

PROLAPSO UTERINO EN MUJERES JOVENES TRATADO CON SUSPENSIÓN CON DACRON

Estudio de 33 pacientes intervenidas en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl — Medellín.

Dr. Eduardo Baquero Betín*
Dr. Julio C. Tuberguía C. **

Introducción

El tratamiento del prolapso uterino ha sido siempre un desafío para el médico. A través de la historia de la medicina se informa de los diversos tratamientos y progresos que se han hecho en él por parte de las diversas escuelas médicas (1). Bastante bien conocida es la técnica originada en Manchester para la corrección del prolapso modificada después por Fothergill. La Histerectomía vaginal con técnica depurada y anatómicamente hecha ha sido descrita en varios textos y revistas (3, 4, 5).

Capítulo aparte merece la mujer joven con prolapso uterino porque ella tiene todavía capacidad reproductiva, posiblemente quiera tener más hijos, y además en algunos casos si se le sometiese a histerectomía sería rechazada por su marido debido a este hecho, lo que traería como consecuencia problemas familiares y sociales.

Adquisición importante en el arsenal quirúrgico reciente es la introducción de material inabsorbible inerte tipo dacrón, que se consigue en

nuestro comercio, para la corrección del prolapso genital y sus complicaciones.

Técnica quirúrgica

La técnica para esta intervención, descrita en 1966 (2), básicamente consiste en lo siguiente:

1. Incisión de Pfannestiel o transversa abdominal baja hasta cavidad peritoneal.
2. Localización del ligamento redondo e inserción de una pinza de Pean que abre un túnel tubperitoneal a lo largo de este ligamento, pasa entre las hojas del ligamento ancho y llega a la cara posterior del útero a nivel del orificio cervical interno.
3. Apertura de una pequeña ventana en el peritoneo de la cara posterior del útero.

* Residente de 3er. año, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

** Profesor Auxiliar, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

4. Toma e introducción de la cinta de dacrón de 12 cms. de largo por un cm. de ancho a través de este túnel subperitoneal.

5. Apertura de un túnel igual en el lado opuesto por donde se introduce la cinta de dacrón.

6. Fijación de la cinta a la cara posterior del útero con puntos separados de hilo de dacrón o hilo amarillo de algodón, y cierre de la ventana peritoneal.

7. Fijación de los extremos de la cinta con puntos separados de hilo de dacrón o hilo amarillo a la cara interna de la aponurosis del oblicuo menor y a la cara interna de la aponurosis de los rectos del abdomen en los ángulos de la herida quirúrgica. Es conveniente no dar demasiada tensión al dacrón para que el útero no quede alto por hipercorrección y después la paciente tenga problemas durante el trabajo de parto, o se produzca un estrangulamiento parcial del segmento uterino dando lugar a cuellos largos.

Objetivos

El presente estudio se propone:

1. Analizar el método de tratamiento del prolapso uterino en mujeres jóvenes mediante el uso de dacrón.

2. Estudiar la evolución de estas pacientes y sus embarazos.

3. Determinar la forma como finalizó su embarazo.

4. Estudiar la recidiva del prolapso y buscar su posible causa.

5. Describir la forma en que fue tratada la recidiva del prolapso.

Material y Métodos

El material para este trabajo lo

constituyen 33 pacientes que fueron tratadas con la técnica descrita entre junio de 1967 y noviembre de 1971, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. La intervención se hizo como ya se anotó, en mujeres jóvenes que querían tener más hijos o en pacientes jóvenes que no querían que se les hiciera histerectomía.

Para mayor claridad en la exposición la haremos en forma de cuadros y esquemas.

Analizando el Cuadro N° 1 vemos que sólo en 6 casos de los 33 se necesitó un complemento vaginal para la corrección del prolapso genital. Se observa además la gran variedad de intervenciones que se pueden hacer

CUADRO N° 1

PROLAPSO GENITAL EN MUJERES JOVENES
TRATADAS CON SUSPENSION CON DACRON
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE
DE PAUL DE MEDELLIN,
DEL AÑO 1967 A 1971

Tipo de Intervención	Nº de pacientes	%
Suspensión con dacrón solo	17	51,51
Suspensión con dacrón y Ooforectomía	2	6,06
Suspensión con dacrón y resección bilateral en cuña de ovario	3	9,10
Suspensión con dacrón y miomectomía	2	6,06
Suspensión con dacrón y apendicectomía	2	6,06
Suspensión con dacrón y plastias vaginales	3	9,10
Suspensión con dacrón plastias vaginales y puntos de Kelly	1	3,03
Suspensión con dacrón y cierre intraperitoneal del Douglas (operación de Moschowitz)	1	3,03
Suspensión con dacrón y amputación del cérvix uterino	2	6,06
TOTAL	33	100,00

al tener la cavidad abdominal abierta y que beneficiarán a la paciente. Los autores que recomiendan la suspensión con dacrón informan disminución del cisto-rectocele en los meses que siguen a la intervención abdominal, por lo cual las plastias vaginales no siempre hay que hacerlas.

La mayoría de las pacientes tenían edades entre 20 y 34 años, (un 90-90% de los casos) lo que está de acuerdo con nuestro enunciado de sólo tratar pacientes jóvenes. (Cuadro Nº 2).

CUADRO Nº 2

PROLAPSO GENITAL EN MUJERES JOVENES
TRATADAS CON SUSPENSION CON DACRON
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE
DE PAUL DE MEDELLIN,
DEL AÑO 1967 A 1971

Edad-Años	Nº Casos	%
20—24	6	18,18
25—29	12	36,36
30—34	12	36,36
35—39	2	0,67
40—44	1	3,03
TOTAL	33	100,00

CUADRO Nº 3

PROLAPSO GENITAL EN MUJERES JOVENES
TRATADAS CON SUSPENSION CON DACRON
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE
DE PAUL DE MEDELLIN,
DEL AÑO 1967 A 1971

Nº Partos antes de la Intervención	Nº Pacientes	%
0	3	9,10
1	4	12,12
2	14	42,42
3	5	15,15
4	2	6,06
5	3	9,10
6	1	3,03
8 y más	1	3,03
TOTAL	33	100,00

El Cuadro Nº 3 nos muestra dos hallazgos interesantes: 1º) la ocurrencia de prolapso en nulíparas, 3 casos, donde estarán influyendo otros factores como causantes de prolapso tales como problemas congénitos y nutricionales; 2º) 70% de pacientes tienen entre 1 y 3 hijos solamente; acá también vemos que no siempre la gran multiparidad influyó en la ocurrencia del prolapso en estas pacientes; debemos por lo tanto buscar otros factores.

Evidentemente el prolapso genital era muy sintomático en todas las pacientes y fue su primer motivo de consulta. (Cuadro Nº 4).

CUADRO Nº 4

PROLAPSO GENITAL EN MUJERES JOVENES
TRATADAS CON SUSPENSION CON DACRON
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE
DE PAUL DE MEDELLIN,
DEL AÑO 1967 A 1971

Prolapso Genital Grado.	Nº de Casos	%
II	5	15,15
III	28	84,85
TOTAL	33	100,00

Del Cuadro Nº 5 podemos deducir: de los 6 partos que ocurrieron por vía vaginal, en tres pacientes hubo necesidad de intervención por recidiva del prolapso; en 2 de ellas se aplicó fórceps. Se hicieron 2 cesáreas. Durfee (2) realizó intervención cesárea en aproximadamente la mitad de sus pacientes y dice que el trabajo de parto no es interferido con esta técnica. Hubo 10 embarazos en las 33 pacientes, lo que nos da una fecundidad del 30%, cifra que indica una persistencia alta de la fertilidad en estas pacientes. Es posible que los partos de por sí, y más si son por vía vaginal, aumenten las recidivas del

CUADRO N° 5

EMBARAZOS Y PARTOS EN PACIENTES JOVENES DESPUES DE SER INTERVENIDAS
PARA PROLAPSO GENITAL CON SUSPENSION CON DACRON
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL - MEDELLIN, DEL AÑO 1967 A 1971

Año	Nº de Pacientes	Nº de Partos		Embarazo en curso	Reintervención
		Normal	Intervenido Fórceps Cesárea		
1967	1	1	1		Manchester
1968	1		1	2	
1968	1	1			Histerectomía vaginal
1969	1	1			Histerectomía vaginal
1970	1	1			
1971	1			1	
1971	1			1	
TOTAL	8	4	2	2	3

prolapso en este tipo de pacientes con malos tejidos.

En el Cuadro N° 6 encontramos: 2 pacientes (*) que salieron del hospital con el prolapso, por algún defecto en la técnica operatoria, y las consideramos como fracaso de la intervención; y una paciente (+) que tuvo dos partos, uno intervenido y otro espontáneo, se reprodujo el prolapso y fue corregido con una operación de Manchester. En 4 de las 6 pacientes en quienes ocurrió recidiva, hubo partos posteriores, hecho que nos confirma más la alta fecundidad de ellas. No podemos sacar porcentajes exactos sobre recidivas porque no to-

das las pacientes han vuelto a control.

Estado civil de las pacientes

Las 33 pacientes se repartían el estado civil de la siguiente manera: 25 casadas, 7 solteras, de las cuales una era virgen, y una viuda.

Control y seguimiento

Todas las 33 pacientes se controlaron desde un mes hasta 25 y más meses, pero en el momento del cierre de este trabajo se estaban controlando en forma regular 18 pacientes y la sotras 15 no habían vuelto.

CUADRO N° 6

RECIDIVA DE PROLAPSO GENITAL EN PACIENTES OPERADAS CON SUSPENSION CON DACRON
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL - MEDELLIN, DEL AÑO 1967 A 1971

Año	Nº de Pacientes	Partos		Recidiva del Prolapso. Meses.	Intervención
		Normal	Intervenido		
1967	1	1	1 (+)	8	Manchester
1968	1	0	0	12	No desea
1968	1	1		27	Histerectomía vaginal
1969	1	1		1	Histerectomía vaginal
1996	1	0		0*	Manchester
1996	1	0		0*	Manchester
TOTAL	6	3	1	48	6

Este es uno de los problemas crónicos que tenemos en nuestro medio para el debido seguimiento de nuestras pacientes. En las pacientes que han seguido controlándose hay señoras que llevan hasta 41 meses.

Comentarios y Conclusiones

Al presentar por primera vez en el país esta técnica para el tratamiento del prolapso uterino en la mujer joven, queremos agregarnos al gran número de cirujanos que ya lo han hecho con éxito en otros centros. Creemos que aún hay mucho por mejorar en el tratamiento del prolapso uterino.

No siempre la paciente con prolapso genital grado III en la tercera o cuarta década de la vida es una gran múltipara; el 70% de nuestras pacientes sólo tenía de 1 a 3 hijos y el 9% eran nulíparas.

Se puede encontrar y tratar patología genital concomitante cuando se abre la cavidad abdominal. Por lo general no es necesario efectuar plásticas vaginales complementarias al hacer la suspensión con dacrón.

La mayoría de los prolapsos tratados fueron grado III, en los que no se puede contemporizar aunque la paciente esté muy joven.

Es muy importante advertirle a la señora la clase de intervención efectuada para que en el caso de practicarse posteriormente histerectomía vaginal por un cirujano diferente sepa de la cinta de dacrón existente.

Sugerimos que esta intervención se efectúe en aquellas pacientes que reúnen ciertas condiciones como son las de ser joven y querer conservar su

capacidad reproductiva, o que no deseen que su útero sea extraído.

Es conveniente instruir a estas pacientes sobre planificación familiar, especialmente durante los primeros años después de la operación.

A ninguna paciente se le administraron antibióticos profilácticos. No tuvimos ninguna complicación intra ni pos-operatoria.

La bibliografía de histeropexia con dacrón es demasiado escasa; esperamos con esta publicación alentar a los ginecólogos para que aumenten la casuística de esta entidad.

Resumen

Se presentan 33 casos de prolapso genital en mujeres jóvenes a quienes se les hizo tratamiento quirúrgico con suspensión con dacrón. Se hace énfasis en el seguimiento desde el punto de vista obstétrico y de las recidivas del prolapso, y en las dificultades para un control efectivo del total del grupo estudiado. Este método significa una gran contribución al difícil tratamiento del prolapso genital, en especial de la mujer que desea más hijos.

Summary

33 young patients with uterine prolapse were treated by suspension with dacron tape. Emphasis is made in the follow up of these patients, particularly in regards to the obstetric performance and the recurrence of the prolapse. We believe that this method is a great contribution to the treatment of genital prolapse, mainly in women who desire to have more pregnancies.

BIBLIOGRAFIA

- 1 EMGE L. A. DURFEE R. B.: Pelvic organ Prolapse: Four Thousand Years of Treatment. Clin. Obstet. & Gynec. 9: 997, 1966.
- 2 DURFEE R. B. Suspension operations for Treatment of Pelvic organ Prolapse. Clin. Obstet. & Gynec. 9: 1047, 1966.
- 3 HEANEY, H. S.: Technique of Vaginal Hysterectomy. Surg. Clin. N. Amer. 22: 76, 1942.
- 4 RICHARDSON, E. H.: Efficient Composite Operation for Uterine Prolapse and associated Pathology. Amer. J. Obst. & Gynec. 34: 822, 1937.
- 5 TE LINDE: Operative Gynecology. J. B. Lippincott Company, 1966, pag. 127, Third Edition.