y la mortalidad nula, por lo que es muy de recomendar su aplicación en la práctica ginecológica diaria.

INTRODUCCION

En el consenso ginecológico, la histerectomía vaginal está reservada para las mujeres que han rebasado la menopausia y que asociado al cistorectocelo, tienen cierto grado de histerocele con condiciones de factibilidad ope-

ratoria que no entrañe peligro para ellas.

Sin embargo, de un tiempo atrás, se está recurriendo a esta técnica para solucionar problemas de patología localizada en el útero, que se presentan en mujeres jóvenes con prolapso genital y que ya han tenido descendencia.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú, hemos seguido esta última política, debido a que muy elevado porcentaje de nuestras pacientes residen en provincias alejadas y de difícil acceso a la capital, y en donde las condiciones hospitalarias son precarias o simplemente no existen; de allí que muchos de nuestros casos estén en la tercera década de la vida pero que adolecen de lesiones u otra patología uterina, que nos obliga a ser menos conservadores y más radicales de lo que deseamos, con un criterio profiláctico sobre todo.

No vamos a tratar las indicaciones y contraindicaciones de esta técnica o

(*) Seguro Social del Perú. Hospital Central N° 2.

procedimiento en el tratamiento del prolapso genital, pues ello será tema de otra ponencia a este Congreso, por lo que pasamos a exponer la experiencia, reunida en nuestro Servicio en diez (10) años de labor de todos los ginecólogos que lo integran, enfocada al prolapso genital y la histerectomía vaginal complementaria.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan las Historias Clínicas de 170 pacientes operadas de histerectomía vaginal complementaria a la cura quirúrgica del cistorectoceles, entre 5,640 ginecópatas, que se hospitalizaron en ese mismo período, lo que da un porcentaje de 3.01%.

SEGURO SOCIAL DEL PERU
HOSPITAL CENTRAL Nº 2

DEPARTAMENTO DE O.G.O.N.
SERVICIO DE GINECOLOGIA

CUADRO Nº 1

LA HISTERECTOMIA VAGINAL EN LA CURA DEL PROLAPSO GENITAL — (Nuestra experiencia)

Enero 1964 - Diciembre 1973

Ginecópatas hospitalizadas	5,640
Cistorectoceles tratados con Histerectomía Vaginal complementaria	170
Relación porcentual	3.01%

Edad

La edad de nuestras pacientes fluctuó entre los 26 y los 74 años. Cabe destacar, que la paciente de 26 años sometida a histerectomía vaginal y cura de prolapso genital, era madre de cuatro niños que presentó una displasia moderada cervical y miomas uterinos.

La mayor incidencia se presentó entre los 40 y los 50 años en concordancia con todas las estadísticas. La segunda en importancia estuvo en el grupo de los 30 y los 40 años con 55 casos, lo que se aparta de lo usual, pero todos tuvieron justificación clínica u anatómopatológica confirmada en el estudio de las piezas operatorias.

CUADRO Nº 2

EDAD		
Años	Nº	%
21 - 30	1	0.6
31 - 40	55	32.4
41 - 50	82	48.2
51 - 60	21	12.4
61 - 70	5	2.9
71 - 80	6	3.5

Edad mínima:	26 años
Edad máxima:	74 años
Edad media:	50 años

Paridad

El grupo de mujeres con tres hijos, aportó la mayor incidencia con 29 casos, luego las con cuatro hijos (25 casos), con cinco hijos (22 casos), con seis hijos (20) y con dos (17 casos).

Como demostración de que el factor constitucional es primordial en la génesis del prolapso genital femenino, tenemos dos casos de nuligestas y que por ende no han sufrido el trauma del parto y en las que se ha presentado el prolapso con histerocele; tenían 44 y 46 años respectivamente. Por el contrario, en el grupo de grandes múltiparas, de 9 hasta 16 hijos, la incidencia es menor, cuando debería esperarse una mayor.

Trauma obstétrico

Su importancia es muy relativa, pues la aplicación de fórceps, el vacuum

CUADRO Nº 3

PARIDAD

Partos	Nº	%
0	2	1.17
1	8	4.70
2	17	10.00
3	29	17.05
4	25	14.70
5	22	12.94
6	20	11.76
7	9	5.29
8	13	7.64
9	4	2.35
10	5	2.94
11	5	2.94
12	4	2.35
13	3	1.76
14	3	1.76
15	0	
16	1	0.58

y el trabajo de parto prolongado que terminó en cesárea, han influido muy poco en nuestra casuística, si los relacionamos con los 123 casos que tuvieron parto normal y sin embargo, acusaron prolapso genital.

Remarcable es que, los partos efectuados en domicilio y con desgarros de las partes blandas que no fueron suturadas, es decir sin atención obstétrica, aportan el mayor número de casos.

CUADRO Nº 4

TRAUMA OBSTETRICO

Partos	Nº	%
Normal	123	72.35
Vacum	22	12.94
Forceps simple	14	8.24
Forceps repetido	2	1.18
Cesáreas	9	5.29
	170	100 %
Dehiscen. episio.	5	2.94
Desgarro sin sut.	27	15.88
Infección periné	1	0.59
Hidrocefalia	1	0.59
Parto podalico	1	0.59

Tiempo de enfermedad

21 mujeres acudieron a la Consulta Externa antes del año de percibidos los primeros síntomas o signos. 94 lo hicieron antes del quinto año, 35 se presentaron antes de los 10 años, 11 antes de los 15 años, 8 antes de los 20 y sólo uno (1) esperó hasta los 24 años.

CUADRO Nº 5

TIEMPO DE ENFERMEDAD

Años	Nº	%
0 - 1	21	12.3
1 - 5	94	55.3
6 - 10	35	20.6
11 - 15	11	6.5
16 - 20	8	4.7
21 - 25	1	0.6

Síntoma principal

Primó la incontinencia urinaria de esfuerzo con 104 casos, sobre todo a los esfuerzos moderados en 75, a los grandes esfuerzos en 9 y a los mínimos esfuerzos en 20 casos.

En segundo lugar está la Procidencia de los genitales en 63 casos; sensación de peso a nivel de los genitales en 42, en tercer término. Siguen los trastornos menstruales con 25 casos, luego los síntomas urinarios, disuria y polaquiuria, también con 25, leucorrea con 21, dolor hipogástrico con 13; lumbalgia asociada al prolapso en 12, dispareunia en 3 y dificultad para defecar en 2 casos.

Cabe anotar, que fueron pocas las mujeres que acudieron por un solo síntoma o signo, la mayoría presentaron 2 ó más de ellos simultáneamente. Las de síntoma único fueron 42. Menopáusicas fueron 37 pacientes.

CUADRO Nº 6
SINTOMA PRINCIPAL

Síntoma	Nº	%
1. Incontinencia urin. esf.	104	61.17
a) Leve	9	
b) Moderado	75	
c) Severa	20	
2. Procidencia de genitales	63	37.05
3. Peso vaginal	42	24.70
4. Transtornos menstruales	25	14.70
a) Menorrg. hipermeno.	10	
b) Metrorragias	6	
c) Menometrorragias	6	
d) Polimenorrea	3	
5. Molestias urinarias	25	14.70
a) Disuria	14	
b) Polaquiuria	11	
6. Descensos	21	12.35
7. Dolor hipogástrico	13	7.64
8. Lumbalgia asociada	12	7.00
9. Disporeunia	3	1.76
10. Dificultad para defecar	2	1.17
Menopaúsicos	37	21.76

Ginecopatías asociadas

Preoperatoriamente, se comprobaron diversas ginecopatías, primando las cervicitis con 78 casos, luego la retro-

CUADRO Nº 7
GINECOPATAS ASOCIADAS
(Diag. pre. op.)

	Nº	%
Cervicitis	78	45.88
Miomas	28	16.47
Hipertrofia cérvix	7	4.11
Elongación cérvix	12	7.05
Pólipos cérvix	5	2.94
Hiperplasia endom.	2	1.17
Leucorr. trichomonal	27	15.88
Leucorr. Cándidiasis	22	12.94
Leucorr. inespecífico	31	18.23
Quiste de ovario	3	1.76
Quiste Bartholino	2	1.17
Retroversión uterino	29	17.05
Enterocele	1	0.59
Herpes vaginal	1	0.59
Displasia mod. cérvix	2	1.17

versión uterina con 29; las leucorreas en número variable, entre 22 y 31 pacientes; los miomas en 28 y en menor número las otras dolencias ginecológicas anotadas en el cuadro.

Exploraciones pre-operatorias

A todas nuestras enfermas, se les indica los exámenes de rutina, foto-roentgen o placa grande de pulmones y determinación del riesgo operatorio, por el clínico general o por el cardiólogo de acuerdo a la edad y a los antecedentes cardiovasculares que acusen.

Además se practicaron rutinariamente 166 despistajes de Papanicolaou, (los 4 que faltan, vinieron con resultados negativos recientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas).

También, se hicieron 21 biopsias endometriales, 49 de cérvix, histerosalpingografías a 17 pacientes, a 5 se les hizo neumografías pelviana, a 2 examen bajo anestesia y legrado biopsico complementario y finalmente a 3, un urograma excretor.

CUADRO Nº 8

EXPLORACIONES PRE - OPERATORIAS

	Nº	%
Papanicolaou	166	97.64
Papanicolaou otros Hospitales	4	2.35
Biopsia endometrial	21	12.35
Biopsia cervical	49	28.82
Histerosalpingografía	17	10.00
Neumografía Pelviana	5	2.94
Examen bajo anestesia y legrado	2	1.17
Urografía excretora	3	1.76

Grados de prolapso uterino

El histerocele de segundo grado primó en nuestra casuística con 137 casos, los de primer grado fueron 4 y los de tercer grado 29.

CUADRO N° 9
GRADOS DEL PROLAPSO

	N°	%
I	4	2.36
II	137	80.58
III	29	17.06

Anestesia

Se utilizó en mayor proporción la anestesia general (144 casos), y en 26 la epidural.

Estos últimos años se está utilizando en nuestro servicio con mayor frecuencia la epidural, aunque a nosotros personalmente no nos gusta mucho, pues hemos observado mayor tendencia al sangrado durante el acto operatorio, relacionable con fenómenos de vasodilatación periféricos.

CUADRO N° 10
ANESTESIA

Tipo	N°	%
General	144	84.70
Epidural	26	15.30

Técnica operatoria

En 147 casos usamos la técnica de Heaney, como complemento de la reparación anterior y posterior de la vagina, dejando constancia de que siempre dejamos la parte central de la cúpula vaginal abierta con fines de drenaje de las secreciones, evitando así la formación de colecciones y hematomas. Complementariamente, colocamos taponamiento vaginal por 24 horas y sonda de Foley permeable por 48 horas, pinzada por 24 horas más, siendo retirada al cuarto día.

En los 23 casos restantes, se asoció la operación antes mencionada a otras técnicas operatorias, de acuerdo a la patología detectada.

CUADRO N° 11
TECNICA OPERATORIA

	N°	%
H.V. + R.C.R.	147	86.47
H.V. + R.C.R. + Qfol ret. ov. izq.	3	1.76
H.V. + R.C.R. + Resec. cuña ov. izq.	1	0.59
H.V. + R.C.R. + Quiste ov. derecho	6	3.52
H.V. + R.C.R. + Solping. oofor. izq.	4	2.35
H.V. + R.C.R. + Enterocèle	1	0.59
H.V. + R.C.R. + Quist. inclusión per.	1	0.59
H.V. + R.C.R. + Quist. mucoid. vulvar	1	0.59
H.V. + R.C.R. + Oofor salpígec. bilat.	2	11.17
H.V. + R.C.R. + Quist. Gartner	1	0.59
H.V. + R.C.R. + Hernia umbilical	1	0.59
H.V. + R.C. (Cistocèle solo)	1	0.59
Cono previo	1	0.59
H.V. + Op. de Kelly	104	61.17

* H.V. - Histerectomía vaginal (Heaney)

** R.C.R. - Reparación de cistorectocèles

Evolución post-operatoria inmediata

Evolucionaron normalmente, sin complicaciones 80 de nuestras pacientes, pero entre las restantes, 57 tuvieron infección urinaria, 54 hicieron retención urinaria, por lo que hubo de recurrir a reimplantes de sonda de Foley, hasta por cuatro veces en dos casos, finalmente las pacientes miccionaron espontánea y normalmente.

Once de los casos presentaron hemorragias vaginales en cantidad regular o escasa, que fue controlada.

Las demás complicaciones post-operatorias se refieren a dos casos de pelviperitonitis presentadas en los primeros años, los que no han vuelto a repetirse, y que fueron resueltos satisfactoriamente, y a otros casos anotados en el cuadro 12, en número escaso.

Estancia hospitalaria

La mínima estancia fue de cinco (5) días y la máxima fue de 23, siendo el promedio de 10 días. Cuadro N° 13.

CUADRO N° 12

EVOLUCION POST-OP. INMEDIATA

	N°	%
Infección urinaria	57	33.53
Retención urinaria	54	31.76
Reimplante Foley:		
1 vez	7	
2 veces	35	
3 veces	10	
4 veces	2	
Hemorragia vaginal	11	6.47
Sindr. compr. radicular	2	1.17
Insuf. suprarrenal	2	1.17
Cámaras	5	2.94
Dehiscenc. perineal	9	5.29
Pelvipertonitis	2	1.17
Complicación respirat.	3	1.76
Hematuria	1	0.59
Sinequia vaginal	1	0.59
Normal	80	47.05

CUADRO N° 13

ESTANCIA HOSPITALARIA

Mínima	Máxima	Promedio
5 días	23 días	10.1 días

Histopatología post-operatoria

El estudio post. operatorio de las piezas obtenidas da una mayor incidencia de 148 casos de cervicitis, miomas hubo en 41 casos, adenomiosis en 34, endometrio atrófico en 37 de las operadas y en concordancia con las que habían llegado a la menopausia.

Hiperplasia quística de endometrio en 12 pacientes, displasias moderadas en 2 casos; siendo los demás de menor importancia y proporción. Cuadro N° 14.

Evolución post-operatoria alejada

Se observaron 34 granulomas en la cúpula vaginal, al respecto tenemos que informar, que en ellos tiene que ver mucho el Dexon que se usa en nues-

CUADRO N° 14

HISTOPATOLOGIA POST OPERATORIA

	N°	%
Miomas	41	24.11
Adenomiosis	34	20.00
Endometrio atrófico	37	21.75
Hiperpl. quística endom.	12	7.05
Endometrio proliferativo	49	28.82
Endometrio secretor	31	18.32
Pólipo endometrial	5	2.94
Pólipo endocervical	5	2.94
Displasias moderadas	2	1.17
Metoplasia epidermoide	26	15.29
Cervicitis	148	87.05
Quiste luteo hemorrág.	3	1.76
Quist. ov. lutein. teca int.	1	0.59
Quist. dermoide	2	1.17
Quist. foliculares	4	2.35

tro hospital desde hace dos años. Este material se reabsorbe lentamente y hemos tenido casos que seis meses después de la intervención, ha tenido que extraerse puntos que estaban ocasionando los granulomas.

Dolor pelviano y vaginal estuvo presente en 18 casos; en 17 casos hubo disuria y polaquiuria. Dispareunia en 8. La incontinencia urinaria de esfuerzo recidivó en forma leve en 7 casos, y en forma moderada en 2. Recidivó el cistocele en 5 casos, tres de ellos en diabéticas, y el rectocele en 3 casos.

CUADRO N° 15

EVOLUCION POST-OP. ALEJADA

	N°	%
Granulomas vaginales	34	20.00
Dolor	18	10.58
Dispareunia	8	4.70
Disuria	17	10.00
Polaquiuria	17	10.00
I.U.E. leve	7	4.11
moderada	2	1.17
Recidiva cistocele	5	2.94
Recidiva rectocele	3	1.76
Prolapso rectal	1	0.59
Infec. urin. a repet.	10	5.88
Enterocel	1	0.59
Litiasis vesical	1	0.59

Notorias son las diez pacientes que han presentado infecciones urinarias a repetición; hubo un prolapso rectal y un enterocele.

Finalmente una litiasis vesical imputable a un punto que interesó la pared vesical.

Tiempo de control post-operatorio

Controladas menos de un año fueron 69 pacientes y por más de un año, 101 casos, debiendo dejar constancia que ó de estos casos, lo fueron por 9 años consecutivos.

Entre las enfermas que se controlaron menos de un año, creemos fundamentalmente que ésto se debió a que residen en provincias, suponiendo que su evolución ha sido buena en razón a que no han retornado a la consulta externa en alguno de los diez años transcurridos.

CUADRO N° 16

TIEMPO DE CONTROL POST OPERATORIO

Meses	Nº	%	Nº	%
0	1	0.59	7	—
1	32	46.37	8	2
2	12	17.39	9	2
3	5	7.24	10	2
4	7	10.14	11	—
5	3	4.34	12	—
6	3	4.34		
Años				
1	29	17.05	6	8
2	18	10.58	7	11
3	10	5.88	8	4
4	5	2.94	9	6
5	10	5.88	10	—

Controladas menos de 1 año: 69 40.58
 Controladas más de 1 año: 101 59.42

COMENTARIO

Creemos que de la observación de todos los parámetros estudiados, debe-

mos darle importancia, en forma especial, a los resultados inmediatos al acto quirúrgico en primer término.

Es notoria la infección urinaria que en nuestra casuística llega al 16.47%. Estas, comparada con otras casuísticas, es algo baja, lo cual puede estar en relación con los cuidados que ponemos en la colocación de la Sonda de Foley, donde reside la principal causa de contaminación vesical. En los últimos años, hemos sido testigos de la disminución de la incidencia de infecciones urinarias, con el simple hecho de usar una sonda de calibre adecuado, que adapte bien a las paredes de la uretra y especialmente a que las conexiones al frasco esteril las efectuamos en medio esterilizado, como es la Sala de Operaciones, inmediatamente después de terminado el acto quirúrgico.

Antes, dicha conexión se realizaba en el cuarto de Recuperación, después de que dicha Sonda habíase contaminado, de allí la incidencia apreciable de infecciones urinarias.

Por tales consideraciones, debemos extremar los cuidados en este sentido.

Un segundo aspecto, es el que se refiere al 31% de retención urinaria, que han presentado nuestras operadas, la que está en relación con la paresia del detrusor de la vejiga como efecto del trauma quirúrgico o por causa de puntos algo ajustados para elevar la uretra. Con la corrección de esta última causal y con un mayor cuidado en el tracto a la vejiga durante la intervención, se ha obtenido una mejora ostensible en la incidencia de esta complicación post-operatoria.

Un tercer aspecto, es el de las dos (2) pelviperitonitis observadas 1.17%. Estas se presentaron en los primeros

años de nuestra experiencia, por causas que no podemos puntualizar, pero que deben estar en relación con una mala preparación vaginal.

Otro parámetro que merece un comentario, es el del post-operatorio alejado.

En él observamos, que un 20% o sea, una de cada cinco (5) de nuestras pacientes, presentó granulomas a cuerpo extraño en la cúpula vaginal. Antes, cuando se usaba el catgut solamente, la incidencia era menor, pero desde que se comenzó a usar Dexon en nuestro Hospital, ésta ha aumentado ostensiblemente, pues este material se reabsorbe muy lentamente, ya que hemos extraído puntos dados con él hasta 6 meses después de la operación, englobados por tejido granulomatoso.

Ultimamente, hemos vuelto al catgut y creemos que esta complicación va a reducirse apreciablemente.

En cuanto a recidivas, las hemos tenido en cuanto a la incontinencia que se presentó en forma leve en 7 casos y en forma moderada en 2 casos. De estos casos de incontinencia, tres se presentaron antes del año de operadas, cuatro antes del segundo año y las restantes en el cuarto.

El cistocele se reprodujo en cinco (5) casos, tres (3) de los cuales antes del año, siendo las tres diabéticas y las dos (2) restantes se presentaron al tercer y cuarto año, habiéndose infectado las suturas en ambas.

El rectocele recidivó en tres (3) casos, de los que acusaron dehiscencia perineal.

Finalmente, un caso tuvo una litiasis vesical relacionable con un punto transfixiante de su pared.

Dentro de la histopatología post-operatoria primó la cervicitis en un 87.05% y en segundo lugar los miomas y luego la adenomiosis.

BIBLIOGRAFIA

HEANEY N. SPROAT: Amer. J. Surg. 48: 284 - 1940.

TE LINDE R.: Ginecología operatoria 125 - 1948.

P. BLANCO, J. PERALTA: Rev. Obst. Ginec. Venezuela, Vol. XXXII - Nº 4 - 1972.

QUINTERO RUBEN: Rev. Obst. Ginec. Venezuela 29: 481 - 1969.