

Contribución al Tratamiento de la Retro versión con Cistocele

(Concluye)

Sobre el periné vienen a ejercer acción antagónica, los músculos esfínter anal y constrictor de la vulva. En el momento de su contracción, se constituye una cincha antero-posterior, que se cruza a nivel del periné con una banda de apoyo transversal, formada por el transverso. Dicha cincha, bloquea el paso de los órganos colocados arriba.

Estos fascículos que se unen con las fibras del transverso profundo y con la porción profunda del esfínter anal. De esta manera queda formado un centro tendinoso que constituye el nudo de resistencia del aparato músculo-aponeurótico pelvi-perineal.

Además de las estructuras anteriormente tratadas, creemos que aunque en forma indirecta, el aparato ligamentoso uterino contribuye también para el sostenimiento de este órgano, así como de los tejidos que le rodean, en su posición normal. No hablaremos de su descripción exacta, por las mismas razones dadas para la parte músculo-aponeurótica y veremos principalmente su fisiopatología en el capítulo siguiente.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL PROLAPSO

Al estudiar la etiología y la patogenia del prolapso, tropezamos con una serie de factores que influyen manifiestamente para su producción. Estos factores son, a su vez, originales, la mayor parte de las veces por un mismo hecho, el embarazo y el parto, tratándose sobre todo de embarazos múltiples y repetidos o de partos prolongados y laboriosos. Así pues, cuando nos encontramos en presencia de un prolapso, debemos pensar en los siguientes elementos como causantes de dicho estado patológico.

Lesiones mecánicas de desgarramiento o distensión de los tejidos, alteraciones disfrólicas de los ligamentos uterinos, de los músculos del periné y del suelo pelviano, así como de lo que constituye la tan compleja formación aponeurótica o fascial del piso pélvico y que tan importante es para el sostenimiento de los órganos en la cavidad.

Además de estos casos, que constituyen casi la totalidad de los prolapsos, vemos otros en los que, habiendo un descenso de los órganos genitales o de los órganos vecinos a ellos, como uretra, vejiga o recto, no existe embarazo en los antecedentes de la

mujer. Se trata entonces de casos especiales y excepcionales en los que encontramos como elementos causantes de estos estados, alteraciones más o menos profundas de orden distrófico que, alterando la constitución y por lo tanto la resistencia de los tejidos, los colocan en condiciones pésimas para el sostenimiento de las vísceras contenidas en la cavidad de la pelvis.

No hallamos en presencia de enfermas neuro-árticas generalmente, que presentan ptosis generalizadas, hernias, eventraciones, etc. En estas mujeres, la flacidez de los tejidos del diafragma perineal permite que simplemente por esfuerzos repetidos, o por una caída brusca sobre la región del periné, el útero encuentre fácil salida por el conducto vaginal, presentando entonces el cuadro de prolapso más o menos agudo.

Con mucha frecuencia se observa que a consecuencia del embarazo, y debido a trastornos circulatorios, el cuerpo uterino se hipertrofia y se produce un alargamiento del cuello. Este alargamiento, no pudiendo desarrollarse en dirección de la cavidad del vientre, tiende a abrirse paso a través de la abertura vaginal, facilitando así el deslizamiento posterior de toda la víscera. Este factor ha sido invocado para explicar el mecanismo de producción del prolapso, y, aunque como hemos dicho, sucede esto con frecuencia, actualmente no se admite la generalización que en un tiempo se le dio.

Se ha hablado del prolapso congénito. Ocurre rara vez y se debe a un defecto de calidad inherente a todos los tejidos.

Hay otra condición que favorece la producción del prolapso

y es el cambio de posición del eje del útero. Cuando el fondo del útero pasa a colocarse hacia atrás, en posición de retro-versión, atraviesa por una serie de posiciones o planos, intermedios entre este y su colocación normal. En un momento dado, el eje del útero tiene la misma dirección que el eje del conducto vaginal, y es entonces cuando la presión abdominal aumentada por cualquier esfuerzo, lo encajara de un verdadero trayecto en dicho conducto como si se traherniano.

Se ha solicitado la influencia que para la producción del descenso del útero tienen los tumores desarrollados en su masa. Estos, por el aumento de peso que imprimen al órgano, podrían ser un factor adyuvante; pero nunca obrarían aisladamente.

El prolapso uterino asociado con tanta frecuencia al sistocele y rectocele. es, podemos decir, esencial y fundamentalmente una hernia. Ahora bien, al discutir cualquier variedad de hernia, dos hechos deben ser siempre tenidos en cuenta:

El primero de ellos es que cualquier hernia, no importando cuál sea su localización, su causa inmediata, etc., es debida a un defecto fascial (aponeurótico). Toda hernia resulta de la misma causa ulterior; toda hernia muestra el mismo factor etiológico; una mayor o menor alteración fascial. Mientras tanto que las capas aponeuróticas permanezcan intactas, la hernia no

puede ocurrir. Cuando dichas capas están congénitamente defectuosas o cuando han sido perjudicadas por algún traumatismo, ya sea externo o interno, las hernias invariable e inevitablemente se desarrollan.

En segundo lugar, ninguna hernia puede ser reducida, a menos que el defecto fascial se haya remediado directamente o se haya nulificado de manera indirecta. Debe haber, por lo tanto, o una restauración de las relaciones anatómicas de órganos y tejidos, o una sustitución por otras relaciones anatómicas artificiales.

Así pues, a nuestro modo de ver, la escuela de hechos antes es esbozada, aunque raras veces se insista en ella como debiera, es tan valedera para las hernias que ocurren en el canal vaginal, como para las de los canales femoral, inguinal, o para las hernias de anillo umbilical.

Este error de no insistir lo suficiente en el estado fascial. es debido a un error de interpretación en la estática del útero dentro de la cavidad de la pelvis. Vamos ahora a tratar lo más brevemente posible los medios que lo fijan y la forma en que obran para darle la posición y colocación normales.

El aparato ligamentoso ha sido exageradamente tomado en cuenta como órgano de contención, en comparación de su efectividad real. Es indudable que tanto él como la musculatura uterina, toman parte en el sos-

tenimiento en lugar adecuado; pero el factor de verdadera importancia (y no nos cansaremos de insistir en ello) es la estructura músculo-fascial, en medio de la cual el cuerpo del útero, en su tercio inferior y el cuello, están como empotrados, y a la cual estructura se le ha dado el nombre de "diafragma pélvico". En otro tiempo se admitía, teóricamente, un doble medio de fijación para el útero: medios de suspensión y medios de sostén. Esto tenía su consecuencia práctica: se procuraba levantar el órgano caído, acortando los ligamentos redondos o fijando el útero a la pared abdominal, los medios de suspensión comprenden: Los ligamentos que se insertan en el fondo o a los lados del útero, y los que los efectúan en el istmo. Ahora bien, los primeros tienen un papel suspensorio, podemos decir despreciable. En efecto, los ligamentos redondos y los ligamentos anchos 'no están tensos en estado normal. Kochs describe, con el nom-

bre de "-ligamento cardinal" un sistema de fibras musculares lisas y de tejido conjuntivo, situadas en el parametrio, en la base de los ligamentos anchos. Le atribuye un papel mecánico importante como medio de sostenimiento del útero y de la cúpula vaginal. Otros autores le conceden únicamente un papel fijador entre el cuello uterino y la pared pelviana lateral. En realidad, ligamentos redondos y anchos solamente guían al útero en sus movimientos u oscilaciones antero-posteriores y lo mantienen en posición sagital. Los segundos medios de suspensión. son: primero, ligamentos que. a la altura del istmo, se dirigen hacia adelante, a la sínfisis púbica y son los llamados ligamentos pubo-vesico-uterinos de Hyrtl; segundo, los antagonistas de éstos, o sean los útero-sacros de Douglas. (de mayor importancia). Estas formaciones ligamentosas, indudablemente que contribuyen a mantener el

útero en su posición normal; por lo que constituye el verdadero medio de contención, es el plano más inferior, y especialmente las formaciones aponeuróticas, según veremos en seguida.

En los momentos que el individuo hace un esfuerzo, que contribuye a aumentar la presión intra-abdominal, tal como sucede en la tos, el acto de la defecación, el vómito, etc., hay dos planos de resistencia colocados, con respecto a la cavidad, uno arriba y a los lados y constituido por el diafragma y las paredes; otro abajo, formado por lo que se ha denominado diafragma pelviano, y constituido, como sabemos, por un sistema intrincado de músculos (Elevadores del ano, reforzados por los esfínteres y músculos del periné). Dichos planos son antagonistas, siendo los últimos en contra apoyo a la presión aumentada en el momento del esfuerzo. Hay, sin embargo, que considerar que éstos, si bien constituyen elementos importantes de resistencia,

no lo son por sí solos, ya que intervienen sobre todo, en estado dinámico, es decir, que su contracción, antagonista a la de los músculos diafragma y de la pared, sostienen los órganos pélvicos en el momento del esfuerzo y, en cambio, su papel es casi nulo en estado de reposo. En este estado es cuando intervienen las formaciones aponeuróticas del suelo pelviano y del plano perineal, de donde la gran importancia dada a ellas y a la necesidad de su reparación cuando han sido por cualquier motivo alteradas.

Vamos a considerar el papel que con el mismo fin desempeña el conducto vaginal, ya que parece paradójico que un canal como lo es la vagina, pueda sostener un órgano macizo como el útero.

Esto se explica por el hecho de que la vagina, en estado normal, es una cavidad virtual. Sus paredes están adosadas una contra otra y este contacto está favorecido por lo siguiente:

Dada la inclinación que tiene la vagina, de arriba a abajo y de atrás a adelante, la presión abdominal ejercida sobre el útero en anteposición se trasmite sobre la pared vaginal anterior, la que se aplica directamente a la posterior. El asa formada por los fascículos pubo-rectales de los elevadores constriñe la vagina en su parte inferior, tirándola hacia arriba y adelante. Así pues, en el momento del esfuerzo la presión abdominal empuja el útero contra la pared vaginal anterior, por mediación de la vejiga, encontrándose dicha pared anterior aplicada a la posterior, debido a la contracción de los elevadores.

En esta forma, todo descenso es imposible y dicha presión

nunca podrá encajar al útero, cuyo eje de inclinación no sigue al del conducto vaginal.

En caso de rotura sub-mucosa del cuerpo perineal, de un desgarró de la horquilla, o de un agrandamiento de la hendidura vulvar, consecutivo al parto, no hay un contra-apoyo a la pared vaginal anterior, ya que el tabique recto-vaginal se ha debilitado o destruido. De aquí que dicha pared resbale descienda y salga al exterior, constituyendo primero un simple ectropión de la mucosa, luego una eversión (colpocèle) y más tarde el deslizamiento secundario de la vejiga (cistocele). Todo esto siempre y cuando haya habido una lesión del aparato ligamentoso de la vejiga o lo que es lo mismo,

de la fascia vésico-vaginal. Esta condición se presenta por lo menos en la mayoría de los casos y es producida también generalmente por paso de una cabeza fetal voluminosa.

Dicha cabeza distiende a menudo, tanto la fascia como la parte muscular, de cuyo traumatismo resulta necesariamente el cistocele; pero permaneciendo intacta la fascia vésico-vaginal, ésta puede y de hecho mantiene la pared anterior de la vagina y la vejiga misma en su posición normal. Esto sucede aún después de un marcado traumatismo de los músculos elevadores del ano.

Contrariamente, el cistocele se desarrolla después de la alteración de la fascia, aún cuando los músculos elevadores del ano permanezcan intactos.

De una manera análoga resulta el rectocele, cuando ha habido desgarros del tejido conectivo que forman el septo, o fascia recto-vaginal; la pared posterior de la vagina se desliza, resbala fuera de la horquilla, se ectopia por la abertura anormal de la vulva y arrastra el recto (colpocele posterior y rectocele).

Las lesiones vistas anteriormente tienen generalmente un origen mecánico y son producidas por el parti; pero aunque los desperfectos observados sigan frecuentemente a las intervenciones intrumentales, no siem-

pre se presentan a consecuencia de ellas, ya que vemos los mismos resultados después de muchos casos en que no ha habido intervención instrumental alguna. Se trata entonces, como hemos dicho, de partos en los que el producto es demasiado grande y el trabajo, aunque llevado a término por las fuerzas naturales de la mujer, ha sido prolongado, laboriosos y difícil:

En ambos casos el cuello es desprendido de sus adherencias fasciales y consecutivamente se presenta un adelgazamiento y debilitamiento de las capas aponeuróticas de la pelvis. Este mismo adelgazamiento y debilitamiento se observa en los soportes ligamentosos, lo que se traduce por una retroversión, y ya hemos visto la importancia de esta anomalía de posición, en

la producción del prolapso.

El descenso ocurre, según la localización y la magnitud del desperfecto, ya en el retro-pubis, el septo vésico-vaginal en el recto-vaginal, o a la vez 'más de uno solo de estos puntos. Depende también el prolapso de la extensión de la destrucción, fascial, así como del lapso de tiempo transcurrido desde que se inicia hasta que se intenta su reducción, por lo que puede variar desde algo más que una ligera exageración del descanso fisiológico uterino normal, hasta la procedencia, en la que el órgano aparece totalmente colgado a través del orificio vaginal.

Descripción de algunos de los procedimientos más empleados.

Algunas consideraciones sobre ellos.

El número de procedimientos que de algunos años acá se han propuesto para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital de la mujer, es muy elevado. Es esto debido seguramente, por una parte a la diversidad de opiniones en lo que concierne a la fisiopatología y por otra a la variedad de factores que lo originan.

Esta misma multiplicidad de métodos nos habla en favor de que, en términos generales, no hay un método verdaderamente satisfactorio con el que el cirujano pueda corregir todos y cada uno de los desperfectos que cada caso le presenta.

Tratará de hacer una recordación de algunos de los métodos más conocidos y más empleados actualmente, describiendo someramente el fundamento de cada uno de ellos, para luego referirme a las críticas que de ellos se han hecho y que principalmente los afectan.

Para facilitar su estudio, haré caso omiso de la relación que pueda haber entre la compatibilidad de la técnica empleada con el embarazo subsecuente a ella y tomaré como punto de referencia, la vía de acceso.

De esta manera, podemos, pues, clasificar los diferentes procedimientos que se han descrito, en los grupos siguientes:

I. —Procedimientos que se practican por vía abdominal.

II. —Procedimientos que se practican por vía vaginal.

III. — Procedimientos mixtos que se practican por ambas vías.

Procedimientos que se practican por vía abdominal:

A.) Histeropexias:

1.) Centro-fijación simple del útero. —El peritoneo es empujado a un lado del margen de la incisión abdominal, en contacto directo con el tejido conectivo. Los puntos pueden pasar directamente por el fondo del útero o a través, ya de los ligamentos útero-ováricos, ya de los ligamentos redondos en donde se insertan al útero, o bien del fondo y ligamentos.

2.) Fijación a la pared por medio del tejido aponeurótico. —Este método utiliza como medio de

sostén, una tira aponeurótica sacada bien sea del abdomen de los psoas, o de la "fastacia lata".

3.) Implantación del útero a la pared abdominal. —En cuerpo es llevado a la pared abdominal y fijado a varias capas de ella.] Las diferentes técnicas descritas varían solamente en detalles; pero el fondo es el mismo. Murphy hace lo siguiente: excisión de cuneiforme vertical de la cara anterior del útero, seguida de la fijación de esta superficie así avivada a los músculos rectos del abdomen.

4.) Bumm. después de una laparotomía de Pfannenstiel, hace una incisión vertical sobre el cuello, hasta la cavidad del mis-

mo; sutura en seguida el peritoneo parietal al visceral, aislando así la cavidad vésico-uterina. El cuello, en el punto en que se hizo la incisión es fijado a los músculos rectos y termina la operación por acortamiento de ligamentos redondos. (Caso de prolapso con útero hipertrofiado).

5.) Solm propone le siguiente histeropexia: Por la laparotomía media, hace vascular el útero a fin de que su fondo llegue a nivel de la sínfisis púbica, en tanto que el istmo se dirige hacia el ombligo. El cuerpo, fuera ya de la cavidad, se sitúa entre los músculos rectos. La ventaja de este método, según su autor, es hacer que la presión, obre sobre la sínfisis púbica.

6.) Promonto-fijación del cuerpo del útero. —Consiste en la sutura de la cara posterior del cuello a los ligamentos del promontorio seguido de colpoperinorrafia.

7.) Otros autores hacen la fijación del útero a la vejiga.

B.) Extirpación del órgano, con fijación especial de pedículos.

I.) Histerectomía supravaginal con fijación de los pedículos al cuello.

Una vez hecha la histerectomía se levanta el muñón cervical, y los ligamentos redondos y anexos a él le son fijados de manera a evitar todo relajamiento. Así sostiene el cuello y paredes vaginales. Esto es un tiempo indispensable en toda histerecto-

mía pero, en caso de tratamiento de prolapso, debe tenerse especial atención para evitar cualquier relajamiento.

2.) Histerectomía supravaginal con fijación del cuello a la pared abdominal.

Cuando la vagina está tan extraordinariamente laxa y larga que al asegurar el cuello del útero a los pedículos no se consigue evitar su relajamiento, entonces el muñón del cuello puede fijarse directamente a las capas de la pared del vientre.

3.) Histerectomía completa con fijación de la vagina a los pedículos pélvicos.

El tronco vaginal es levantado y los pedículos pélvicos se fijan fuertemente a él, de preferencia con catgut cromizado a la capa

4.) Histerectomía completa con fijación de la vagina a la pared abdominal. —Se cierra el muñón vaginal, se levanta y se fija

con catgut crominazo a la capa aponeurótica de la pared abdominal.

C.) Tratamiento del prolapso por medio de los ligamentos:

I.) Acortamiento de los ligamentos útero-sacros.

Cada ligamento redondo es trasplantado a la pared abdominal ya sea directamente a la zona del músculo recto (Gillian), ya oblicuamente para eliminar las bandas libres en la cavidad, y por lo tanto la posibilidad de una oclusión intestinal (Crossen). o bien el ligamento redondo de cada lado se lleva hacia atrás, a través del ligamento an-

cho, debajo del ligamento útero-ovárico y es fijado a la cara posterior del cuerpo del útero.

El acomodamiento también puede hacerse por medio de pliegues y suturas, hechas a la porción relajada de cada ligamento redondo, corrigiendo así el exceso de flacidez de los tejidos (Mann, Dudley):

D.) Reparación de la fascia útero-púbica, desde arriba):

El fondo de saco vésico-uterino del peritoneo es abierto, la vejiga separada del útero y el plano útero-púbico de la fascia es plegado por medio de suturas que lo doblan transversalmente. (Polk).

E.) Resección del fondo del saco de Douglas. —Preconizado por Forgue, cuando la hernia de di-

cho saco es primitiva, es decir, que precede al descenso del útero. También se ha propuesto a este respecto el acortamiento de los dos pliegues de Douglas y, en casos de prolapsos de tercer grado, la obliteración de este mismo fondo de saco asociada a la colopexia.

II. —*Procedimientos que se practican por vía vaginal*

A.) Utilización del útero para cubrir la abertura vaginal:

1.) Vagino-fijación del útero (Dunren, Winter).

La vejiga es separada de la vagina y del útero, el peritoneo -orto y fijado por varios puntos de sutura a la pared vaginal, pero no es llevado abajo de la vajina; después de que la pared

vaginal se cierra, el piso pélvico es separado. (Este es un paso de la operación por interposición).

2.) Interposición vésico-uterina:

Conocida con el nombre de Operación de Watkins-Werthein-Shauta, y aunque la descripción que cada uno de estos autores hace de la técnica, difiere algo de las otras, el fin es el mismo: se trata de formar un medio de sostén a la vejiga, en casos de grandes cistocelos con incontinencia y con retro desviación del útero a través del orificio de una colpotomía anterior y lo incluyen en el desdoblamiento de la pared vaginal anterior. A fin de prevenir la eventualidad de un embarazo posterior, practican una sección tubaria.

Freud describe un procedimiento semejante: por colpotomía posterior, fija el útero, basculado a través de este orificio, a las paredes anteriores y posteriores de la vagina

3.) Amputación vaginal del cuerpo del útero con interposición subvesical del cuello (Landau):

Después de que la vejiga es separada de la pared vaginal y del útero, el peritoneo abierto y el cuerpo del útero bajado como sucede en la operación por interposición regular, se hace la amputación de éste y se fija posteriormente al cuello debajo de la vejiga.

4.) Fijación sub-púbica del cuello del útero (Smith):

Después de la incisión de la pared vaginal y la separación de la vejiga de la vagina y del útero, la superficie anterior del cuello es cuidadosamente suturada a los tejidos del arco púbico, evitando así el prolapso y el cistocelo.

B.) Extirpación vaginal del útero, con fijación especial de pedículo:

1.) Histerectomía vaginal con fijación alta de la vagina.

Después de la extirpación del útero, los pedículos se bajan y se fijan a la pared vaginal, quedando ésta lo suficientemente alta para evitar el relajamiento (Weibel, Werner).

2.) Histerectomía vaginal con fijación baja de los ligamentos redondos.

Después de la extirpación del útero, los ligamentos redondos y demás pedículos pélvicos se fijan debajo del arco púbico, formando una especie de hamaca que servirá de sostén a la vejiga.

C.) Cierre de la vagina: 1.) Cierre parcial del canal vaginal. (Operación de Le Fort).

Se practica una denudación de la pared vaginal anterior, en una extensión que comprende una tercera parte del ancho de dicha pared posterior y luego se unen estas dos zonas por medio de una sutura, quedando entonces una canal por cada lado, para el paso de las secreciones.

2.) Estrechamiento circular de la entrada vaginal.

Una sutura fuerte, generalmente hecha con hilo de plata,

se pasa subcutáneamente al rededor de toda la entrada vaginal, dejando únicamente un orificio para el paso de las secreciones:

3.) Obliteración a el canal vaginal :

Se desnudan las superficies vaginales salientes y entonces, por medio de suturas circulares hechas preferentemente con catgut cromizado, se lleva a cabo la obliteración del canal.' Dichas suturas principian, por la parte alta, dejando un espacio de una pulgada entre una y otra. Este procedimiento ha sido utilizado principalmente en casos de prolapso vaginal rebelde, subsecuente a una histerectomía vaginal, cuando ésta se hacía como tratamiento del prolapso del útero.

D.) Reparación o reconstrucción del plano que forma la fascia útero-púbica.

1.) Plegadura:

La pared vaginal anterior es incindida y separada de la vejiga y de la fascia y el plano de

tejido conectivo es entonces doblado por suturas dispuestas en hilera, corriendo en sentido ántero-posterior.

2.) Superposición:

La pared vaginal y el plano fascial se inclinan y separan de la vejiga.

Si se desea da fascia de cada lado separándola de la pared vaginal y en seguida se suturan superpuestas las dos fascias asi divididas. (Rawis).

E.) Ligamentopexias:

1.) De los ligamentos redondos:

Fijación de los ligamentos redondos a la superficie anterior del útero; después de la incisión de la vagina, la vejiga se separa de ella y del útero: el peritoneo es abierto y los ligamentos redondos son fijados a la cara del útero, después de bajarlos y paxarlos a través de la abertura peritoneal (Goffe).

(Tomado de la revista "Cirugía", México, D. F.)