

---

# El prolapso de la cúpula vaginal

*Dr. Héctor Enrique Bernal B.*

Del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de San José  
Del Departamento de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios

Bogotá, 1959

## CONSIDERACIONES GENERALES

La "*Inversión de la Vagina*" o "*Prolapso de la Cúpula Vaginal*", consecutivo a la histerectomía, ha cobrado nueva importancia en los últimos tiempos: en efecto, la frecuencia cada vez mayor con que se practica la histerectomía como tratamiento del prolapso, especialmente en mujeres menopáusicas, ha trascendido a numerosos cirujanos no especializados quienes consideran que el acto esencial en la cura de la distopia está condicionado por la extirpación del órgano herniado, sin tener en cuenta que es por el contrario en la correcta reconstrucción de los elementos de suspensión y de sostén lesionados en donde está la razón de ser de las técnicas modernas. Consecuencia: el prolapso volverá a presentarse con el consiguiente disgusto para la paciente que observa cómo sus órganos salen de nuevo, y mayor disgusto aún para el cirujano quien tendrá que reconocer que su técnica es deficiente.

Consideraciones semejantes podrían hacerse a propósito de histerectomías abdominales en que no se presta la debida atención a la fijación correcta de la vagina, o del cuello según el caso; sin que constituya para éste último una excepción ya que si es verdad que en la histerectomía tubtotal no se seccionan ni traumatizan los ligamentos cardinales y demás elementos del "retináculo uterino", como en la pan-histerectomía, en cambio, como lo dice Hyams (1), "la última es ejecutada tan solo por cirujanos hábiles y experimentados" y también, razón quizá de mayor valor, "el eje del muñón cervical persistente coincide con el de la vagina cuyo extremo superior mantiene abierto y con la cual

forma una especie de cilindro más fácil de invertir que el muñón vaginal en forma de cono que resulta de la histerectomía total”.

No hay que olvidar tampoco, como lo dice Te Linde (2), que en muchos casos “la aparición de esta complicación después de la extirpación del útero también puede ser debida a que no se reconoció la presencia de cierto grado de descenso, relajación de la abertura externa, rectocele, cistocele o enterocele en el momento de practicar la operación; estas afecciones, que representan el fallo de los soportes inferiores del útero, pueden ser asintomáticas en el momento en que se practica la histerectomía y solo dar síntomas más tarde”.

De las consideraciones anteriores se deduce que existen dos clases de *prolapso de cúpula*, según que persista o no el cuello: en el primer caso hablaremos de *prolapso de cúpula con cuello restante* y en el segundo, simplemente, de *prolapso de cúpula* o mejor de *prolapso de la cúpula vaginal*. A este último habremos de referirnos únicamente en el curso de este trabajo, con la mira de tratar de presentar una solución al problema difícil de su profilaxis y de su tratamiento.

### CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Del título, o del enunciado del tema que estamos tratando, pudiera concluirse que el prolapso de la cúpula vaginal está constituido simplemente por la inversión del tercio o de los dos tercios superiores de la vagina, es decir del fórnix o verdadera cúpula vaginal; este concepto, si bien válido en algunos casos, dista mucho de ser el caso habitual pues en la mayoría está asociado a distopias de los órganos vecinos cuyo conjunto constituye una sola entidad, sin que se pueda restar importancia, desde el punto de vista del tratamiento, a ninguno de sus elementos pues resultaría incompleto. Generalmente la inversión de las paredes vaginales se hace a tal extensión que se produce la exteriorización del órgano y concurrentemente el descenso de la vejiga la cual con frecuencia está situada casi completamente por fuera de la cavidad pélvica, contribuyendo a la gran distensión del prolapso. A su vez el prolapso de la pared posterior puede estar asociado con rectocele si la integridad funcional del septum recto-vaginal y de la cuña perineal es defectuosa, y generalmente con la rela-

jación de los pilares del elevador. Pero si estas estructuras conservan su integridad entonces la protrusión suele manifestarse por encima del recto en forma de un abultamiento de la pared posterior que corresponde a un enterocele, siendo de advertir que con frecuencia el rectocele está asociado con el enterocele, aunque éste puede existir solo; la diferenciación entre los dos es sin embargo muy importante ya que su corrección corresponde a procedimientos operatorios diferentes.

Es necesario aclarar aquí que el enterocele a que hacemos referencia es casi siempre secundario a la histerectomía, aunque puede encontrarse enterocele post-operatorio que no corresponda necesariamente al tipo secundario. Nos explicamos: según Austin y Damstra (3) "el enterocele primario es una hernia a través de la pared posterior de la vagina, por detrás del cuello; el enterocele secundario es una hernia a través del piso de la pelvis". El primero se encuentra en pacientes con útero intacto y el segundo únicamente después de la histerectomía total aunque, como antes lo decimos, un enterocele post-operatorio no es necesariamente de tipo secundario. De ahí que muchos ginecólogos, ante la posibilidad de que un enterocele inadvertido pueda hacerse prominente después de la histerectomía vaginal, procuran prevenirlo por medio de suturas que aproximan los ligamentos sacro-uterinos.

Los distintos elementos que acabamos de mencionar concurren generalmente en la constitución del prolapso de la cúpula vaginal; sin embargo no siempre el cuadro es tan completo ya que, en casos especiales, puede observarse, como lo dice Te Linde (2), "paredes vaginales anteriores y posteriores bien conservadas con un defecto herniario en la bóveda vaginal que hace protrusión por el saco de un enterocele, o la presencia solamente de un cistocele con una pared posterior intacta, o también un rectocele con una vejiga bien sostenida".

## DISCUSION

Los conceptos anatómicos expresados hasta aquí no admiten discusión, ya que se trata de lesiones protuberantes fácilmente apreciables por cualquier examinador experimentado; no ocurre lo mismo en cuanto a la condición anatómica de los elementos de

suspensión y de sostén que normalmente aseguran la fijación y mantienen la estática de los órganos pélvicos. Dichos elementos, aunque funcionalmente insuficientes (relajación, desgarró, atrofia, etc.), conservan sin embargo su integridad en el momento de la histerectomia, y de su correcta utilización dependerá el porvenir de la enferma en relación con el prolapso. No podríamos decir lo mismo a propósito del prolapso de la cúpula vaginal: porque si es verdad que los planos de sostén (diafragmas pélvicos y fascias (fig.1)), más o menos relajados o desgarrados, persisten y son utilizables, en cambio la persistencia de los elementos de suspensión (ligamentos de "retináculo uterino") (fig. 1) es sumamente discutible.

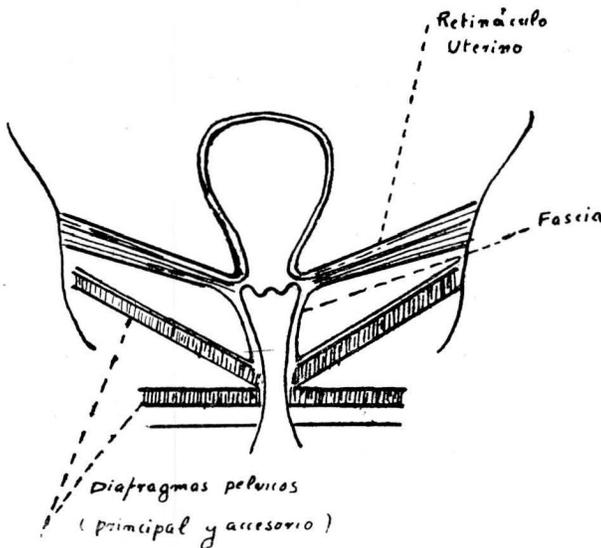


FIGURA Nº 1 - Esquema del aparato de fijación de los órganos pélvicos. (imitado de Calatroni).

El problema es de vital importancia ya que de su solución acertada dependerá en último término la conducta que deba adoptarse: porque es claro que si dispusiéramos de dichos elementos lo lógico sería utilizarlos en la cura del prolapso, mas si no persisten resultaría inútil, cuando no peligroso, pretender tomar, a la ciega, con suturas, lo que no existe.

La mayoría de los autores guardan a este respecto un religioso silencio, pero hay algunos que, por la descripción de sus

técnicas, al menos parcialmente lo suponen (Andrews (4) Miller (5) Waters-Claser (6) Gordon-Gordon (22) ) y otro que, probablemente en la mayoría de los casos, cree en su existencia.

En efecto Harrison (7), en su capítulo sobre corrección del prolapso de la bóveda vaginal, al hablar sobre las bases del tratamiento quirúrgico, dice: "como en el reparo del enterocele o del rectocele alto se deben utilizar en la corrección del prolapso de la bóveda los ligamentos cardinales junto con los tabiques o fascia parieto-visceral que los continúan hacia atrás, las fuertes porciones laterales y superiores del plano músculo-fascial posterior y los ligamentos pubo-vésico-uterinos o pilares de la vegiga". A expensas de dichos elementos el autor propone una "sutura en corona que reúna de nuevo las estructuras que primitivamente estaban unidas al cuello". Como se ve, para Harrison, las estructuras anatómicas se conservan prácticamente al mismo estado de integridad que en el momento de la histerectomía y para mejor ilustrar su pensamiento presenta un diagrama en el que se observan los ligamentos cardinales elongados sosteniendo una vagina invertida (fig. 2). Sin embargo el autor, en la propia leyenda

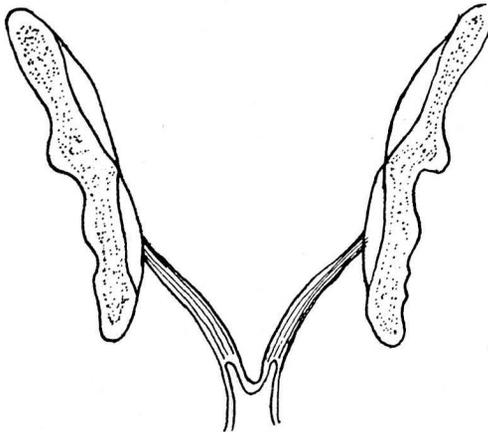


FIGURA Nº 2 - Relación entre los ligamentos cardinales y la bóveda vaginal invertida (según Harrison). "Los ligamentos se han estirado y descendido con la bóveda o se han desinsertado de la misma (no representado)". - (tomado de Harrison)

del diagrama que aquí reproducimos, aunque no en la descripción de la técnica, habla de los casos en que los ligamentos están desinsertados de la bóveda vaginal; por otra parte en dicha des-

cripción se expresa como si existiera el útero y, más aún, en las figuras con que la ilustra aparece el cuello uterino tomado con pinzas de garra.

Los demás autores, como antes lo decíamos, no se pronuncian en relación con la integridad anatómica de los elementos de suspensión en el prolapso de la cúpula, aunque es fácil deducir que los consideran como inexistentes ya que la mayoría de ellos (inspirándose en los viejos maestros), Harris (16) utilizaba, en el tratamiento del prolapso genital, el largo tendón del psoas menor que llevaba hasta alcanzar el cuello uterino. Por su parte Schubert (17) utilizaba la línea alba dividida en dos tiras que implantaba a los lados del cérvix. Se han ideado ingeniosos procedimientos que tratan precisamente de suplirlos o reemplazarlos: así Brady (9) fija el vértice de la vagina a la pared abdominal anterior; Grant-Ward (10) suspende la bóveda vaginal, a través de una incisión abdominal, utilizando fascia lata de buey; Fletcher (11) practica una colpocistopexia utilizando tiras de fascia abdominal cruzadas como un suspensor; Norman-Guiou (12) utiliza una tira de fascia lata o fascia oblicua externa insertada en la bóveda vaginal; Shaw (13) y Aldridge (14) describen un método para suspender la bóveda vaginal con tiras de fascia obtenidas de la vaina del recto en la línea media, y, por último Mac Leod (18) y Williams-Richardson (15) describen una operación similar utilizando tiras de fascia de la aponeurosis del oblicuo externo, a las que se deja una porción del propio músculo.

Como se comprende, por la gran variedad de procedimientos que tratan de crear nuevos ligamentos para suspender la bóveda vaginal, la mayoría de los autores está de acuerdo en que los elementos normales de suspensión de vagina y útero no persisten en el prolapso de la cúpula, o están tan sumamente degenerados, retraídos o atrofiados que no conservan su integridad anatómica y por tanto no merecen tenerse en cuenta. Por nuestra parte, en las disecciones a veces muy extensas que hemos practicado en diversos casos, nunca los hemos encontrado.

Podría aducirse como explicación a quienes piensan como Harrison suponiendo dos hipótesis: o que a la mayoría de los casos por ellos considerados se les hubiese practicado la histerectomía con una técnica irreprochable, es decir con una plastia per-

fecta de los ligamentos, lo cual es muy factible en los centros especializados americanos, o que el tiempo transcurrido entre la histerectomía, la aparición del prolapso, y la consulta fuera lo suficientemente corto. En el primer caso los ligamentos, aunque funcionalmente deficientes, persistirían: el mecanismo de producción del prolapso de la cúpula sería semejante al del prolapso primitivo, cuando existía el útero; en el segundo, por la misma brevedad del lapso transcurrido, los ligamentos no habrían tenido el tiempo necesario para atrofiarse o retraerse.

Las consideraciones anteriores no son aplicables en nuestro medio, ya que es precisamente de una técnica defectuosa de histerectomía de donde derivan la mayoría de los prolapsos ulteriores de la cúpula. Por otra parte nuestras pacientes, casi en la generalidad de los casos, ya sea por temor a una nueva intervención o por simple abandono, no concurren a la consulta sino cuando su estado se ha vuelto verdaderamente insoportable; el cuadro N<sup>o</sup> 1 (V. al final "casuística") es suficientemente demostrativo: se aprecia como, si bien en 6 casos los primeros síntomas se hicieron presentes en el curso de pocos meses, la primera consulta, con excepción de dos casos, no se hizo sino entre 1 y 23 años después de la histerectomía.

En conclusión, desde el punto de vista práctico, podemos considerar a los ligamentos que normalmente suspenden la vagina y el útero como inexistentes en el prolapso de la cúpula vaginal (fig. 3); los únicos soportes disponibles están constituidos por los diafragmas pelvianos principal y accesorio y por restos de las fascias.

### *ETIOPATOGENIA Y PROFILAXIA*

Prácticamente se deduce de cuanto hemos dicho hasta ahora; queremos únicamente llamar la atención sobre algunos hechos especiales.

Es claro que las condiciones etiológicas varían según que la histerectomía haya sido practicada para eliminar una afección propia de la matriz, por ejemplo un fibroma, o cuando se trata de curar un prolapso. En este último caso, como lo dice Waters (6), "el defecto anatómico específico, responsable para la pro-

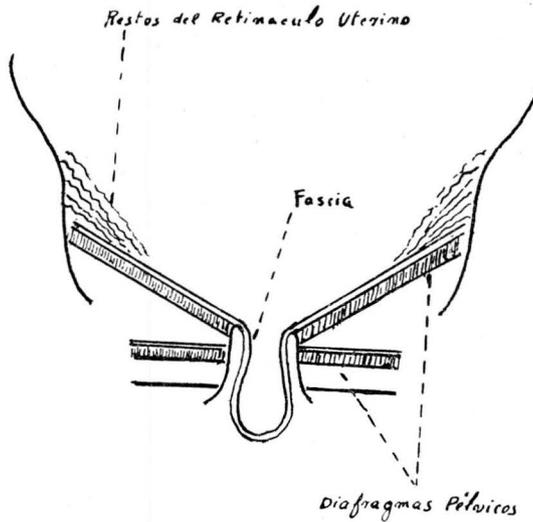


FIGURA Nº 3 - Aparato de fijación en el prolapso de la cúpula. (esquemático).

ducción del prolapso de la cúpula, se encuentra presente en el momento de la histerectomía; porque así como la relajación, debilitamiento y consecuente alargamiento de los ligamentos cardinales y úterosacros permite el descenso del útero, así también el daño asociado de los elementos que soportan los fórnices y paredes vaginales permite la inversión de este órgano”.

Se comprende pues por qué quien ejecuta una simple histerectomía, en el intento de curar un prolapso, no hace sino preparar el terreno para la ulterior aparición del prolapso de la cúpula. Ya lo decía Aparicio hace 16 años (19): “pretender curar un prolapso por la histerectomía nos parece tan ilógico como querer curar una hernia por la extirpación del contenido herniario; la práctica nos demuestra que en las enfermas histerectomizadas aparece en un tiempo más o menos lejano ,no ya el útero que no existe, pero sí la vagina, la vejiga o el recto”. Se refería el autor a las antiguas técnicas de histerectomía vaginal que, con desconocimiento absoluto del mecanismo y de los elementos que aseguran la estática de los órganos pélvicos, se limitaban a extraer el órgano que aparentemente constituía la clave del prolapso.

Hoy día los conceptos han cambiado: por lo menos en las mujeres menopáusicas la mayoría de los ginecólogos considera que

la histerectomía vaginal constituye un excelente procedimiento para el tratamiento del prolapso, tanto más aceptable cuando el útero está enfermo. Y es que, en estos casos, el útero y los anejos tienen más de un 50% de probabilidades de estar enfermos, aun cuando no presenten ninguna manifestación clínica, como parece demostrarlo el estudio de Falk (20) quien, sobre 227 casos en que practicó histerectomía vaginal a pacientes cuya única patología era el prolapso, encontró en 147 patología incidental, no descubierta al examen clínico, y que va desde los simples miomas hasta dos casos de adenocarcinoma. De ahí que dicho autor preconice la histerectomía vaginal como procedimiento superior a otros porque: "a) asegura la extirpación de un útero enfermo o que tiene muchas probabilidades para estarlo; b) previene contra el desarrollo de carcinoma del cuerpo o del cuello; c) proporciona la oportunidad para inspeccionar ovarios y trompas y remover cualquier parte enferma; d) la operación es bien tolerada, tiene bajo índice de morbilidad y rápida convalecencia; e) proporciona excelentes resultados anatómicos y clínicos. Pero, dice el autor, *"debe ser practicada por un experto cirujano ginecólogo y complementada con el reparo del cistocele y perineorrafia"*.

No es nuestro propósito entrar a discutir sobre las ventajas o inconvenientes de los procedimientos conservadores o radicales en la cura del prolapso: tienen ellos sus indicaciones más o menos precisas de acuerdo con la edad, el deseo de mantener la función reproductiva, la presencia de patología agregada en el útero etc. bástenos con decir que, para la gran mayoría de las enfermas menopáusicas, estamos de acuerdo con los conceptos antes expuestos. Queremos sí hacer énfasis sobre las condiciones que debe llenar una histerectomía para ser considerada como buen procedimiento en el tratamiento del prolapso.

Dichas condiciones pueden resumirse así: 1º se deben tratar todos y cada uno de los elementos que constituyen el prolapso genital y no limitarse únicamente al histerocele; por consiguiente: 2º el cistocele debe ser reducido y mantenida la correcta posición de la vejiga por medio de la sutura de la fascia y de una plastia adecuada de los ligamentos; 3º debe corregirse el rectocele según las técnicas corrientes; 4º la cúpula o vértice vaginal debe ser suspendida a la manera fisiológica por una plastia correcta con los ligamentos cardinales y úterosacros y por último 5º, punto

muy importante, debemos buscar y tratar cualquier enterocele, por pequeño que sea, o prevenirnos contra su aparición.

Este último punto implica el reconocimiento del hecho de que el enterocele, en algún grado, complica casi todos los casos de prolapso; y un enterocele no reparado puede iniciar el prolapso de la cúpula, acentuado cada vez más por la presión intraabdominal que se concentra sobre el punto más débil. Como lo dice Waters (6), y nosotros hemos podido comprobarlo, "no es una simple coincidencia el que muchos de estos casos se presenten en el curso de pocos meses y casi todos dentro del primer año del post-operatorio" (V. cuadro Nº I al final "casuística").

De ahí que algunos autores hayan ideado diversos procedimientos para evitar la complicación: así Danforth (21) reseca una gran porción del peritoneo redundante y Waters (6), reconociendo el hecho de que "en prácticamente todas las múltiparas que se presentan para histerectomía vaginal y reparo existe una redundancia, en dirección lateral, del fórnix posterior de la vagina" propone una "colpectomía parcial posterior, como complemento al reparo de cualquier enterocele presente, o la obliteración profiláctica del fondo de saco y aproximación alta de los ligamentos úterosacros cuando no se encuentra enterocele". Con estas medidas consigue: 1) estrechar la parte superior de la vagina lo suficiente para hacer imposible su inversión; 2) cerrar el paso a cualquier enterocele actual o potencial, que ulteriormente pudiera inducir al prolapso de la bóveda; 3) reducir a proporciones normales la vagina demasiado amplia, y 4) profundizarla.

En el caso de la histerectomía abdominal, generalmente practicada para afecciones en que no está comprometida la estática de los órganos pelvianos, las condiciones varían fundamentalmente ya que disponemos de un aparato de suspensión y de sostén cuyos elementos conservan su integridad. Sin embargo el error consistiría en no utilizar adecuadamente dichos elementos en la reconstrucción de la arquitectura que asegura la correcta posición de la cúpula vaginal. En nuestra práctica nos servimos generalmente de los ligamentos cardinales y úterosacros y de la fascia véscio-vaginal, reforzada lateralmente por los ligamentos pubovesicouterinos; elementos que por medio de una plastia fijamos al vértice de la vagina: la reconstrucción queda así completamente fisiológica.

Para terminar no debemos olvidar que en la etiología del prolapso de la cúpula, en la misma forma que para el prolapso genital corriente, intervienen las grandes causas predisponentes comunes a todas las hernias: los esfuerzos intensos y repetidos, los trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, la obesidad, la infección, la cicatrización defectuosa de los tejidos, la desnutrición, etc.

### ASPECTOS CLINICOS

El diagnóstico de esta afección resulta muy fácil ya que su sintomatología no difiere de la de los prolapsos genitales en general. El síntoma saliente es la protrusión de una masa por la abertura externa de la vagina; dicha masa, como ya lo dijimos, está constituida por la vagina invertida acompañada generalmente de cisto, recto y enterocele. Algunas enfermas se sienten muy impedidas al andar o sentarse; en otras se presentan trastornos de la micción que pueden ir desde la retención total o parcial hasta diversos grados de incontinencia: en algunos casos es necesario reducir la masa en la pelvis para poder evacuar la vejiga. La retención urinaria predispone a la infección crónica y, según algunos autores (11) a la formación de cálculos vesicales. Por último, en el caso de grandes prolapsos, puede haber ulceración e infección y aún pequeña hemorragia.

A título de curiosidad queremos mencionar la ruptura del enterocele con protrusión del intestino, del cual se han descrito cuatro casos en la literatura explicables por ulceración de la mucosa que cubría el enterocele, generalmente atrófica y muy poco vascularizada. (23)

### TRATAMIENTO

Si el tratamiento del prolapso genital, en general, ha sido objeto de grandes controversias y tan solo en los últimos años parece haberse llegado al acuerdo en cuanto a las normas que lo rigen, el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal, en particular, continúa siendo un problema de difícil solución. Y es natural que así sea ya que, según sabemos, la destrucción de los elementos que normalmente contribuyen a mantener la estática de los órganos herniados es tan grande que prácticamente no existen; consecuencia: la necesidad de formar nuevos elementos de sus-

pensión o de sostén, ya sea a expensas de los propios tejidos o de tejidos extraños al organismo, o la creación de artificios que van desde el simple estrechamiento de la vagina hasta el tabicamiento de la misma, con supresión de la función.

De acuerdo con lo anterior existen numerosos procedimientos que podemos sintetizar en dos o tres tendencias:

1º) Operaciones abdominales consistentes en fijar la bóveda vaginal a la pared abdominal por medio de suturas no absorbibles, tiras de fascia etc.

2º) Operación vaginal radical: colpectomía total o subtotal, con tabicamiento y anulación de la función, y

3º) Operación vaginal conservadora consistente en la creación de nuevos soportes para la vagina, la vejiga y el recto, la escisión del saco herniario y reparación, en presencia de un enterocele, y la reconstrucción del piso pélvico.

I — No es nuestra intención entrar a considerar los diferentes procedimientos descritos; bástenos recordar, como ya lo hicimos a propósito del estudio anatómico, (V. pág. 5) que para suspender la bóveda vaginal, sea a la pared abdominal o al promontorio, (1) se han utilizado desde las suturas no absorbibles (Brady) hasta la aponeurosis del oblicuo externo (sola o reforzada con músculo), la fascia lata, la vaina anterior del recto e inclusive la fascia lata de buey (Grant-Ward, Norman Guiou, Shaw, Aldridge, Mac Leod, Williams Richardson etc.). La mayoría de estas operaciones se limitan a la simple suspensión de la bóveda vaginal, accesible por laparotomía, sin tener en cuenta ningún otro elemento. (2) Tan solo la colpocistopexia abdominal ideada por Fletcher (11) contempla la corrección de los diversos elementos que constituyen el prolapso; su técnica puede resumirse así:

a) Previa laparotomía media infraumbilical se abre el fondo de saco vesicovaginal y se separan vejiga y vagina hasta más abajo de la desembocadura de los uréteres; b) una vez liberada

---

(1) Promonto-fijación de Wagner. (32).

(2) Williams-Richardson proponen la cura del enterocele pero no hablan nada del cistocele.

la vagina se procede al cierre del fondo de saco de Douglas por el procedimiento clásico de Moschowitz, con lo cual se previene o se corrige el enterocele; c) a expensas de la hoja anterior de la vaina de los rectos se tallan sendas tiras aponeuróticas cuyo extremo libre se lleva, por transfixión del músculo y del peritoneo parietal, hasta alcanzar la desembocadura útero-vesical del lado opuesto sobrepasándola ligeramente; d) con puntos separados de material fino no absorbible se fijan los bordes laterales de las tiras a la porción muscular de la pared vesical constituyendo así un "soporte suspensor en cruz" cuya localización debe ser tan baja cuanto sea posible y en contacto con el trigono vesical; e) fijación de la vagina a las tiras aponeuróticas, con puntos separados, de cada lado; f) peritonización, cierre de la pared abdominal y colpoperineorrafia complementaria para corregir el rectocele. Como se ve la operación corrige el enterocele por la oclusión del Douglas, y suspende la vejiga y la vagina por medio de las bandas aponeuróticas cruzadas por detrás del trigono vesical.

II — En el grupo de las operaciones radicales hemos colocado aquellas que suprimen la función de la vagina, desde la colpectomía total con denudación completa de la mucosa y tabicamiento de la cavidad hasta la colpocleisis parcial u "operación de Le Fort", con ligeras modificaciones según los autores (Barrows (24) Falk (25) ); entre estas últimas queremos mencionar especialmente el procedimiento de Andrews (4) quien, antes de proceder a la soldadura de las paredes vaginales, procura reparar los distintos elementos constitutivos del prolapso. Así, previa colpotomía anterior, corrige el cistocele con puntos en la fascia; en la pared posterior disección y cura del enterocele y corrección del rectocele por plastia de los elevadores; al final tiene cuatro colgajos de mucosa vaginal, dos anteriores y dos posteriores, que une en conjunto, utilizando la modificación de Berkeley-Bonney para cerrar el Le Fort (26), por un número suficiente de suturas de colchonero, comenzando en el vértice y en tal forma que cada una eleva a la anterior; además utiliza la llamada "puntada en corona de Emmet" la cual atraviesa todas las estructuras disponibles incluyendo los elevadores: "cuando dicha sutura se anuda levanta bastante el perineo".

III — Las operaciones vaginales conservadoras buscan el doble objetivo de asegurar la correcta fijación de los órganos her-

niados, por medio de adecuados elementos de suspensión o de sostén, manteniendo al mismo tiempo la función propia de la vagina. El ideal sería poder utilizar los elementos que normalmente aseguran dicha fijación y al efecto se han propuesto técnicas como la de Norman Miller (5) quien, luego de abrir la pared vaginal anterior como en la operación para cistocele, extirpa el tejido cicatricial del vértice de la vagina y al mismo tiempo penetra en la cavidad pélvica en donde, guiándose con el dedo, coloca una sutura en la base del ligamento útero-sacro y estructuras adyacentes de cada lado, que pasa luego por la fascia véstico-vaginal: al anudar dicha sutura levanta la vagina prolapsada y la fija a los ligamentos uterosacros.

Más completas son las técnicas propuestas por Waters Glaser (6) y Harrison (7) quien, como ya lo vimos atrás, pretende ir más lejos y, a más de la cura habitual del cisto, recto y enterocele, propone una "sutura en corona" que incluye "los pilares de la vejiga, los ligamentos cardinales junto con los septums que los continúan hacia atrás y las fuertes porciones laterales y superiores del tejido músculo-fascial posterior"; dicha sutura "reúne nuevamente las estructuras que primitivamente estaban unidas al cuello y una vez anudada cierra la bóveda vaginal con un anillo de fuertes estructuras ligamentosas que la fija a una altura compatible con las relaciones sexuales".

Las técnicas que acabamos de mencionar serían perfectas si estuvieran respaldadas por la presencia de los elementos ligamentosos que pretenden utilizar; desafortunadamente, lo sabemos, dichos elementos, en la mayoría de los casos, están tan retraídos o atrofiados que prácticamente no existen. Por tal motivo autores como Gordon (22) y Phaneuf (27) se limitan a practicar operaciones tipo Manchester con ligeras variaciones, pero concediendo toda la importancia a la cura del enterocele. Inspirados en principios semejantes desde hace algún tiempo venimos practicando una técnica que, si no en todos, nos ha proporcionado buenos resultados en la mayoría de los casos; en síntesis contempla en la pared posterior la disección muy amplia del perineo con aislamiento y reducción del enterocele cuyo saco se liga y se fija a los haces profundos de los pilares del elevador; en la pared anterior, a más de la cura del cistocele por acortamiento y sutura de la fascia, se incluye profundamente, como tejido heterotópico, una

porción de mucosa vaginal en forma de tubo que, a manera de arco de cúpula contribuye a sostener la bóveda vaginal; la intervención termina con una amplísima perineorrafia que toma hasta los músculos superficiales del periné: la descripción en detalle se hará más adelante.

## DISCUSION

De la multiplicidad de procedimientos propuestos se deduce una conclusión: el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal continúa siendo un problema de difícil solución, que exige aún más al ingenio del cirujano el cual debe disponer de diferentes técnicas para aplicarlas al caso determinado.

Desde el punto de vista de las indicaciones debemos considerar varios factores como son "la edad, el estado general de la enferma y especialmente la posibilidad de las relaciones sexuales ulteriores": cuando éstas dejan de tener interés para la mujer "puede practicarse una colpocleisis completa o parcial con un mínimo de shock operatorio y con excelente resultado para la paciente" (2). Sin embargo, pregunta Fletcher (11), a qué edad dejan de ser importantes las relaciones sexuales para la mujer?: a su juicio "la colpectomía es innecesaria a cualquier edad en tanto las condiciones físicas de la paciente le permiten someterse a una operación abdominal". Estas condiciones físicas deplorables como "la senilidad, hipertensión, enfermedad cardíaca, nefritis, diabetes, obesidad etc. implican la necesidad de una cirugía muy pobre en riesgos operatorios" y que sería para Falk la colpocleisis parcial u operación de Le Fort (25). No dudamos que en los casos extremos sea necesario recurrir al procedimiento más sencillo, pero, teniendo en cuenta lo poco agresiva que es en sí la cirugía vaginal más completa y los recursos que nos ofrecen la moderna anestesia y la transfusión, lo pensaríamos mucho antes de someter a una mujer, sobre todo si no es anciana, a la pérdida de la función de su vagina.

Quedaría la discusión sobre si se deben utilizar los procedimientos abdominales o la técnica vaginal, lo que equivale a preguntar si basta con suspender la bóveda vaginal directa o indirectamente a la pared abdominal para obtener la curación de todos los elementos que constituyen el prolapso o si por el contra-

rio se debe obrar sobre cada uno de estos elementos reduciéndolos y proporcionándoles nuevos medios de sostén que los conservan en posición adecuada.

Parece un hecho admitido que las pexias no curan los prolapsos ya que se apartan del principio universalmente aceptado en el tratamiento de cualquier hernia y que consiste en "reducirla y mantener dicha reducción por elementos de soporte o de sostén, mejor que la utilización de cualquier estructura destinada a suspender la hernia; estos principios, dice Thornton (28), se observan en el reparo vaginal del prolapso de la bóveda, muñón cervical o útero, y es por tales razones que la vía de intervención debe ser vaginal".

Por su parte Novak agrega "el principio general en la corrección de prolapsos de cualquier clase consiste no en amarrar los órganos por arriba sino en soportarlos por abajo". (29)

La práctica a su vez se encarga de demostrar la inutilidad de muchas pexias. Cuando, años ha, se practicaba con entusiasmo la exohisteropexia abdominal de Elie Epstein (30) tuvimos la oportunidad de comprobar cómo, en varios casos, a pesar de permanecer la matriz como parte integrante de la pared abdominal, descendían de nuevo las paredes vaginales y con ellas la vejiga, el recto y el cuello del útero hasta reconstituír el prolapso inicial. Y esto que veíamos en el prolapso genital completo hemos tenido oportunidad de confirmarlo también a propósito del prolapso de la cúpula; en dos de nuestros casos (Nos. 2 y 3) se había practicado previamente fijación alta de la cúpula, con reproducción del prolapso antes de los 5 meses; en el caso N<sup>o</sup> 3 se practicó posteriormente colpocleísis con idéntico resultado.

Consideramos que debe establecerse una excepción para la colpocistopexia de Fletcher (11) que, como ya lo dijimos, se dirige por vía abdominal a todos los elementos que integran el prolapso, practicando en seguida por vía vaginal la cura del rectocele; hasta donde nosotros sepamos sus resultados son en general satisfactorios; sus inconvenientes, relativos, serían el tener que utilizar dos vías y ser al mismo tiempo una operación prolongada y dispendiosa.

En resumen creemos que no se ha dicho la última palabra a propósito del tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal y que el cirujano debe ser ecléctico ya que, como lo dice Novak (29), "en los casos extremos no puede uno siempre planear la operación y en verdad debe algunas veces literalmente hacerla según se va presentando".

### TECNICA PROPUESTA

Como antes lo decíamos comprende tres partes:

I — Disección muy amplia del perineo con desprendimiento de la pared posterior de la vagina hasta la propia cúpula vaginal, en cuyo trayecto se ponen al descubierto los músculos perineales superficiales y profundos, la cara anterior del recto y el enterocele cuyo saco una vez aislado, reducido el contenido y ligado, se secciona y se fija a los haces profundos de los pilares del elevador.

II — Cura del cistocele en la forma habitual, pero permitiendo la formación, a expensas de una porción de mucosa vaginal que como tejido heterotópico queda incluido profundamente, de un tubo que a manera de arco de cúpula contribuye a sostener la bóveda vaginal.

III — Perineorrafia muy amplia que incluye parcialmente los músculos superficiales del periné.

La operación se inspira en parte, para la región perineal, en las técnicas propuestas por Labhardt (34) y Kahr (35) aunque sin estrechar tanto la vagina y concediéndole primordial importancia a la cura alta del enterocele, verdadero punto neurálgico del prolapso de la cúpula. En la región anterior creemos que, a más de la cura del cistocele, la formación de un arbotante o arco de cúpula cumplirá las funciones que le asigna la arquitectura, es decir contribuir al sostenimiento de la bóveda.

Se comienza siempre por la región posterior en razón de la mayor facilidad para la disección.

#### *I Parte*

1) Reparo con pinzas de Allis del límite entre el cistocele hacia adelante y el recto-enterocele hacia atrás: algunas veces difícil, con frecuencia es fácil (Fig. 4).

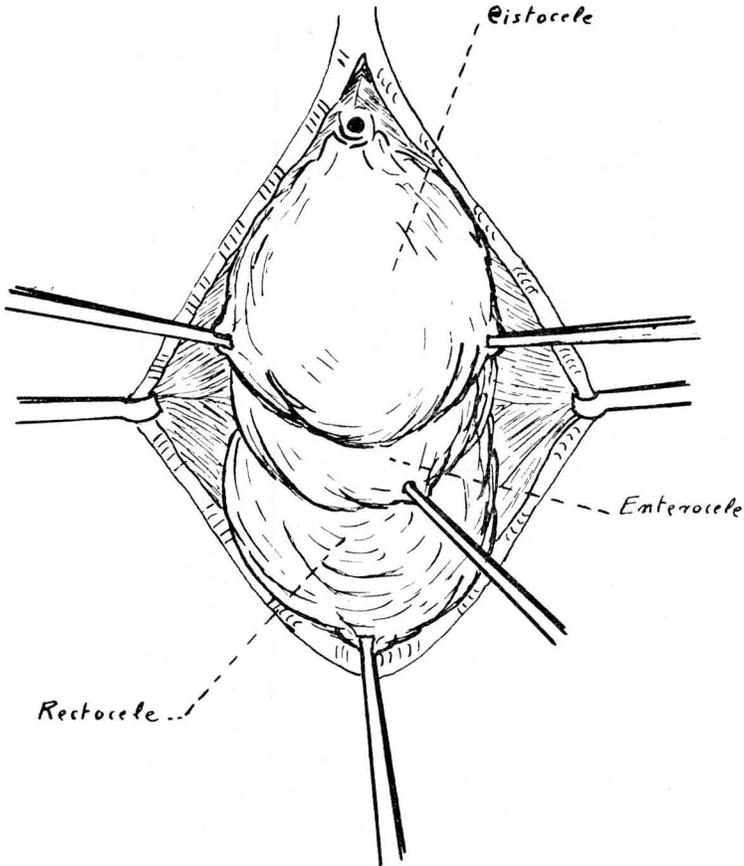


FIGURA Nº 4 - Reparación entre el cisto y el recto-enterocele.

2) Incisión en *U* que partiendo del surco interlabial, aproximadamente a la mitad de su altura, se prolonga hacia el periné hasta encontrarse con la del lado opuesto en la comisura posterior (Fig. 5).

3) Disección lateral de los labios de la incisión hasta descubrir los músculos transverso superficial del periné y bulbo-cavernoso, a veces muy atrofiados. Debido a la abundancia de tejido vascular se provoca generalmente pequeña sangría.

4) Disección de la mucosa vaginal posterior hasta la vecindad del cistocele (aproximadamente 6 a 8 cm.). Aparecen suce-

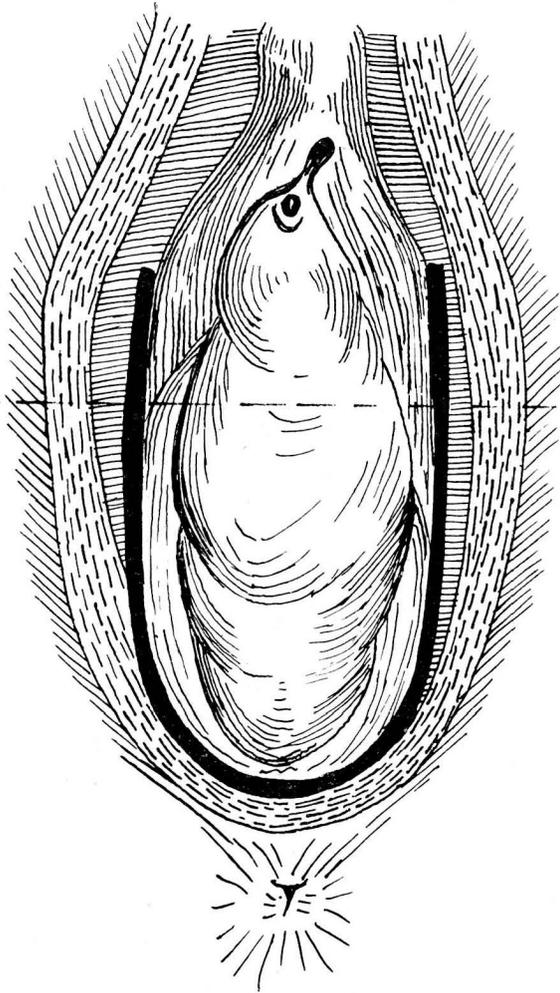


FIGURA Nº 5 - Trazado de la incisión operatoria posterior.  
(tomado de Ahumada).

La figura muestra la incisión de Kahr clásica; nosotros nos detenemos generalmente a la altura de la línea punteada.

sivamente el recto y el enterocele cuyo saco se disecciona ampliamente y, previa reducción del contenido, se liga en la base y se reseca. En profundidad se visualizan los haces superointernos de los pilares del elevador a donde se fijarán los hilos de ligadura a manera de maniobra de Barker (Fig. 6).

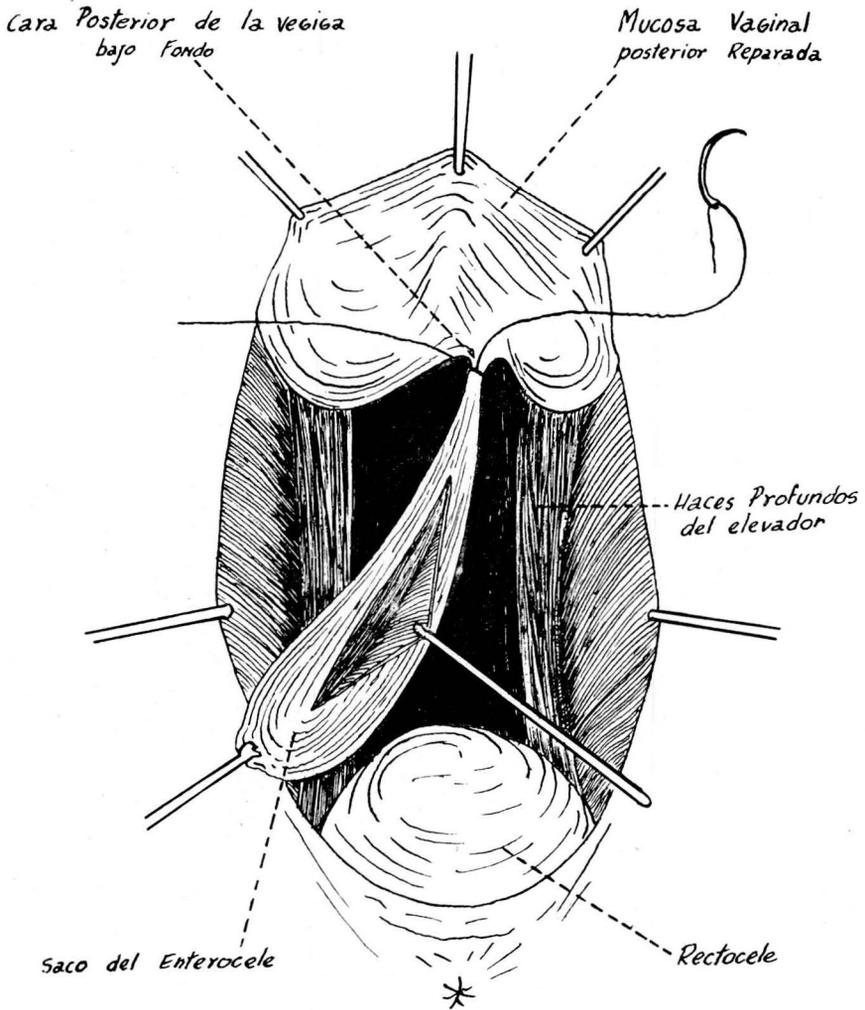


FIGURA Nº 6 - Cura del enterocele.

Con frecuencia al practicar el desprendimiento de la mucosa vaginal posterior se llega al contacto de la vejiga cuyo bajo fondo está en relación directa con el enterocele, debido a la ausencia del cuello uterino; por consiguiente al hacer la disección del saco herniario se debe tener sumo cuidado de no lesionar la vejiga. Idénticas precauciones se deben tener en cuanto al recto, a veces tan íntimamente adosado al enterocele que su separación

resulta en extremo dispendiosa, especialmente cuando hay abundante tejido adiposo; en esta contingencia, antes que penetrar a la pared rectal, el operador debe detenerse y ayudarse, si es el caso, con un dedo introducido en el recto.

## II Parte

1) Volviendo al cistocele, cuyo límite inferior se tenía reparado, se trazan por encima de dicho límite 3 pequeñas incisiones: una central transversa y dos laterales ligeramente inclinadas, de una longitud aproximada de  $1\frac{1}{2}$  cms. (fig. 7). En seguida, con

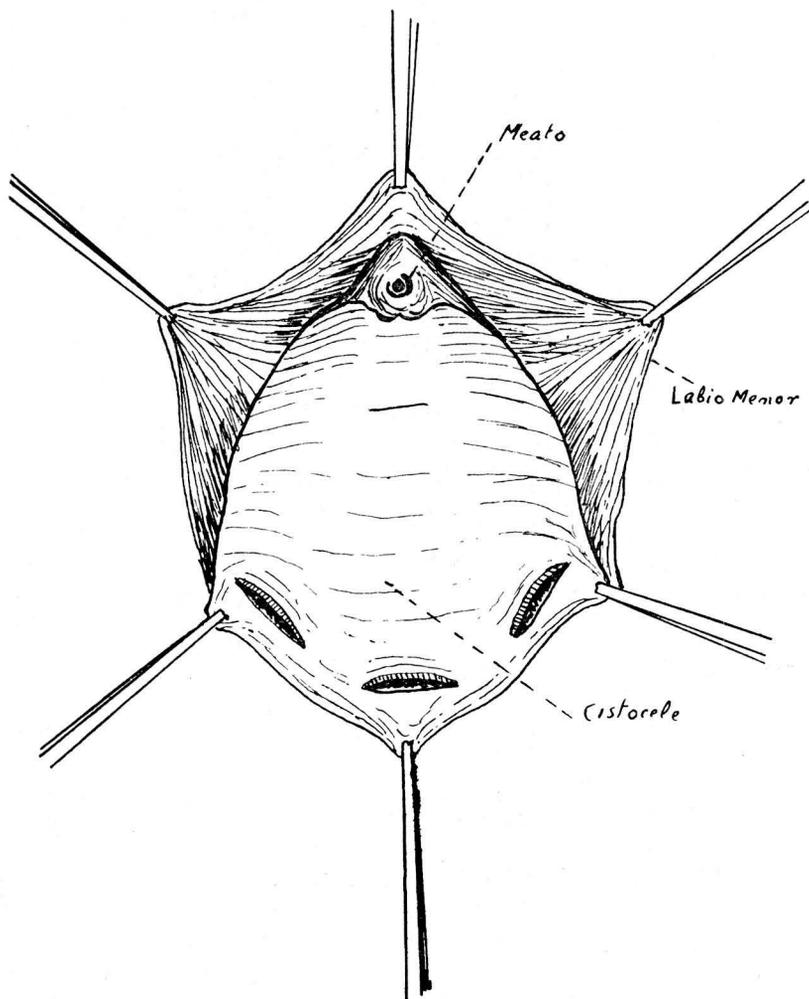


FIGURA Nº 7 - Incisiones iniciales en el límite inferior del cistocele.

ayuda de las tijeras curvas, se disecciona la mucosa vaginal hacia arriba en dirección al meato y hasta 1 cm. de él; dicha disección no debe ser muy amplia lateralmente, limitándose en general a la longitud de la incisión correspondiente (fig. 8).

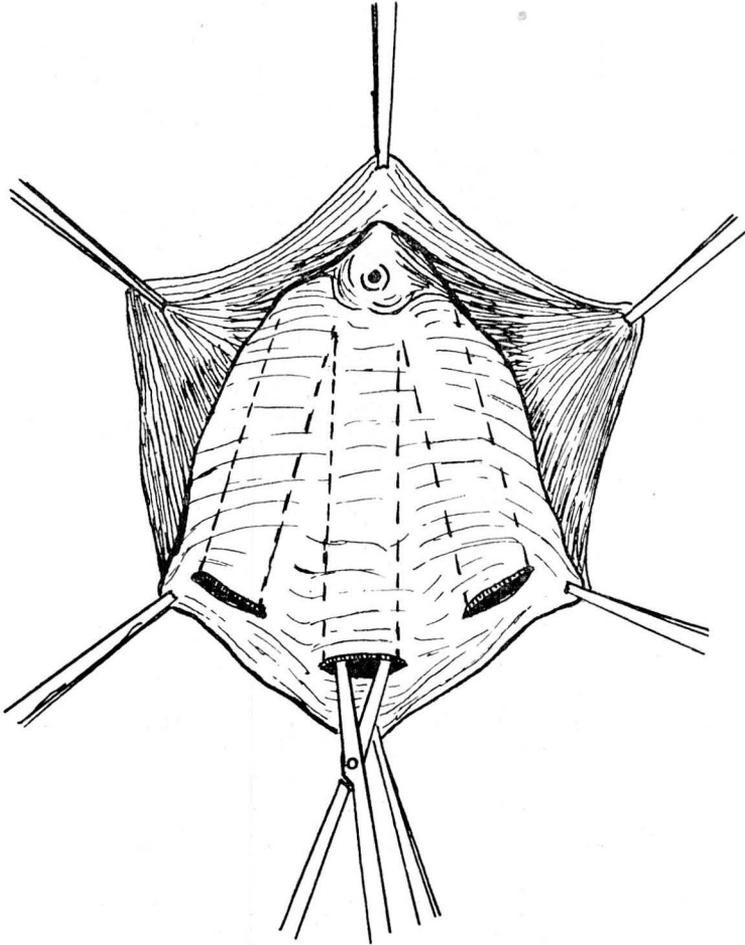


FIGURA Nº 8 - Disección de la mucosa (zona central). En punteado las futuras líneas de sección de los colgajos.

Al seccionar la mucosa diseccionada se obtiene la formación de tres zonas cruentas rectangulares, separadas por dos bandas de mucosa vaginal, y que desde la cicatriz de la antigua cúpula convergen en dirección al meato (fig. 9). Es de anotar que tan solo en las zonas laterales se logra aislar los restos de la fascia

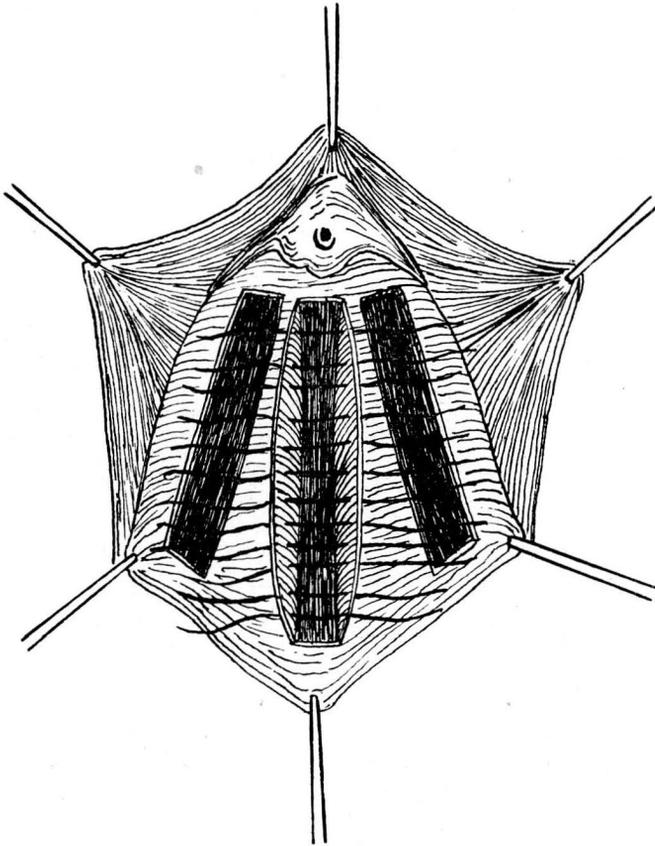


FIGURA Nº 9 - Formación de las tres zonas crucetas: en la central se han pasado los puntos de sutura.

vésicovaginal, ya que en el centro no existe, estando como está prácticamente la mucosa en contacto con la vejiga.

2) Partiendo del meato hacia la periferia se comienza una sutura de los bordes de la zona cruenta central, con puntos separados de catgut cromado 00 (fig. 9-A). Al final persisten únicamente las dos zonas laterales separadas por un triángulo de mucosa sana (fig. 10) y se ha comenzado a reducir el cistocele.

3) Se pasan entonces nuevos puntos de sutura que toman los bordes libres del triángulo de mucosa central, sin perforarlos (fig. 10), en tal forma que al anudar los puntos dichos bordes

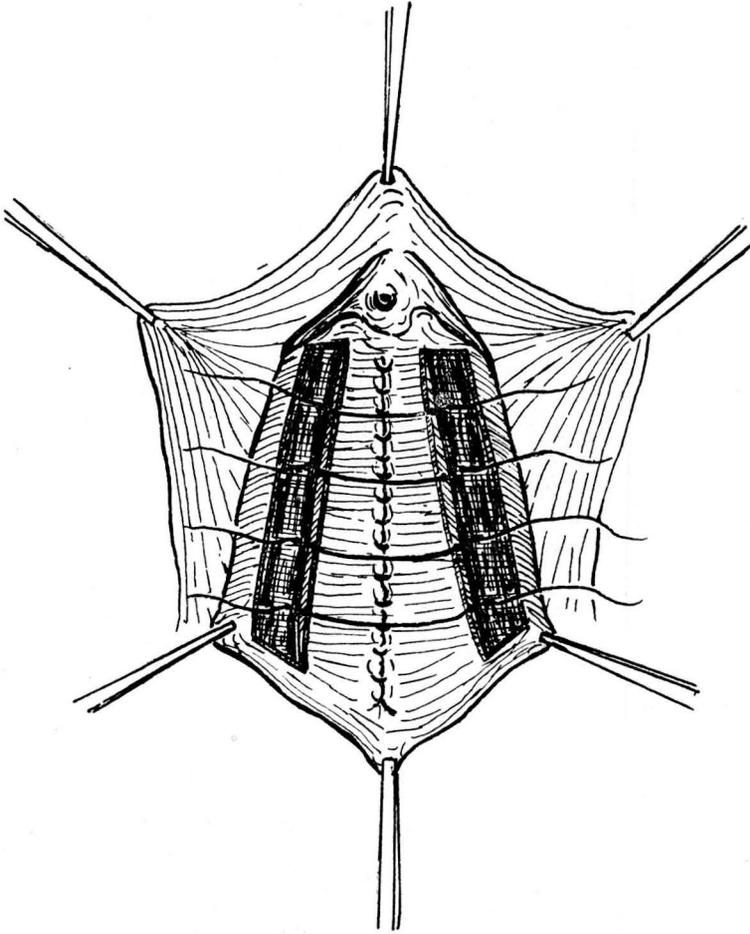


FIGURA Nº 10 - Se ha anudado la sutura de la zona central y se están pasando puntos no perforantes que unirán las zonas laterales.

se invierten uniendo las zonas cruentas laterales y constituyendo un tubo o columna incurvada de sostén a expensas de las bandas de mucosa vaginal que queden incluidas.

La formación de esta columna incurvada, a expensas de mucosa vaginal incluida, es muy importante ya que viene a constituir un verdadero arco de cúpula que contribuye a sostener la bóveda vaginal.

4) El campo operatorio (fig. 11) presenta el aspecto de la cura habitual del cistocele en la operación de Manchester: vejiga

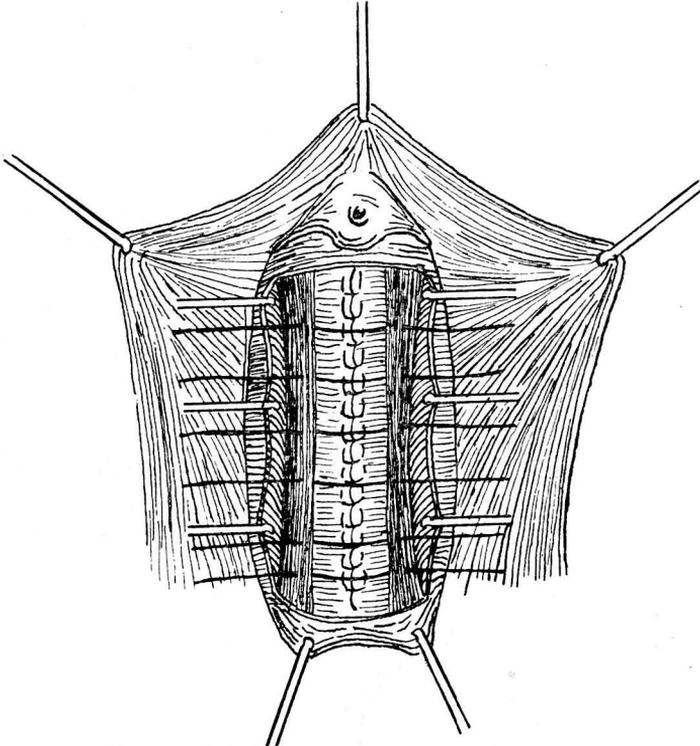


FIGURA Nº 11 - Anudada la sutura que une las dos zonas cruceadas laterales, se están pasando puntos de lado y lado de la fascia. Posteriormente se hará la sutura de la mucosa.

al fondo, recubierta en parte por restos de la fascia, y mucosa vaginal a los lados. Se sutura la fascia y, luego de recortar la parte sobrante, se sutura también la mucosa con puntos separados. El cistocele queda perfectamente corregido.

### *III Parte*

Reconstrucción del plano musculofascial posterior que comprende:

1º — Sutura uno a otro de los pilares del elevador, aproximadamente en su mitad posterior y procurando tomar los haces profundos.

2º — Sutura que reúne en la línea media los músculos superficiales del periné (bulbocavernosos) y fascias correspondientes.

3º — Sutura de la mucosa vaginal posterior, previa resección de la parte excedente.

4º — Sutura longitudinal de la piel de la región: los ángulos de la incisión primitiva quedan unidos el uno al otro.

Al final se obtiene un acentuado desplazamiento hacia adelante y estrechamiento del orificio vulvovaginal y se procura la formación de un periné cuneiforme alto y grueso, que va a constituir un excelente plano de apoyo a la pared posterior de la vagina.

### CASUÍSTICA

Comprende una serie de 11 casos operados en un lapso de 5 años, hasta Junio de 1958; desde entonces hemos operado tres casos más que no consignamos por ser muy corto el tiempo para valorar los resultados.

*Edad.* — La menor de las pacientes tenía 39 y la mayor 70 años. Es interesante anotar que 7 (63%) estaban por debajo de los 52 años y a todas interesaba la posibilidad de la conservación de sus relaciones sexuales.

CUADRO Nº 1 — Tiempo transcurrido entre la histerectomía, la aparición de los primeros síntomas y la consulta

Caso	Histerec- tomía	Prolapso de Cúpula		demora
		los síntomas	la consulta	
Nº 1	vag.	aprox. 1 año	9 años	8 años
Nº 2	vag.	aprox. 1 año	4 años	3 años
Nº 4	abdom.	3 meses	1 año	9 meses
Nº 3	vag.	2 meses	12 años	12 años
Nº 5	abdom.	5 meses	6 meses	1 mes
Nº 6	vag.	aprox. 1 año	15 años	14 años
Nº 7	vag.	9 años	10 años	1 año
Nº 8	vag.	2 meses	8 años	8 años
Nº 9	vag.	18 años	23 años	5 años
Nº 10	vag.	2 meses	5 meses	3 meses
Nº 11	abdom.	10 meses	18 meses	10 meses

*Antecedentes.* — (V. cuadro N<sup>o</sup> 1) En 8 casos el prolapso de cúpula era secundario a una histerectomía vaginal practicada antes como tratamiento de prolapso genital. En 3 se había practicado histerectomía abdominal como tratamiento de fibroma.

La aparición de los primeros síntomas demoró 3 y 5 meses para las abdominales y varió entre 2 meses y 18 años para las vaginales.

La primera consulta, con excepción de dos casos, se hizo entre 1 y 23 años después de la histerectomía, demorando en consultar entre 9 meses y 14 años después de la aparición de los primeros síntomas.

En dos enfermas se había practicado intervenciones previas, sin éxito, como tratamiento del prolapso de cúpula: en una, operación de Brady reforzada con ligamentopexia de los úterosacros, y en la otra operación de Brady, que fracasó, seguida meses más tarde por colpocleisis completa que tampoco tuvo éxito. Las ocho enfermas restantes acudían a tratamiento por primera vez.

La mayoría (siete) habían sido grandes multíparas, las otras fueron primíparas con aplicación de fórceps y entre éstas una con embarazo gemelar.

*Sintomatología.* — El síntoma predominante era la sensación de cuerpo extraño por fuera de la vulva; como síntomas ginecológicos asociados se presentó en dos enfermas disuria con poliaquiuria e incontinencia urinaria de esfuerzo y en otra incontinencia de materias fecales.

*Estado general.* — En tratándose de enfermas añosas el estado general tan solo era satisfactorio en cinco; en las restantes se trataba de organismos desnutridos, con circulación lábil, diversos grados de anemia e incluso una de las pacientes presentaba un primer grado de caquexia; en el extremo opuesto anotamos un caso de obesidad. Estados patológicos asociados fueron bronquitis crónica (dos casos), constipación tenaz (dos casos), várices y lesiones atróficas en los miembros inferiores (tres casos), hernia umbilical (un caso), esclerosis pulmonar (un caso).

*Examen ginecológico.* — En todas las pacientes se presentaba la vagina invertida acompañada de cisto-recto y enterocele en diversos grados: en dos de ellas había neta predominancia del cistocele.

Queremos hacer mención especial del caso Nº 6. Se trataba de una paciente de 65 años, sumamente desnutrida, prácticamente en un primer grado de caquexia, con várices y ligera hipertensión; mucosa vaginal apergaminada y ulcerada; pero sobre todo un gran prolapso de cúpula prácticamente irreductible.

A todas las pacientes estudiadas se practicó la técnica descrita sin mayores dificultades; únicamente en un caso (Nº 6) al hacer la disección del enterocele se rompió la vejiga que le estaba íntimamente adherida y que llenaba por sí sola la mayor parte del saco herniario: se practicó sutura en dos planos pasando de una vez la sonda de Foley. Es de advertir que en este caso la disección fue muy difícil debido a la dureza y fragilidad de los tejidos en un terreno de por sí malo.

Se empleó la anestesia raquídea en siete casos, y en uno la epidural; a los tres restantes se les aplicó anestesia general.

La duración de la intervención varió entre 1½ y 2 horas.

Los cuidados pre y post-operatorios son los de toda intervención por vía vaginal. Claro que, dada la índole de la mayoría de las pacientes, se procuró mejorar en lo posible el estado general con vitaminas, extracto hepático etc. los estrógenos nos prestaron una buena ayuda en la preparación de las paredes vaginales, lo mismo que algunos cuidados locales corrientes como las mechas con glicerina ictiolada etc.

En el post-operatorio el taponamiento hemostático por 24 horas, la sonda a permanencia, en ocasiones las irrigaciones vesicales con solución boricada y las duchas vaginales con sol. fisiológica, la luz perineal, los estrógenos etc. son medidas que hemos utilizado con frecuencia.

*Complicaciones.* — Se presentaron las siguientes, comunes a toda intervención por vía vaginal:

Hemorragia vaginal discreta: 3 casos.

Dolor perineal y pujo rectal: 4 casos.

Infección de la herida: 3 casos.

Disuria con poliaquiuria: 5 casos.

Flebitis ligera: 1 caso.

Dehiscencia de las suturas: 3 casos.

Queremos detenernos un poco en los siguientes casos:

Nº 6 (varias veces mencionado).

Se presenta infección con supuración abundante, en parte favorecida por la misma enferma que se rascaba la herida: al 6º día hay dehiscencia de los bordes de la sutura perineal. Bajo anestesia raquídea se avivan y se trata de volver a suturar los bordes de la perinorrafia lo cual resulta difícil dada la supuración y el estado fibroedematoso de los tejidos que se desgarraban.

Días más tarde, a más de la intensa supuración, hay presencia continua de orina en la herida. Al examen se descubre pequeña fístula véscicovaginal alta. Se deja sonda a permanencia y se continúa los cuidados locales buscando obtener resultados favorables para la sutura de la fístula; sin embargo esta cierra espontáneamente y al mismo tiempo la mucosa vaginal epiteliza en tal forma que mes y medio después se obtiene cicatrización completa de la herida.

Nº 7 — Paciente de 70 años: se presenta dehiscencia de las suturas posteriores; con ayuda de pasta granúgena se obtiene epitelización por segunda intención.

Nº 8 — Paciente de 60 años desnutrida; se presenta dehiscencia de la herida posterior, que días más tarde se sutura de nuevo.

## RESULTADOS

De los 11 casos operados en cuatro años pudimos observar:

2 durante cuatro años aproximadamente

3 durante tres años

3 durante más de un año y

3 durante más de 10 meses.

Los resultados inmediatos fueron excelentes en 10 casos; el caso restante corresponde al Nº 6, tantas veces mencionado, en el cual si en verdad se obtuvo la corrección del prolapso no se logró la formación de vagina: su aspecto final recuerda el obtenido con la operación de Le Fort.

Los resultados tardíos en los 10 casos fueron los siguientes:

Reproducción del prolapso en dos casos, a los 5 y 8 meses respectivamente.

Reducción sostenida del prolapso después de más de 1 año de evolución en los 8 casos restantes: dentro de la relatividad de las estadísticas, y teniendo en cuenta el tiempo transcurrido, nos atrevemos a considerar estos casos como curados.

La vagina obtenida es estrecha, pero suficiente para permitir el tacto unidigital; las relaciones sexuales aunque dolorosas inicialmente han sido posibles en 4 de los casos.

### SUMARIO

Previa definición del *prolapso de la cúpula vaginal* se estudia su anatomía y se concluye que los elementos ligamentosos que normalmente aseguran la suspensión de la vagina y el útero prácticamente no existen en dicho prolapso.

En su etiopatogenia, aparte de las causas predisponentes comunes a todas las hernias, influyen primordialmente las técnicas defectuosas de histerectomía sea ella vaginal o abdominal; de manera especial la primera, cuando al tratar de corregir un prolapso genital se atiende únicamente a la extirpación de uno de los órganos herniados sin asegurar la correcta posición de los órganos restantes.

La técnica correcta de histerectomía vaginal para prolapso debe incluir: a) la cura del cisto y del rectocele según los principios habituales; b) la suspensión de la cúpula vaginal por una plastia adecuada de los ligamentos cardinales y úterosacros y c) la corrección o prevención de cualquier enterocele por pequeño que sea. Este último punto implica el reconocimiento de que el enterocele, en algún grado, complica casi todos los casos de prolapso; y un enterocele no reparado puede iniciar el prolapso de la cúpula.

En la histerectomía abdominal total se debe fijar también al vértice de la vagina, por medio de una plastia, los ligamentos cardinales y úterosacros y la fascia véscicovaginal, reforzada lateralmente por los pilares de la vejiga.

El síntoma saliente es la protrusión de una masa constituida por la vagina invertida, acompañada generalmente por cisto, recto y enterocele; con frecuencia hay trastornos urinarios asociados.

El tratamiento continúa siendo un problema de difícil solución, desde que no se dispone de los elementos ligamentosos que normalmente aseguran la estática de los órganos herniados.

Se han descrito operaciones abdominales que buscan fijar la bóveda vaginal a la pared abdominal por medio de suturas no absorbibles, tiras de fascia etc. y operaciones vaginales, unas radicales (colpectomía total o subtotal) y otras conservadoras. Estas últimas consisten en la creación de nuevos soportes para la vagina, la vejiga y el recto, la excisión del saco herniario y reparación, en presencia de enterocele, y la reconstrucción del piso pélvico.

Desde el punto de vista de las indicaciones deben considerarse factores como la edad, el estado general de la paciente y la posibilidad de las relaciones sexuales ulteriores: cuando éstas dejan de tener interés para la mujer puede practicarse una colpocleísis completa o parcial. En caso contrario se debe decidir entre la suspensión por vía abdominal o la cirugía vaginal conservadora. Es un hecho aceptado que las pexias no curan los prolapsos, sin embargo se debe establecer una excepción para la colpocistopexia abdominal de Fletcher que se dirige a todos los elementos que integran el prolapso y se complementa con la cura vaginal del rectocele.

En relación con la cirugía vaginal conservadora se presenta una técnica que en síntesis comprende: en la pared posterior la disección muy amplia del periné con aislamiento y reducción del enterocele cuyo saco se liga y se fija a los haces profundos de los pilares del elevador; en la pared anterior, a más de la cura del cistocele por acortamiento y sutura de la fascia, se incluye profundamente, como tejido heterotópico, una porción de mucosa vaginal en forma de tubo que, a manera de arco de cúpula, contribuye a sostener la bóveda vaginal; la intervención termina con una amplísima perineorrafia que toma hasta los músculos superficiales del periné.

Se operaron 11 casos en cinco años: 8 consecutivos a histerectomía vaginal y 3 a abdominal. En dos se había practicado intervenciones previas sin éxito. Las edades oscilaban entre 39 y 70 años; 7 (63.63%) estaban por debajo de 52 años. Algunas presentaban patología asociada especialmente del aparato circulatorio y respiratorio y por lo menos la mitad estaban desnutridas: una de ellas en estado de desnutrición avanzada.

Como accidente se presentó ruptura de la vejiga en un caso, con formación de fístula, que cerró con la sola aplicación de sonda a permanencia; por lo demás algunas complicaciones sin trascendencia comunes a toda cirugía vaginal.

Los resultados inmediatos fueron excelentes en 10 casos; en el caso restante aun cuando se obtuvo la curación del prolapso no se logró la formación de vagina: su aspecto final recuerda al obtenido con la operación de Le Fort.

De los 10 casos hubo reproducción del prolapso en dos, a los 5 y 8 meses respectivamente; el resto permanece bien después de más de un año de observación.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) HYAMS MORTIMER N. "Complete Prolapse following hysterectomy". New York State J. Med. 48: 2581 - 86 Dec. 1948.
- (2) THE LINDE RICHARD "Operative Gynecology". J. B. Lippincott Company 1955.
- (3) AUSTIN-DAMSTRA. "New fascia plastic repair of enterocele". Surg. Gynec. & Obst. Vol. 101: 297-305 Sept. 1955.
- (4) ANDREWS C. J. "Inversión of the vagina following hysterectomy". Am. J. Obst. Gynec. Vol. 57 Nº 3 448-55 March 1949.
- (5) MILLER NORMAN F. "New Method of correcting complete inversion of vagina with o without complete prolapse, two cases". Surg. Gynec. & Obst. 44: 550 1927.
- (6) WATERS E. G. and GLASSER JOHN W. "Prolapse of the vagina following hysterectomy". Bull. of the Margaret Hague Mat. Hosp. Vol. 8 Nº 3 58-62 Autum 1955.
- (7) HARRISON J. E. "Correction of vaginal cault prolapse after previous hysterectomy by a vaginal operation wich does not obliterate the vaginal canal". in Lowrié's Gynecology Surg. Tech.

- (8) LOWRIE ROBERT J. "Gynecology - Surgical Techniques". Section V. Charles C. Thomas publish. Springfield Ill. 1955.
- (9) BRADY LEO. "An operation to correct vaginal prolapse following vaginal panhysterectomy". Am. J. Obst-Gynec. 32: 295-299 1936.
- (10) WARD GRANT E. "The fascia lata for reconstruction of round ligaments in correcting prolapse of the vagina". Arch. Surg. 36: 163. 1938.
- (11) FLETCHER PAUL F. "Abdominal Colpocystopexy for complete prolapse of the vagina and bladder; rectus suspension principle of crossed suspender support". Am. J. Obst-Gynec. 56: 41-59 1948.
- (12) GUIOU NORMAN M. "Fascial suspension of the vagina". Canadian Med. A. J. 60: 600-2 1949.
- (13) SHAW HENRY N. "Prolapse of vaginal vault following hysterectomy: new method of repair, presidential address". West J. Surg. 56: 127 March 1948.
- (14) ALDRIDGE ALBERT H. citado por Waters et al. (6).
- (15) WILLIAMS GEORGE A., RICHARDSON A. CULLEN. "Transplantation of external oblique aponeurosis: an operation for prolapse of the vagina following hysterectomy". Am. J. Obst. Gynec. 64: 3 552-58 1952.
- (16) HARRIS M. L., citado por Williams (15) J. A. M. A. 54: 1605 1910.
- (17) SCHUBERT G., citado por Williams (15) Zentralbl f Gynak 38, 21 1914.
- (18) MACLEOD D. "Abdominal colporrafy for vault prolapse and cystocele". J. Obst-Gynec. Brit. Emp. 58: 4 583-87 1951.
- (19) APARICIO J. ARTURO "El Prolapso Genital - Consideraciones Anatómicas y Fisiopatológicas del Prolapso y su Tratamiento por la Operación de Halban". Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II. N° 11 Enero de 1942.
- (20) FALK H. C., POLISHUK W. and SOLOMON C. "Vaginal Hysterectomy for uterine prolapse". Am. J. Obst-Gynec. 69: 333-37 February, 1955.
- (21) DANFORTH W. C. "Vaginal hysterectomy in the management of descensus uteri". Am. J. Obst-Gynec. 50: 376 Oct. 1945.
- (22) GORDON CH. A., GORDON R. E. "A discussion of the Manchester Operation". Am. J. Obst-Gynec. Vol. 74 N° 2 393. August. 1957.

- (23) SYMMONDS R. E. et al "Ruptured Enterocele". Am. J. Obst-Gynec. Vol. 74 Nº 5 1150 November 1957.
- (24) BARROWS DAVID N. "Le Fort Operation for advanced colopocel". Citado por Lowrie (8).
- (25) FALK HENRY C. "Partial Colpocleisis: The Le Fort Procedure". Obst. Gynec. Vol. 5 Nº 5 617-27 May 1955.
- (26) BERKELEY-BONNEY. "Textbook of Operative Gynecology". ed. 6ª, New York 1948.
- (27) PHANEUF LOUIS E. "Inversion of the vagina following total hysterectomy". Am. J. Obst-Gynec. Vol. 64 Nº 4 739-45 Oct. 1952.
- (28) THORNTON W. NORMAN Jr.: Discussion of Williams (15).
- (29) NOVAK EMIL: Discussion of Phaneuf (27).
- (30) DUMAR O. NICOLAS J. "Una nueva histeropexia para el tratamiento de los prolapsos genitales - Operación de Epstein". Tesis. Bogotá 1939.
- (31) MARTIUS HEINRICH "Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatomo-topográficos". Barcelona 1951.
- (32) WAGNER G. A. "Promontofijación del fondo de saco ciego de la vagina". Mencionado por Martius (31).
- (33) LABHARDT A. "Subtotale Kolpoperineokleisis als prolapsoperation bei alten Frauen". Zbl. Gyn., pág. 384 1932. citado por Martius (31).
- (34) KAHR H. "Ein einfaches operations verfahren zur Zuruck haltung des Gebarmuttervofalles bei Matronen". Zbl. Gyn. 1937. Citado por Ahumada (33) y por Martius (31).