Operación de Manchester*
Revisión de 315 casos Consecutivos

Dr Rubén Darío Guzmán Alandete

Del Departamento de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá

Este trabajo tiene por objeto presentar el análisis estadístico de una serie de operaciones de Manchester practicadas por el personal del servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios en un lapso comprendido entre el 1º de Enero de 1955 y el 31 de Julio de 1961.

De ninguna operación puede esperarse resolver en forma exclusiva todos los problemas planteados por el prolapso. El ginecólogo debe ser capaz de desarrollar una variedad de procedimientos y debe ajustar la operación al paciente. No es posible sistematizar una técnica, ni mucho menos seguir una conducta rígida de una escuela determinada. Parodiando el viejo aforismo (2) podemos decir que no existen prolapsos sino "enfermas de prolapso" y que cada caso en particular debe ser sometido a cuidadoso estudio para determinar cuál ha de ser la intervención que según nuestro criterio produzca los mejores resultados.

El prolapso genital debe ser considerado como una hernia visceral (2) que sale a través de un punto de menor resistencia, en este caso por el hiatus urogenital, ensanchado en gran parte por la relajación o desgarradura de los haces pubo-rectales del músculo elevador del ano. Por lo tanto, el tratamiento del prolapso debe ser dirigido a la cura radical como si se tratase de la corrección de una hernia quirúrgica, es decir estrechar la hendidura uro-genital; reparar el sistema de sostén y destruír ese eje de correspondencia útero-vaginal. La operación de Manchester cumple en gran parte estos requisitos además de que conserva íntegramente las funciones reproductiva y menstrual de la mujer.

---

* Trabajo presentado por el autor para ingresar como Miembro de Número a la Sociedad Colombaina de Obstetricia y Ginecología.

HISTORIA

La operación de Manchester fué ideada por Archibald Donald en 1888. Consistía (18) en una colporrafia anterior con colpoperineorrafia con amputación del cuello uterino. Fué difundida y tuvo gran auge gracias a los cirujanos de Manchester (Inglaterra). Luego fué popularizada por Fothergill quien la modificó un tanto. Antes de que este cirujano le hiciera una variación, la operación consistía en amputar el cuello por el método de Schoder seguido de una colporrafia anterior. La variación consistió en la incisión de la mucosa vaginal en forma triangular con base en el cuello uterino y luego continuaba en torno del mismo para completar la amputación. Esto ponía de manifiesto las bases de los ligamentos anchos mucho mejor que con el método utilizado anteriormente y facilitaba la aproximación de estas estructuras de sostén por delante del cuello uterino. Esta operación con ligeras variantes ha sido practicada por distintos miembros de la escuela de Manchester desde 1888. Fué aceptada y difundida en Inglaterra. En los Estados Unidos se ha vuelto más y más a la histerectomía vaginal para tratar de solucionar el problema del prolapso genital, en pacientes post-menopáusicas.

En el servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, con escasas excepciones, hay una tendencia muy generalizada a practicar la histerectomía vaginal en aquellas pacientes que pasan de los 45 años y presentan un prolapso genital avanzado.

CONSIDERACIONES GENERALES

No existe en Ginecología tema que haya provocado tantas discusiones como el del prolapso uterino. Unas escuelas lo tratan por medio de la histerectomía vaginal; otras usan la interposición de Watkins; otras la operación de Halban; otras efectúan la operación de Manchester y algunas combinan la operación plástica vaginal con algún tipo de suspensión intra-abdominal. En general en estos últimos veinte años ha habido gran tendencia a la corrección del prolapso por vía vaginal a menos que exista una afección intrapélvica concomitante que requiera la intervención por vía abdominal. En dichos casos se procede a corregir el prolapso en el mismo acto quirúrgico o en un tiempo posterior. Como lo hemos mencionado tantas veces, cada caso debe juzgarse y tratarse como un problema individual y una vez elegido el mejor método

deben tenerse en cuenta varios factores (18) como son: a) la edad y el estado físico de la paciente, b) el interés de conservar la menstruación, c) el interés de conservar la función reproductora, d) el grado de prolapso, e) el estado del cuello y del cuerpo uterino. Todos estos factores deben tenerse presentes, sobre todo los dos primeros, ya que si extirpamos el útero a una paciente joven y con deseo de procreación no solamente afectamos su psiquismo sino que hemos realizado una intervención reñida con los procedimientos científicos. Consideramos que con la operación de Manchester podemos tratar cualquier grado de prolapso, no importa la edad ni las condiciones sociales; aparte de que su técnica quirúrgica es de poco o ningún riesgo, de realización sencilla y de un post-operatorio fácil de controlar.

MECANISMO DE PRODUCCION DEL PROLAPSO

Cuando el útero comienza a descender, por un fenómeno que todavía no está bien explicado, se empieza a producir un alargamiento hipertrófico del cuello, debido según algunos autores a un proceso de fibrosis cervical y según otros más modernos a la acción constante de la gravedad sobre el ángulo cérvico-corporal del útero que generalmente se encuentra en retroposición; este alargamiento no es como piensan algunos posterior al prolapso, porque existen casos de alargamiento hipertrófico sin prolapso. De manera que, más bien es un proceso simultáneo con el descenso que sirve como de mandril que guía al útero hacia el exterior. Este dato es sumamente importante porque debe ser considerado en el tratamiento que se elija.

La retroflexión puede deberse a una pérdida de la tonicidad intrínseca del útero o a la relajación de los ligamentos útero-sacros debida a maniobras obstétricas o a una debilidad congénita de los mismos. Algunos creen que esta posición es el primer paso de la producción del prolapso, aunque no siempre suele encontrarse en todos los casos. Ahora bien, al desplazarse el útero hacia atrás, su eje formará casi una línea recta con la luz vaginal para que pueda descender a través de ella empujado por la presión intra-abdominal ejercida sobre su fondo y sobre el ángulo cérvico-corporal; una vez que el útero comienza a descender empieza a formarse todo el complejo orgánico del prolapso uterino pues éste, como elemento aislado, es raro. Este descenso traciona la fascia vésico-vaginal y relaja los ligamentos pubo-vésico-ute-

rinos y como consecuencia se producirá un uretrocele con dilatación del esfínter uretral y un cistocele. Si se agrega además el ducirá la incontinencia urinaria de esfuerzo. Normalmente la cambio del ángulo formado entre el trígono y la uretra se prouretra forma con el trígono un ángulo abierto hacia adelante; si el trígono desciende, ese ángulo desaparecerá o inclusive puede invertirse, originando la incontinencia. Lo mismo puede decirse de la fascia recto-vaginal sumado al debilitamiento de la cuña perineal produciéndose el rectocele.

Según Danielsson, Franksson y Petersen (5) la incontinencia urinaria de esfuerzo se debe a una lesión del músculo estriado del esfínter uretral después de un parto. Consideran que si se presenta después de una operación de prolapso es debida a lesión de dicho músculo en la intervención; para comprobar esto se han valido de estudios electromiográficos, cistométricos y uretrocistográficos.

Por otra parte, Jack Lapides (12) y (13) sostiene que la incontinencia urinaria de tal índole ocurre cuando por una u otra razón las paredes uretrales no guardan una posición tan íntima como en circunstancias normales disminuyendo entonces la resistencia intrauretral al flujo de la orina. Afirma que se ha comprobado que el estiramiento longitudinal de la uretra aumenta la resistencia intrauretral En experimentos recientes comprobó que al disminuír la longitudinal de la misma por diversos métodos baja la resistencia dentro del conducto. Sostiene este autor que cualquier procedimiento que haga aumentar la resistencia intrauretral puede ser beneficioso si la finalidad de la intervención quirúrgica es la de estirar la uretra y así aumentar la resistencia intrauretral al disminuír la luz del conducto; es por eso que cuando se practica una corrección de Uretrocistocele se alarga inadvertidamente la uretra y mejora la incontinencia.

Algunos Urólogos son partidarios de practicar dilataciones uretrales para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo, obteniendo buen resultado en gran número de casos.

CONSIDERACIONES SOBRE LA OPERACION DE MANCHESTER

Aunque existen numerosas técnicas para la corrección del prolapso genital la mayoría no proporcionan una curación radi-

cal, careciendo muchas de ellas de verdadera base fisiológica y anatómica. Las que más se usan en nuestro servicio son las Colporrafias que tienen por objeto el estrechamiento del hiatus genital por medio de la disección, la resección y el adosamiento de la mucosa vaginal, ya sea en su pared anterior, o en la posterior o en ambas a la vez. La histerectomía vaginal propuesta por Fritsch hoy en día ha tomado auge sobre todo en las escuelas norteamericanas, pero siempre tiene que ir complementada con la fijación o sostenimiento de la cúpula vaginal por medio de los ligamentos de suspensión y adicionada con la corrección del cistocele y rectocele.

Halban y Tandler citados por Jaraba (6) rechazan la extirpación del útero para el tratamiento del prolapso que según ellos es antianatómica y antifisiológica especialmente en las mujeres en actividad sexual, si no se acompaña de los anteriores requisitos; comentan a este respecto: "Pretender curar un prolapso por medio de la Histerectomía Vaginal es tan ilógico como querer curar una hernia por la extirpación del contenido herniario". La histerectomía tiene sus indicaciones especiales sobre todo en aquellas pacientes que han pasado de la época de mayor actividad sexual y en donde lesiones sobreagregadas pueden presentarse concomitantes con el prolapso.

La operación de Manchester, Shaw, Franck, Donald y también conocida con el nombre de Manchester-Fothergill (6), figura entre los métodos modernos de tratamientos del prolapso genital. La técnica tal cual como ha sido descrita ha sufrido variantes más o menos importantes tales como la disección de la fascia uretro-vesical, con o sin acortamiento y entrecruzamiento de los ligamentos cardinales. Lo que sí es necesario para obtener el resultado apetecido es estrechar la vagina y rehacer el aparato de sostén (periné y fascias).

La operación consiste en la Colporrafia anterior; Colpoperineorrafia asociadas o no a la amputación del cuello uterino previo tratamiento de los ligamentos cardinales. En pacientes jóvenes con poca hipertrofia cervical sólo se removerá una pequeña porción del cuello uterino. Si el cuello es normal no necesita amputación. Al practicarla debemos calcular que el útero quede con una histerometría aproximada de 7 cms. Algunos cirujanos ginecólogos acostumbran dejar un tallo rígido de plata, tipo Iribarme

o simplemente un caucho rígido el cual retiran a los 8 días, para evitar la oclusión parcial o total del orificio cervical por una exagerada coaptación de los colgajos vaginales.

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Existen principios generales aplicados a toda clase de cirugía vaginal (10), los que consideramos a continuación:

Infección tisular: Es importante que no exista gran ulceración o ulceraciones del cuello o del epitelio vaginal. Si existen es necesario el reposo, reducir el prolapso manteniéndolo en su posición sea por medio de pesarios o de taponamientos a base de mechas impregnadas en aceite de hígado de bacalao o de glicerina ictiolada. Igualmente pueden emplearse estrógenos por vía oral en dosis bajas. A veces estas ulceraciones vaginales tardan en cicatrizar pero una vez que se hayan recubierto de granulaciones sanan y siempre que se sitúen sobre una zona que será extirpada en la intervención, no es necesario demorar más el acto quirúrgico; en este caso sí está justificado usar profilácticamente antibióticos en el post-operatorio.

Infección Urinaria: Si existe, tratarla a base de quimioterápicos y antibióticos. La exacerbación de una infección vesical o la aparición de una infección urinaria ascendente después de la intervención constituye una complicación peligrosa y desagradable.

Función Renal: Puede existir un trastorno de la función renal en ciertos casos de grandes prolapsos por acodadura y dilatación de los uréteres. En tales casos constituye una buena precaución practicar una cuidadosa evaluación de la función renal y aplazar la intervención hasta que un tratamiento adecuado restituya la función normal.

Infección Pulmonar: Como es de lógica la tos imperiosa y violenta en el post-operatorio puede comprometer los resultados de la intervención.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Toda enferma sometida a esta clase de intervención debe ser vigilada minuciosamente. Es indispensable para el éxito de la operación el cuidado de la herida y el control de hemorragia vaginal intensa lo que predispondrá en gran parte a facilitar el he-

matoma y por consiguiente la infección de las suturas. Terminada la intervención se aplica una sonda de Foley a permanencia cuyo calibre oscilará entre los números 14 a 20, con el fin de mantener en reposo a la vejiga y evitar a la vez que la orina moje las suturas, lo cual puede ser causa de infección. La mayoría de las veces usamos profilácticamente sulfas, con el fin de aliviar un tanto la irritación que sobre el trígono vesical puede producir la sonda a permanencia. Generalmente la retiramos entre el 3º y 5º día post-operatorio, previos ejercicios vesicales uno o dos días. Desde hace poco tiempo estamos midiendo el residuo post-miccional después que la enferma haya desocupado en dos ocasiones consecutivas la vejiga. Si presenta un residuo post-miccional de menos de 50 c.c., damos de alta a la paciente; en caso de que éste sea superior a esta cifra, colocamos nuevamente la sonda vesical a permanencia por uno o dos días o esperamos que vuelvan a orinar espontáneamente para posteriormente medir el residuo vesical. En caso de retención usamos prostigmine I.M. o Urocholine por vía oral. Somos partidarios de los ejercicios vesicales pues con ellos se ejercita la vejiga, recobrando poco a poco su tono y contribuímos en esa forma a evitar la retención post-operatoria tan frecuente en esta clase de cirugía vaginal. Hidratamos a la paciente por vía intravenosa utilizando soluciones glucosadas entre 1.000 a 1.500 c.c. durante dos días. Hoy en día no usamos antibióticos de manera profiláctica solo en casos de morbilidad o cuando hay señal evidente de hematomas o infecciones de las suturas o complicaciones de órdenes generales. Al 3º día ordenamos un enema evacuador o un purgante aceitoso suave, como el aceite mineral.

Algunos autores no dejan sonda a permanencia al terminar la intervención. Nosotros no tuvimos éxito pues un gran número de pacientes presentaron retención inicial muy severa.

TECNICA OPERATORIA

Anestesia:

En la gran mayoría de los casos se usó la anestesia raquídea aunque también puede emplearse la anestesia local o la general.

Solución hemostática:

Consiste en 40 a 60 c.c. de suero fisiológico a la cual se le agrega una ampolla de coagulante y una ampolla de ocitócico.

Algunos añaden a esta solución unas pocas gotas de adrenalina, si las condiciones tensionales de la paciente son satisfactorias. Se aplica en la base del cuello uterino, en las partes laterales del istmo, en la horquilla vulvar y pared vaginal adyacente; en la zona peri-uretral y en la zona del elevador del ano (1).

1er. Tiempo:

Se procede a tomar el labio anterior del cuello uterino con un Tenaculum, sobre el que se hace tracción para exteriorizar mejor el prolapso. En estas condiciones se practica histerometría, dato que servirá posteriormente cuando se proceda a practicar la amputación del cuello. Se introduce una sonda metálica por la uretra con el fin de determinar el límite inferior del cistocele y desocupar un poco la vejiga. Dilatación del cuello uterino para facilitar la inserción posterior de las suturas cervicales. También es importante practicar un raspado uterino con el fin de descartar patología endometrial. Se hace una incisión con el bisturí alrededor del cuello uterino, incisión que tan solo interesará la mucosa vaginal. Se colocan dos pinzas de Allis como reparo en los extremos de la incisión anterior, después de lo cual se introducen las tijeras entre la mucosa vaginal y la vejiga recubierta de su fascia. Para no lesionar la pared vesical dirigimos la punta de las tijeras hacia la pared vaginal abriéndolas si fuese necesario para facilitar así la disección.

2º Tiempo:

Incisión mediana y longitudinal de la mucosa vaginal anterior hasta medio o un centímetro del meato uretral.

3er. Tiempo:

Se colocan pinzas de Allis en cada uno de los labios de la herida y se separa la vejiga de la pared vaginal por medio de una gasa, tijeras o bisturí. Se seccionan los pilares de la vejiga y se rechaza el fondo vesical hacia arriba hasta el repliegue vésico-uterino peritoneal. En este tiempo algunos cirujanos disecan la fascia uretro-vesical separándola completamente de la mucosa vaginal, la cual al suturarla le va a formar una especie de hamaca a la vejiga (1).

4º Tiempo:

Sección de los ligamentos Cardinales. Algunos los unen por delante del cuello; otros los entrecruzan por delante del mismo;

algunos no lo seccionan sino los acortan uniéndolos entre sí por delante del cuello. Los puntos de suturas se hacen con catgut cromado Nº 1 o Nº 2, puntos separados, apoyándose en el tejido muscular del istmo uterino.

5º Tiempo:

Se colocan puntos en forma de U de concavidad superior que van del ángulo formado entre la uretra y vejiga de una parte y la pared vaginal de ese lado al ángulo del otro lado; estos puntos unen la fascia entre sí. comenzando por el extremo superior de la herida. Los últimos puntos atraviesan los ligamentos cardinales y parte de la musculatura del istmo uterino. Se usan puntos separados con catgut cromado Nº 1. Así quedará corregido el uretrocistocele.

6º Tiempo:

Extirpación del exceso de mucosa vaginal y sutura de los bordes en la línea media con catgut cromado o simple Nº 1, puntos separados. También puede emplearse un Surcete. Si existe enterocele (10) se libera el fondo de saco peritoneal posterior de la parte posterior del útero y del epitelio vaginal. Se abre el fondo de saco peritoneal y se levantan los pliegues útero-sacros practicándose unión de los mismos en la línea media con catgut cromado Nº 1 o catgut simple. Después se extirpa el saco peritoneal proximal. La no extirpación completa del saco peritoneal puede dar lugar a la recurrencia del enterocele. Este tiempo constituye una adición más reciente a la operación, el cual no fué practicado por Fothergill.

7º Tiempo:

Procedemos a practicar la amputación del cuello si existe elongatio colli, procurando dejar un útero de un tamaño aproximado de 7 cms. de longitud. Esta amputación se inicia con una incisión transversal que parte del Hocico de Tenca hasta una profundidad de dos centímetros aproximadamente, todo depende de la hipertrofia cervical. Se extirpa primero el colgajo posterior el cual se recubre con la pared vaginal posterior por medio de los puntos de Sturmndorf; luego se extirpa el anterior y se recubre igualmente con la pared vaginal anterior por medio del citado punto. Se utiliza catgut cromado Nº 1 a Nº 2. Se puede colocar

si es necesario puntos verticales a los lados de la brecha para acabar de formar el neo-cuello.

8º Tiempo:

Colperineorrafia con miorrafia de los elevadores según las técnicas habituales.

(Para mejor comprensión de los puntos de Sturmndorf consúltese las ilustraciones de una técnica operatoria ginecológica).

Terminada la operación se deja una sonda de Foley a permanencia y una mecha vaginal seca o impregnada de aceite o con cualquier crema a base de sulfonamidas.

La mecha no se debe enrollar pues al retirarla puede provocar dolor aparte de que puede desprender algunos puntos de la sutura. Algunos (10) no usan mechas impregnadas en aceites porque según ellos pude irritar los tejidos retardando la cicatrización.

MATERIAL

CUADRO Nº 1

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
De 18 a 30 años	78	24.8%
De 31 a 40 años	113	35.9%
De 41 a 50 años	75	23.8%
De 51 a 60 años	35	11.0%
De 61 a 70 años	11	3.5%
De 71 a 80 años	3	1.0%
TOTAL:	315	100 %

Como puede observarse en el cuadro Nº 1 el mayor número de prolapsos se presentó en aquellas pacientes cuya edad osciló entre los 31 y los 40 años (35.9%). La paciente más joven tenía 18 años de edad y la de mayor edad tenía 80 años.

Según varios autores extranjeros (3, 8, 17) la edad encontrada oscila entre los 31 a los 69 años. En nuestro medio en un estudio del Profesor Aparicio (2) en pacientes de clientela particular de las cuales en un (75.33%) se les había practicado operación de Manchester con algunas variantes las edades encontradas oscilaban entre los 31 a los 40 años (27.92%).

Este tiene gran valor ya que el mayor número de prolapsos correspondió a aquellas pacientes que se encontraban en completa madurez sexual. De ahı que esta operación estuvo bien indicada.

MOTIVO DE CONSULTA

CUADRO Nº 2

SINTOMATOLOGIA

	Casos	Porcentaje
Sensación de Cuerpo extraño fuera de la vulva	226	71.8%
Sensación de Cuerpo extraño fuera de la vulva e incontinencia urinaria de esfuerzo	54	17.2%
Sensación de Cuerpo extraño fuera de la vulva asociada con otros trastornos urinarios (polaquiuria, disuria, etc.)	5	1.6%
Sensación de Cuerpo extraño fuera de la vulva asociada con hemorragia vaginal	7	2.2%
Sensación de Cuerpo extraño fuera de la vulva asociada con dolor abdominal	1	0.3%
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	10	3.1%
Hemorragia vaginal	3	0.9%
Flujo vaginal	3	0.9%
Dolor abdominal	4	1.3%
Dolor abdominal y Flujo vaginal	2	0.7%
TOTAL:	315	100 %

El motivo de consulta más frecuente fué el de Sensación de Cuerpo extraño fuera de la Vulva (93.1%); Trastornos urinarios puros (3.1%) y asociados al prolapso genital (18.8%).

Estas cifras guardan mucha similitud con las encontradas por Conger y Keetel (3) en 960 pacientes estudiadas, de las cuales el 82.3% consultaron por sensación de cuerpo extraño fuera de los genitales externos y el 31.4% consultaron por trastornos urinarios de diversos tipos. En un estudio del Profesor Aparicio (2) el porcentaje fué de 53.59% para las pacientes que se quejaron de prolapso y el 17.53% para aquellas con trastornos urinarios.

Estos motivos de consulta están relacionados con el mismo

prolapso, sobre todo los de orden urinario, por cambios en la anatomía y la estática vesical.

En aquellos casos en que la hemorragia vaginal fué motivo de consulta se encontraron presentes dos carcinomas intraepiteliales del cuello uterino y en los demás, alteraciones inflamatorias del cuello o ulceraciones del epitelio vaginal.

Un caso de sensación de cuerpo extraño fuera de la vulva estuvo asociado con dolor abdominal. En esta paciente se encontró al examen pélvico una tumefacción anexial franca, dura, grande, fija. El cirujano procedió a practicarle una intervención de Manchester Fothergill, sin tratar de investigar la etiología de la masa pélvica. Consideramos esta conducta errada ya que era más importante conocer la entidad anexial que el corregir el prolapso, pues bien podía tratarse de un proceso inflamatorio o de un proceso tumoral maligno En aquellos casos en los cuales el motivo de consulta fué el flujo vaginal, las pacientes le dieron más importancia a este signo que al mismo prolapso, pues les ocasionaban prurito vulvar y sensación de quemadura en los genitales externos; en todos ellos se encontró tricomoniasis vaginal por medio del examen bacteriológico del flujo vaginal.

PARTOS

CUADRO Nº 3

	Casos	Fórceps	Porcentaje
Nulíparas	2	—	0.7%
1 Parto	55	7	17.5%
2 Partos	31	4	9.8%
3 Partos	27	4	8.6%
4 Partos	27	2	8.6%
5 Partos	28	2	8.9%
6 Partos	42	3	13.4%
7 Partos	28	1	8.9%
8 Partos	17	—	5.4%
9 Partos	10	—	3.1%
10 Partos	12	—	3.9%
11 Partos	13	—	4.1%
12 Partos	7	—	2.2%
13 Partos	5	—	1.6%
14 Partos	3	1	0.9%

15 Partos	1	—	0.3%
16 Partos	3	—	0.9%
18 Partos	3	—	0.9%
20 Partos	1	—	0.3%
TOTAL:	315	24 (7.7%)	100 %

El mayor número de prolapsos se presentó en aquellas pacientes que tuvieron un solo embarazo (17.5%). Es interesante anotar que en las que se aplicó fórceps (7.7%) generalmente en el primer parto refieren la aparición del prolapso como efecto inmediato a su aplicación. En gran número de casos refieren las pacientes historias de partos laboriosos y trabajo físico excesivo en el post-partum inmediato.

En el estudio del Profesor Aparicio (2) se encontró que el mayor número de casos se presentó en aquellas enfermas que tuvieron tres partos (16.88%). Como puede apreciarse el factor gran multiparidad no es la causa principal en la producción del prolapso genital aunque sí coadyuvante; tiene más importancia el factor obstétrico como tal, por lesión anatómica o funcional de cualquiera de los órganos por donde el feto debe pasar. En dos pacientes nulíparas hubo dos casos de prolapso. Gibson (9) en un estudio de 610 casos de prolapso genital encontró diez pacientes nulíparas con esta afección. Curtis (4) encontró en una revisión de 166 pacientes las cuales habían tenido prolapso genital que 159 habían tenido hijos y solamente 7 enfermas eran nulíparas. El profesor Aparicio (2) en la revisión de sus 154 casos, encontró solamente dos enfermas nulíparas. Esto pone de manifiesto que en estas pacientes la causa principal de producción es la debilidad de los medios de suspensión y sostén del útero y de la pared abdominal, ligado a un factor hiponutricional. En las pacientes de edad avanzada aparte de los traumatismos obstétricos hay que señalar la atrofia de las diversas estructuras anatómicas, así como en las multíparas el traumatismo del parto. Es necesario por lo tanto para prevenir el prolapso que se haga una correcta y rápida reparación del periné en aquellos partos en que éste ha sufrido traumatismo con laceración y desgarradura del piso pélvico; que las aplicaciones de fórceps se hagan lo más perfectas posibles y cuando están indicadas.

CIRUGIA PELVICA PREVIA

CUADRO Nº 4

	Casos	Porcentaje
Histeropexias	3	0.95%
Colporrafia anterior	1	0.30%
Colporrafia anterior y posterior	3	0.95%

Es llamativo el caso de una paciente de 21 años de edad que tuvo su primer parto con fórceps. Fué intervenida de Colporrafia anterior y Colpoperineorrafia en el año de 1957. Al año siguiente se le practicó una operació nde Manchester-Fothergill por presentar un prolapso genital de tercer grado. Un año más tarde se le reprodujo el prolapso después de haber tenido un parto por vía vaginal y fué nuevamente intervenida de operación de Manchester-Fothergill. Aquí, aparte del traumatismo obstétrico hay que señalar la debilidad marcada de los medios de suspensión y sostén, los cuales cedieron rápidamente a pesar de las distintas correcciones de prolapso a que fue sometida la paciente.

En los 380 casos estudiados en el Hospital de Sta. Catharine (3) a 38 pacientes les habían practicado operaciones previas para corrección de prolapsos.

GRADOS DE PROLAPSO

Agrupando los prolapsos según sus diferentes combinaciones se encontraron 5 grupos principales (ver cuadro Nº 5).

CUADRO Nº 5

Grados de Prolapsos		Casos	Porcentaje
Prolapso genital de tercer grado		109	34.6%
Prolapso genital de segundo grado		68	21.7%
Uretrocistocele	III		
Rectocele	II	36	11.1%
Histerocele	III		
Uretrocistocele	II		
Rectocele	II	28	8.9%
Histerocele	III		
Uretrocistocele	III		
Rectocele	II	25	8.0%
Histerocele	II		

De los 315 casos se encontraron 138 enfermas (43.8%) con distintos grados de Uretrocistoceles, rectoceles e histeroceles, distribuídos así:

CUADRO Nº 5-a

		Casos	Porcentaje
Uretrocistocele	III	87	65%
Uretrocistocele	II	45	31%
Uretrocistocele	I	6	4%
TOTAL:		138	100%

CUADRO Nº 5-b

		Casos	Porcentaje
Rectocele	III	17	12.3%
Rectocele	II	93	67.4%
Rectocele	I	28	20.3%
TOTAL:		138	100 %

CUADRO Nº 5-c

		Casos	Porcentaje
Histerocele	III	84	61%
Histerocele	II	51	37%
Histerocele	I	3	2%
TOTAL:		138	100%

HALLAZGOS COMPLEMENTARIOS

	Casos	Porcentaje
Enteroceles	30	9.5%
Desgarro perineal I	17	5.4%
Desgarro perineal II	296	93.9%
Desgarro perineal III	2	0.7%
Retroflexiones	70	22.2%

Como puede observarse en el cuadro anterior el mayor porcentaje de prolapsos se presentó en aquellas pacientes que tenían un descenso de tercer grado (34.6%) y de segundo grado (21.7%).

Las cifras encontradas por el Profesor Aparicio (2) son muy similares a las de este trabajo.

Algunos autores (7, 10) sostienen que no hay prolapso genital sin enterocele, lo que sucede es que no se busca. Esta afirmación hay que tenerla presente para tratar de investigarlo y si se encuentra corregirlo. De ahí que Hunter (10) le ha agregado un tiempo a la operación de Manchester-Fothergill consistente en la cura del enterocele, basado en la apertura rutinaria del fondo de saco peritoneal posterior, siempre que practica la intervención.

Debido a las deficiencias encontradas en gran número de las historias revisadas en este trabajo, es lógico pensar que la incidencia de enteroceles es mayor a la que figura en el cuadro.

En los casos de desgarro perineal de tercer grado (0.7%) se practicó reconstrucción del esfínter anal, según las técnicas habituales y en ambos casos los resultados fueron satisfactorios.

Aunque algunos autores sostienen que el primer paso del prolapso es la retroflexión, no siempre es exacto pues hay infinidades de prolapsos sin retroflexión. Debemos por lo tanto concluír que la retrodesviación en sí no es factor constante en la etiopatogenia del prolapso y que mientras los elementos musculares y tejidos que contribuyen a formar la hendidura uro-genital se conserven intactas o se reparen convenientemente no se producirá el prolapso genital.

OTROS HALLAZGOS

CUADRO Nº 6

	Casos	Porcentaje	
Hernia umbilical	9	2.9%	4.8%
Hernia epigástrica	1	0.3%	
Hernia crural	3	0.9%	
Prolapso de la mucosa rectal	2	0.7%	
Carúncula uretral	2	0.7%	
Miomatosis incipiente	3	0.9%	
Quistes de Ovario	2	0.7%	
Quiste de la glándula de Bartholin	4	1.3%	
Quiste de Garnther	1	0.3%	
Salpingitis crónica bilateral	1	0.3%	

Salpingitis crónica unilateral	1	0.3%
Poliposis endocervical	1	0.3%
Quiste sebáceo labio mayor izquierdo de la vulva	1	0.3%
Forunculosis vulvar	1	0.3%
Papiloma vulvar	1	0.3%
Retención de restos Ovulares	1	0.3%

Se observa en el cuadro anterior que un 4.8% de las pacientes presentaron diversos tipos de hernias y un caso de prolapso de la mucosa rectal. Esto pone de manifiesto la teoría de algunos autores los cuales asocian la debilidad de los medios de sostén y suspensión y de la pared abdominal con el factor por el cual se producen las hernias, el prolapso genital y el prolapso de la mucosa rectal. Se encontraron cuatro pacientes con miomatosis uterina incipiente asociada a prolapso genital de 2º y 3º grado. Todas estas pacientes tenían más de 40 años de edad. Creemos que en estos casos sí se justificaba haber practicado histerctomía vaginal pues existía patología uterina que podía ocasionar complicaciones posteriores.

ESTADO DEL CUELLO

CUADRO Nº 7

	Casos	Porcentaje
Sanos	132	42 %
Ulcerados	28	9 %
Hipertróficos	20	6.3%
Hipertrófico-Ulcerados	10	3.1%
Erosionados	70	22.2%
Elongatio Colli	18	5.7%
Elongatio Colli-erosionados	13	4.1%
Ectropion	7	2.2%
Elongatio Colli-Mioma	2	0.7%
Poliposis endocervical	7	2.2%
Hipertrófico-erosionados	8	2.5%
TOTAL:	315	100 %

Como puede observarse en el cuadro anterior se encontró un mayor porcentaje de cuello con patología cervical que sanos. Es

sabido que al exteriorizarse éste por fuera de los genitales externos se presenta como complicaciones frecuentes, erosiones y ulceraciones en su epitelio igualmente que en el de la mucosa vaginal. Estas complicaciones son de carácter mecánico. El cuello y la mucosa vaginal al estar en contacto con los muslos encuentran un medio profundamente agresivo para sus epitelios; la vagina que normalmente debe estar húmeda al encontrarse en contacto con el exterior se seca produciéndose una queratinización y luego una ulceración. La curación se logra cuando se consigue introducir de nuevo el cuello y las paredes vaginales ya que los privamos de ese medio exterior para los cuales no fueron formados. En cuanto al elongatio Colli su mecanismo de producción ya se explicó en otra parte de este trabajo.

En el cuadro anterior no figura ningún caso de Carcinoma de cuello puesto que este diagnóstico se hizo como hallazgo anatomopatológico en el post-operatorio.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

CUADRO Nº 8

	Casos	Porcentaje
Serologías negativas	298	94 %
Serologías positivas	17	5.4%
Glicemias: de 70 a 120 mlgs.	309	98 %
Glicemias: de 120 a 140 mlgs. .. .	6	2 %
Biopsias de Cuello	21	6.6%
Biopsias de endometrio	7	2.2%
Citología Vaginal (Papanicolau) ..	3	0.9%

Se practicaron exámenes de rutina en todas las pacientes: (Cuadro hemático - Tiempo de Coagulación y Sangría - Sedimentación - Azohemia - Examen parcial de Orina - Coprológico - Fotofluorografía).

Como exámenes especiales se realizaron 21 biopsias de cuello (6.6%); 7 de endometrio (2.2%) y 3 citologías vaginales (Papanicolau) (0.9%).

Como punto especial se trató de investigar las complicaciones post-operatorias tipo infeccioso en pacientes con serología positiva y con glicemias altas. En las enfermas con serología positiva se encontraron como complicaciones de esa índole:

Un caso de infección y ligera dehiscencia de la colpoperineorrafia. Un caso de infección de la colpoperineorrafia. Otro caso de infección y dehiscencia de las suturas de la colporrafia anterior y de la colpoperineorrafia.

Desgraciadamente el número de enfermas fue tan reducido para poder valorar de una manera clara la predisposición que pudiese existir referentes a las complicaciones de ese tipo. Aconsejamos en estos casos emplear Penicilina en la dosis de 800.000 unidades diarias I.M., por lo menos durante una semana antes, y luego continuar usándola en el post-operatorio.

En cuanto a la glicemia alta encontramos que apenas un 2% de las pacientes presentaban una glicemia entre 120 mgs. a 140 mgs., cifra que se considera relativamente alta sin que estas enfermas fuesen diabéticas. En estas pacientes no se ratificó control de esas cifras, de manera que pudieron ser consecuencia de errores de laboratorio o por haber ingerido grandes cantidades de glucosa antes de haberles practicado el examen de glicemia. Solamente se presentaron dos casos de complicaciones infecciosas. Por tratarse de datos que no se consideran altos, por no haberse investigado la persistencia de ellos y por su número tan reducido, tampoco pudimos sacar una conclusión exacta sobre este factor.

En 380 casos de Conger y Keettel (3) encontraron diez enfermas diabéticas no pudiendo concluír nada al respecto por el número tan reducido de casos.

Como puede observarse los exámenes especiales fueron muy pocos (9.7%). Aunque la incidencia en la literatura mundial de Ca. del cuello asociado a prolapso es escaso, las biopsias de cuello y la citología vaginal hubieran desempeñado gran papel para detectar los pocos casos en que se encontró esta lesión (z.9%).

Gibson, (9) en un estudio de 507 casos intervenidos de operación de Manchester-Fothergill, encontró un solo caso de Ca. de cuello pre-invasivo. Conger y Keettel, (3) en un estudio de 960 casos de prolapsos genitales, encontraron dos carcinomas epidermoides y un adenocarcinoma de cuello uterino. En un estudio Curtis (4) de 138 pacientes con prolapso genital que habían pasado la menopausia, 45 consultaron por hemorragia vaginal y en éstas se encontraron 4 a 5 carcinomas de cuello uterino.

En cuanto al Ca. de cuerpo uterino asociado al prolapso genital es aún más raro. En una serie de 10.000 pacientes atendidas en el Ginecological Outpatient Department del Dr. Steevans' Hospital (17), entre los años de 1932 a 1952, se presentaron 14 enfermas con carcinomas de cuerpo (0.16%) pero no hubo ningún caso asociado con prolapso genital antes o después de la operación. En nuestra revisión no se presentó ningún caso de carcinoma de cuerpo uterino.

CIRUGIA

CUADRO Nº 9

Técnica	Casos	Porcentaje
Sección de los ligamentos cardinales	201	63.9%
Acortamiento de los ligamentos cardinales .	78	24.7%
Entrecruzamiento de los ligamentos cardinales	17	5.4%
Disección de la fascia y acortamiento de los ligamentos cardinales	15	4.8%
Disección de la fascia y sección de los ligamentos cardinales	4	1.2%
TOTAL:	315	100 %

En 311 casos se amputó el cuello (98.8%) y en 4 (1.2%) no se realizó tal procedimiento.

Como puede observarse la técnica que más se empleó fué aquella en que se seccionaron los Ligs. cardinales (63.9%). En cuanto a la pérdida sanguínea en el acto quirúrgico osciló entre los 50 c.c. a los 200 c.c. en un gran porcentaje de los casos, según cálculo aproximado del cirujano, cuantía que se considera dentro de los límites normales teniendo en cuenta que la cirugía vaginal sangra más que la cirugía abdominal por tratarse de zonas ricamente vascularizadas y congestionadas en los casos de prolapso genital.

Se presentaron 11 casos (3.5%) en los cuales la hemorragia fué superior a los 400 c.c De estos 11 casos, se habían empleado en 4 de ellos solución hemostática.

Hunter (10) sostiene que no es partidario de la solución hemostática local ni de la anestesia local, porque a pesar de que el

campo operatorio se mantiene seco, existen pacients sensibles a estas drogas, aparte de que su cicatrización es menos satisfactoria y aumenta la frecuencia de infección. En nuestro trabajo se presentaron 10 complicaciones post-operatorias de esta índole entre los 55 casos (17.4%) en los cuales se usó la solución hemostática.

Se practicaron 140 dilataciones de Cuello con raspado uterino (44.4%) como tiempo previo a la intervención; cifra bastante baja ya que consideramos necesario este tiempo porque facilita la aplicación de los puntos de Strumndorf e impide que el cuello se obture. El raspado uterino nos ayuda a investigar la patología endometrial asociada al prolapso.

OPERACIONES ASOCIADAS

CUADRO Nº 10

	Casos	Porcentaje
Hernia umbilical	4	1.3%
Hernia crural	1	0.3%
Extirpación quiste de Garntner	1	0.3%
Ooforectomía	1	0.3%
Fístulorrafia recto-vaginal	1	0.3%
Barthonilectomía	2	0.7%

ACCIDENTES OPERATORIOS

CUADRO Nº 11

	Casos	Porcentaje
Hemorragia vaginal abundante (más de 400 c.c.)	11	3.5%
Abertura de uretra	2	0.7%
Abertura de vejiga	5	1.6%
Perforación uterina al practicar el raspado uterino	5	1.6%
Abertura peritoneo vésico-uterino	1	0.3%
Abertura del peritoneo posterior	1	0.3%
Abertura del recto	1	0.3%
TOTAL:	26	8.2%

En total se presentaron 26 complicaciones (8.2%). Entre los accidentes operatorios llaman la atención el de una enferma de 37 años; G:7. P:6. A:1 que sangró abundantemente en el acto quirúrgico, motivo por el cual el cirujano resolvió practicar laparotomía y hacer Histerectomía subtotal para cohibir la hemorragia.

En otro caso el cirujano hirió la arteria uterina derecha provocando una hemorragia vaginal intensa con producción de gran hematoma del ligamento ancho derecho, motivo por el cual le practicó laparotomía ligando la arteria uterina derecho y drenó el hematoma del ligamento ancho.

En el primer caso creemos que el cirujano obró apresuradamente, pues ha debido agotar todos los medios hemostáticos (ligaduras, taponamientos etc.) y como último recurso decidir la conducta que llevó a efecto, más aún que se trataba de una paciente relativamente joven.

En el segundo caso sí se justifica un tanto la conducta adoptada ya que el hematoma del ligamento ancho en caso de no drenarse, podía evolucionar en absceso del mismo. Sinembargo se ha podido preveer este accidente siendo un poco más cuidadoso en los tiempos operatorios.

En un caso de perforación uterina, al practicar el raspado, el cirujano practicó laparotomía para cerrar la brecha uterina producida por la perforación con el histerómetro. Otro caso de perforación uterina hizo aplazar la intervención por una semana. Se trataba de una paciente con un prolapso genital de 2º grado.

En el primer caso no creemos que había necesidad de practicar laparotomía para cerrar la brecha uterina pues es bien sabido que esas perforaciones cierran solas, vigilando estrechamente a la paciente, empleando antibióticos profilácticos, más aún, cuando se trataba de un raspado diagnóstico en que el endometrio está aséptico.

En el segundo caso tiene justificación la conducta que se siguió, aunque también hubiera podido abrirse el fondo de saco vésico-uterino, exteriorizar el útero; suturarlo, cerrar el fondo de saco abierto y continuar la operación.

En aquellos casos de abertura de uretra, vejiga y recto se cerraron adecuadamente y no hubo ninguna complicación; ex-

cepto solamente en un caso en que la fistulorrafia de vejiga no prendió y la enferma presentó una fístula. Tal vez con un poco de más cuidado en las disecciones de estos órganos se hubieran evitado tales accidentes.

En el Hospital Universitario de Iowa City (3) se presentaron varios casos de complicaciones post-operatorias en sus 960 casos operados. En tres casos de abertura de vejiga el cirujano no se dio cuenta y no las cerró; por lo tanto en el post-operatorio realizaron fístulas. Además se presentaron dos casos de abertura del recto. Ambas se suturaron y una presentó una fístula en el post-oepratorio por infección de la sutura.

MANEJO DE LAS SONDAS

En todas las intervenciones se aplicó sonda de Foley cuyo calibre osciló entre los números 14 a 20. Se retiró generalmente entre el 3º y el 5º día previos ejercicios vesicales uno o dos días antes. Estos ejercicios consistieron en cerrar la sonda durante tres horas y abrirla durante una hora, varias veces al día. Como habíamos mencionado antes, desde el primer día postoperatorio se usó sulfas en forma profiláctica. El día que más pronto se retiró la sonda fué el segundo y el período más largo con sonda a permanencia fué de doce días en los casos en que hubo herida de uretra o vejiga.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

CUADRO Nº 12

Técnica	Casos	Porcentaje
Cistitis	45	14.3%
Retención Urinaria	29	9.2%
Hemorragia vaginal moderada	8	2.5%
Hemorragia vaginal abundante	5	1.6%
Dehiscencia de la sutura de la Colporrafia anterior	7	2.2%
Dehiscencia de la sutura de la Colpoperineorrafia	25	8 %
Dehiscencia de las suturas de la Colporrafia y de la Colpoperineorrafia	8	2.5%
Hematoma de la Colporrafia anterior	4	1.3%
Hematoma de la Colpoperineorrafia	2	0.7%

Infección de la colporrafia anterior	3	0.9%
Infección de la Colpoperineorrafia	6	2 %
Infección de las suturas de neo-cuello	3	0.9%
Absceso del Ligamento ancho	3	0.9%
Infección de las suturas de la Colporrafia anterior y de la Colpoperineorrafia	7	2.2%
Fístula uretro-vaginal	1	0.3%
Fístula recto-vaginal	1	0.3%
Equimosis perineal	1	0.3%
Edema vulvar	2	0.7%
Piometra	1	0.3%
Gran absceso pélvico	1	0.3%
Hematoma de la cara posterior de la vejiga	1	0.3%
Bronquitis	3	0.9%
Enteritis	2	0.7%
Artritis de la rodilla	1	0.3%
Flebitis	1	0.3%
TOTAL:	170	53.9%

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Como puede apreciarse se presentaron 170 casos de complicaciones post-operatorias (53.9%). La mayor complicación la dio la cistitis (14.3%) y la retención urinaria (9.2%); esta última debida posiblemente a atonía vesical o por destrucción de algunas fibras nerviosas que inervan la vejiga o por falta de adaptación de la vejiga a su nueva posición. La cistitis porbablemente se debió a la irritación producida por la sonda vesical.

En el estudio del Profesor Aparicio (2) se encontraron 8.44% de cistitis; 5.19% de retención urinaria; 5.60% de hemorragia vaginal post-operatoria y 1 caso de fístula urétero-vaginal izquierda. Conger y Keettel (3) encontraron como complicación más frecuente la hemorragia vaginal del 7º al 8º día post-operatorio. También encontraron 1 caso de fístula urétero-vaginal al 7º día post-operatorio.

En la revisión de los casos estudiados en este trabajo no se presentó ningún caso de fístula urétero-vaginal.

Como llamativo de estas complicaciones figuran una fístula uretro-vaginal la cual se presentó al 5º día post-operatorio y una

fístula recto-vaginal. También un gran hematoma de la cara posterior de la vejiga con oclusión de ambos ureteres lo cual produjo una anuria mecánica. A esta enferma se le practicó laparotomíaí a las 24 horas, drenándosele un hematoma retro-vesical. Si a esta enferma se le hubiera practicado una buena hemostasis en el acto quirúrgico tal complicación no se hubiera presentado. También llama la atención el gran absceso de la pared lateral de la pelvis el cual disecó los tejidos hasta el tercio externo del parametrio izquierdo. Esta complicación se debió a una hemostasis deficiente lo cual originó un hematoma que se infectó.

Un caso de piometría por obstrucción del neo-cuello. Esta enferma tenía un Ca. intraepitelial del cuello uterino el cual no se diagnosticó antes de la intervención.

No se apreció correlación alguna entre las complicaciones infecciosas encontradas y las diferentes modalidades de la técnica quirúrgica usadas.

Es bueno tener en cuenta que en nuestro medio la mayoría de las enfermas están desnutridas, parasitadas y con focos sépticos que pueden contribuír a las complicaciones post-operatorias de cualquier tipo. Aconsejamos por lo tanto, mejorar su estado nutricional; tratar los focos sépticos y los parásitos si existiesen; llevar a cabo una limpieza extremada del campo operatorio; realizar una buena hemostasis ya que si ésta es deficiente llevará inexorablemente a hematomas e infecciones de las suturas.

MORBILIDAD

Se determinó por el criterio aceptado de morbilidad obstétrica o sea temperatura de 100.4º F. (38º C) o que exceda de esta cifra después del segundo día post-operatorio persistiendo por dos o más días (11).

CUADRO Nº 13

Causas	Casos	Porcentaje
Cistitis	45	14.3%
Infección de la Colpoperineorrafia	6	2 %
Absceso del Ligamento ancho	3	0.9%
Bronquitis	3	0.9%
Absceso pélvico	1	0.3%
Infección de la Colporrafia	2	0.7%

Infección de la Colporrafia y de la Colpoperineorrafia	10	3.1%
Infección de la sutura del neo-cuello	2	0.7%
Artritis séptica	1	0.3%
Piometra	1	0.3%
TOTAL:	74	23.5%

CUADRO Nº 14

DIAS DE MORBILIDAD FEBRIL

Número de días	Número de Casos	Porcentaje
2	13	4.1%
3	17	5.4%
4	19	6.3%
5	14	4.4%
6	3	0.9%
7	1	0.3%
8	3	0.9%
9	1	0.3%
10	1	0.3%
28	1	0.3%
30	1	0.3%

Se presentaron 74 casos de morbilidad (23.5%). La complicación que produjo mayor morbilidad fué la cistitis (14.3%). La que mayor número de días presentó fue la piometra con 30 días de fiebre.

Conger y Keettel (3) encontraron que de sus 960 casos estudiados 605 presentaron fiebre por más de dos días.

ANTIBIOTICOS

Se usaron en 256 enfermas (81%). El antibiótico que más se empleó fué la penicilina.

Hasta el año de 1959 se usaban rutinariamente de una manera profiláctica. Hoy en día su uso se ha reducido a un mínimo y solamente lo usamos cuando hay datos de morbilidad comprobada.

En un estudio del Hospital de La Samaritana de Bogotá (14), se analizaron 127 pacientes a las cuales se les había aplicado an-

tibióticos; comparando los datos con aquellos en que sí se emplearon de manera profiláctica, el promedio de infecciones fué de (5.9%) inferior al encontrado en quienes sí se emplearon.

En el Hospital de Iowa (3) no se está empleando antibióticos de manera profiláctica y el porcentaje de morbilidad es igual a aquel en que sí se han usado.

Por no haberse usado antibióticos en un reducido número de pacientes, no podemos sacar una conclusión exacta sobre su efecto en la morbilidad.

No empleando antibióticos en forma profiláctica, contribuímos a evitar que se formen cepas de gérmenes antibiótico-resistentes y ayudamos a que el costo de la permanencia hospitalaria de cada paciente sea más bajo.

RESIDUO VESICAL POST-OPERATORIO

El residuo vesical post-miccional tiene gran valor sobre todo cuando lo hemos comparado con el residuo pre-operatorio. Cuando es superior de 50 c.c. indica que la paciente está reteniendo en forma exagerada, que la vejiga todavía no se ha adaptado a su nueva posición, que el tono vesical no se ha recuperado de manera adecuada. En el servicio de urgencia nos ha tocado sondear pacientes que han reingresado con retención aguda de orina por no habérseles controlado el residuo vesical post-miccional en el post-operatorio. Hasta el año de 1959 no se hacía este procedimiento; hoy lo hacemos de rutina antes de firmar la salida a la enferma.

ESTADIA HOSPITALARIA

Se determinó el tiempo de permanencia en cada paciente intervenida de operación de Manchester. El promedio fue de 19.08 días, cifra bastante alta. Hasta el año de 1959 el promedio de estadía hospitalaria era elevado, entre otras cosas porque las enfermas llegaban de consulta externa sin exámenes de laboratorio, los cuales se pedían en el servicio aumentando, por lo tanto, la permanencia. Hoy en día, debido a un mejor funcionamiento de la Consulta Externa, las enfermas llegan mejor estudiadas y con opción de ser intervenidas al día siguiente. Sin duda esta cifra bajará notablemente debido a la mejor colaboración de esa sección.

El Hospital Universitario de Iowa (3) dá una permanencia de 6 a 7 días y el de Sta. Catharine de Brooklyn (8) de 7 a 8 días.

La permanencia post-operatoria de nuestros casos revisados fue de 10 días.

ANATOMIA PATOLOGICA

Solamente figuran 222 pacientes con informe de Anatomía Patológica cervical (70.4%).

Como puede observarse en el cuadro Nº 15 el mayor porcentaje de patología cervical (80%) correspondió a cervicitis crónica; esto se explica por traumatismo del cuello ya sea por los partos o por fricción externa al rozar el cuello contra los muslos.

Como dato llamativo figuran dos casos de Ca. Intraepitelial del cuello. En ambos casos existían ulceraciones del mismo; en uno de ellos no le llamó la atención al examinador y en la pieza quirúrgica se encontró Ca. Intraepitelial. Este caso es criticable pues existiendo lesión sospechosa no le tomaron biopsia cervical ni citología vaginal. En el otro caso el examinador notó la ulceración, tomó biopsia pero no esperó el resultado habiéndole practicado una operación de Manchester-Fothergill. Después se comprobó que coincidían la biopsia cervical con el resultado anatomo-patológico del cuello extirpado. Afortunadamente en ambos casos la enferma quedó probablemente curada pero se obró con desatino y sin ningún sentido científico. Lo lógico era haberles practicado una serie de biopsias de cuello, luego conización y posteriormente la intervención de Manchester-Fothergill sobre todo en el segundo caso por ser una paciente de 29 años de edad, o histerectomía vaginal en el primer caso por tener la paciente 40 años y ser gran multípara.

No hubo ningún caso de cáncer de cuello invasivo ni de cuerpo uterino.

CUADRO Nº 15

	Casos	Porcentaje
Cervicitis crónica	117	80 %
Cornificación del Cuello Uterino	16	7.2%
Cervicitis crónica con metaplasia	15	6.7%
Poliposis endocervical	7	3.1%
Cervicitis crónica con Huevos de Naboth	2	0.9%
Leiomioma del Cuello Uterino	1	0.4%
Erosión mínima	1	0.4%
Ca. Intraepitelial del Cuello Uterino	2	0.9%
Cervicitis subaguda	1	0.4%
TOTAL:	222	100 %

CONTROLES

El control de las pacientes intervenidas en el Hospital de San Juan de Dios es muy difícil de realizar pues es raro que consulten después de operadas a menos que vuelvan a presentar alguna molestia. La mayoría de estas pacientes viven fuera de Bogotá, lo cual dificulta de por sí el control de tan valioso material.

En los casos intervenidos de esta operación en Brooklyn N.Y. (17) de 190 casos solamente vinieron a control 62 pacientes a pesar de que a todas ellas les enviaban periódicamente cartas recomendándoles que se hiciesen controlar. Nosotros pudimos controlar 76 pacientes (24.1%). El período más corto fué de tres meses y el mayor de 5 años. (Véase cuadro Nº 16).

CUADRO Nº 16

CONTROLES

	Casos	Porcentaje
Satisfactorio	58	76.3%
Uretrocistocele sintomático	6	8 %
Rectocele I	1	1.3%
Rectocele II	1	1.3%
Rectocele II con Uretrocistocele sintomático	1	1.3%
Rectocele III	1	1.3%
Cicatriz perineal dolorosa con formación de queloides	2	1.3%
Estrechez canal cervical	1	1.3%
Fístula uretro-vésico-vaginal	1	1.3%
Vagina estrecha y corta con banda de tejido cicatricial	2	2.7%
Prolapso genital de II grado	1	1.3%
Prolapso genital de III grado	1	1.3%
TOTAL:	76	100 %

Entre los casos clasificados como satisfactorios, se encontraron 33 a los cuales se había practicado sección de los Ligamentos cardinales; 3 entrecruzamientos; 4 fascia y acortamiento; y 18 acortamiento.

En los casos de uretrocistocele sintomático: 5 correspondieron a aquellos en los cuales se practicó sección de los Ligamentos cardinales y 1 caso acortamiento. Los demás casos del cuadro de control correspondieron a aquellos en los cuales se practicó sección de los Ligamentos cardinales, excepto en el último (prolapso genital III grado) en el cual se practicó disección de la fascia con acortamiento de los Ligamentos cardinales.

Denominamos el control como "satisfactorio" cuando no encontramos reproducción de los celes, no hay descenso uterino, la vagina se encuentra anatómica y fisiológicamente normal y no hay incontinencia urinaria de esfuerzo.

La presencia del enterocele se debe a la falta de su corrección en el acto quirúrgico durante el cual seguramente no se pudo apreciar debido a su frecuente difícil visualización. Por eso cirujanos como Hunter (10) y Gordon R. (7) son partidarios de abrir siempre el fondo de saco peritoneal posterior en todas las intervenciones de Manchester.

Para evitar un estrechamiento vaginal hay que obrar con gran cautela al resecar la mucosa vaginal; también puede presentarse esta en forma espontánea en aquellas pacientes de edad avanzada en que la operación coincide con el proceso normal de la menopausia y la atrofia concomitante de los genitales. Aconsejamos controlar la paciente antes de firmarle la salida del hospital. Si existen adherencias entre la pared anterior y posterior, liberarlas; valorar el estado de las suturas y del muñón cervical. Luego volver a controlar estas pacientes cada tres meses durante un año y luego cada seis meses.

El Uretrocistocele reproducido es un problema difícil de resolver. Hay que corregir de manera correcta el ángulo uretro-vesical. Como caso llamativo está una fístula uretro-vésico-vaginal la cual se presentó a los 4 días de estar la paciente en su casa.

Hunter (10) encontró un 6.9% de recidiva del cistocele; 3% de recidiva del rectocele; 1.8% del enterocele; 4.9% de estrechamiento vaginal o del introito; 2.7% de constricción de la vagina. Consideró resultado satisfactorio: 97%. Resultado dudoso: 3%.

Referente a la sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo estudiada por este mismo autor en 176 casos, encontró

que el 20% de las enfermas se habían curado de su incontinencia; un 23% se habían mejorado, pues al interrogatorio admitían un ligero escape ocasional de la orina cuando presentaban tos intensa. En realidad un 93% estaban contentas con la operación. Solamente un 7% no presentaban mejoría de su incontinencia y un 21% desarrollaron incontinencia después de la intervención.

Gordon (18) encontró un 0.2% de estenosis cervical; un 0.8% de recurrencia del cistocele y el 1.2% de incontinencia urinaria de esfuerzo.

EFECTOS DE LA OPERACION SOBRE LA REPRODUCCION

Tema bastante discutido y que según algunos autores le quitan méritos a la intervención. Hunter (10) sostiene que la operación de Manchester con amputación del cuello debe emplearse en aquellas mujeres que han pasado la edad de la procreación, es decir en las menopáusicas y en las post-menopáusicas porque la amputación del cuello será indeseable en aquellas pacientes en las que puede esperarse partos ulteriores. En pacientes jóvenes sus indicaciones se limitan según el mismo autor, a casos especiales. En cambio Gordon (7) sostiene que puede ser practicada en cualquier edad sobre todo en las jóvenes no importa que el futuro obstétrico está de por medio. Salomons (17) también es partidario de esta última opinión y aconseja extirpar una pequeña porción del cuello en las pacientes jóvenes en caso de que exista hipertrofia cervical.

Algunas escuelas son partidarias que para evitar la recurrencia del prolapso después de un parto se debe practicar cesárea en todos los casos para evitar el trauma del nacimiento por vía natural. Este criterio admite discusión; por ejemplo Salomons (17) sostiene que si después de un parto por vía natural hay recurrencia del prolapso, vale la pena intentar una corrección que en todo caso será pequeña en relación con la primera intervención. Además hay numerosos pacientes que tienen sus hijos por vía baja sin que después presenten recurrencia del prolapso. Lo que sí hay que admitir es que cuando se extirpa una gran porción del cuello uterino puede existir dificultades en el momento del trabajo del parto debido a cicatrices y rigidez del mismo. También puede predisponer a los abortos de repetición y a los partos prematuros por posible incompetencia del cuello uterino.

Louis Phaneuf citado por Hunter (10) sostiene que si una paciente sufre una amputación extensa del cuello uterino no debe permitirse que tenga el parto por vía baja debido al peligro constante de una ruptura uterina y también por la elevada mortalidad fetal; contrariamente la recidiva del prolapso después de los partos subsiguientes es rara: 1%.

EMBARAZOS

En el momento del control 6 pacientes se encontraban embarazadas. Una de ellas presentaba un rectocele de tercer grado y otra un embarazo tubárico roto. Seis pacientes más refirieron que tuvieron sus partos por vía natural sin complicaciones y en ellas no existía recurrencia del prolapso.

Una paciente refirió haber tenido dos abortos consecutivos y luego un parto prematuro; tal vez se debió a una incompetencia del cuello uterino, tampoco existía recurrencia del prolapso.

Otra paciente relató haber tenido un parto por vía vaginal; en el momento del examen se encontró un prolapso genital de tercer grado (citado en el Cuadro Nº 16).

Otra paciente presentó un aborto; luego un parto por vía natural sin complicaciones; no existía recidiva del prolapso.

Otra paciente había presentado un aborto de causa no determinada.

A 6 pacientes se les había practicado cesárea por dificultad en la dilatación del cuello en el momento del trabajo del parto.

De los 330 casos controlados por Hunter (10): 32 mujeres en edad de la procreación tuvieron tres embarazos; dos de éstas terminaron con feto muerto: uno después de un parto terminó por fórceps dificultoso; otro por hemorragia antes del parto. La otra mujer presentó un parto normal al octavo mes del embarazo.

L. Neuhans (15) revisó 326 operaciones de Manchester con amputación de cuello y 49 amputaciones simples del mismo en la Clínica de Mujeres de la Universidad de Wurzburg en un período de 10 años y encontró que de las 67 pacientes que se hallaban en la edad de la procreación, 21 quedaron embarazadas después de haber sido operadas de Manchester con amputación del cuello uterino. De los 21 embarazos cinco terminaron en abortos; dos

presentaron partos prematuros y once llegaron a término. Tres pacientes se encontraban embarazadas en el momento del examen.

En 290 controles revisados por Carl-Olof-Danielsson (16) en un número de 515 pacientes de las cuales 324 fueron intervenidas de Manchester, ocurrieron 17 embarazos de los cuales once llegaron a término, se presentaron dos partos prematuros, un aborto terapéutico, un aborto espontáneo, un aborto criminal y un embarazo extrauterino. Se practicaron además dos cesáreas: una para proteger la plastia vaginal y otra por placenta previa.

En el XVI Congreso Británico de Obstetricia y Ginecología de 1955 se revisaron las estadísticas de dos clínicas y se encontró que en un 18% de los casos se practicó cesárea, en su mayoría electiva pero en un 5% de los casos se recurrió a ella al faltar la diltación del cuello después de un parto laborioso. Se registraron dos casos de muerte materna y dos de ruptura uterina durante el parto. La mortalidad fetal fué de 18%.

MORTALIDAD

La operación de Manchester es una de las intervenciones ginecológicas con un menor porcentaje de mortalidad.

En este trabajo solamente se presentó un solo caso (0.3%) a los 5 días de intervenida. Se trataba de una paciente de 45 años de edad la cual hizo en el post-operatorio una infección y dehiscencia de las suturas de las colporrafias. En la autopsia se encontró una peritonitis generalizada severa; edema y congestión pulmonar; insuficiencia cardíaca congestiva; tuberculosis pulmonar activa y uremia. La fotofluorografía preoperatoria había sido negativa para tuberculosis pulmonar. Consideramos este caso como una muerte no prevenible.

En los 380 casos estudiados por Gordon (8) se presentó un solo caso de muerte. Se trataba de una paciente de 74 años de edad la cual murió tres semanas más tarde de una falla renal. Otros autores extranjeros (3, 9) encontraron que la mortalidad oscila entre el 0.4% al 0.7%.

Creemos que la mortalidad se reducirá a 0% en un futuro no lejano, estudiando mejor a las pacientes desde el punto de vista cardio-vascular, respiratorio, renal etc., preparándolas adecuadamente antes de someterlas al acto quirúrgico; practicando

una técnica quirúrgica cada vez más cuidadosa y tratando de evitar las complicaciones post-operatorias.

Para terminar, varios autores como Wood (19); Conger y peettel (3) conceptúan que los resultados obtenidos de las operaciones de Manchester y de Histerectomía Vaginal son muy similares en el tratamiento del prolapso genital.

RESUMEN

1º — En forma detallada se analizan y comentan los resultados obtenidos en el estudio estadístico de 315 operaciones de Manchester practicadas en el servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá en un lapso comprendido entre el 1º de Enero de 1955 y el 31 de Julio de 1961.

2º — Se estudiaron todos los factores que pueden considerarse de algún interés en el prolapso genital tratado por medio de la operación de Manchester así: edad; paridad; cirugía pélvica previa; grados de prolapso; estado del cuello; estudios preoperatorios; técnica quirúrgica; operaciones asociadas; accidentes operatorios; uso de antibióticos; residuo vesical post-operatorio; estadía hospitalaria y post-operatoria; anatomía patológica; controles y mortalidad.

3º — Se presenta la bibliografía más reciente sobre el tema.

CONCLUSIONES

1º — La operación de Manchester tiene indicaciones precisas en el tratamiento del prolapso genital, particularmente en las jóvenes en quienes es importante conservar las funciones menstrual y generativa, constituyendo ésta una de sus principales ventajas.

2º — El factor multiparidad no es la causa principal en la producción del prolapso genital aunque sí coadyuvante. Tiene más importancia el traumatismo del parto por la lesión anatómica o funcional de cualquiera de los órganos de vecindad que éste haya podido ocasionar. Las pacientes a quienes se aplicó fórceps refirieron la aparición del prolapso como efecto inmediato a dicha intervención. El mayor porcentaje de prolapsos se presentó en pacientes que habían tenido un solo parto (17.1%), lo cual le da más valor a la hipótesis etiopatogénica del prolapso como consecuencia de la menor resistencia constitucional de los tejidos conjuntivo y muscular del piso pélvico y de la pared abdominal.

3º — Un mayor cuidalo post-operatorio así como una cuidadosa hemostasis en el acto quirúrgico contribuirán a evitar las complicaciones infecciosas y hemorrágicas de esta operación.

4º — La incidencia de carcinoma de cuello y de cuerpo uterino asociado al prolapso genital es muy baja entre nosotros. Estas cifras son similares a las reportadas por otros autores: 0.7% para el Ca. de cuello y 0% para el del cuerpo. Es criticable el escaso número de exámenes especiales que se realizaron en estas pacientes (biopsia de cuello y de cuerpo uterino; citología vaginal etc.) ya que hubieran sido útiles para diagnosticar los pocos casos de Ca. Intraepitelial encontrados.

5º — Las complicaciones operatorias fueron del 8.2%. Se hubieran podido evitar, por lo menos en parte, con el mayor cuidado en la técnica quirúrgica.

6º — La incidencia de complicaciones post-operatorias fué del (53.9%). El mayor porcentaje se debió a la cistitis (14.3%) motivo por el cual empleamos sulfas de rutina desde el primer día post-operatorio con el fin de disminuír el factor irritativo que sobre el trígono vesical produce la sonda a permanencia. Además retiramos la sonda entre el tercero y quinto días post-operatorio para tratar de animar la infección vesical que puede originar una sonda colocada por largo tiempo. Somos partidarios de los ejercicios vesicales post-operatorios con el fin de que la vejiga poco a poco recobre su tono normal.

En cuanto a las complicaciones infecciosas aconsejamos una adecuada preparación de la paciente y una hemostasis cuidadosa en los tiempos del acto quirúrgico.

7º — El porcentaje de morbilidad fué del 23.5%.

8º — Se usaron en el 81% de los casos, antibióticos de manera profiláctica. Consideramos esta conducta errada pues la aplicación de ellos en forma indiscriminada conduce a la formación de cepas de gérmenes antibiótico-resistentes y contribuye a que el costo de la permanencia hospitalaria de cada paciente sea más elevado. En la última parte de este estudio los prescribimos únicamente en los casos de morbilidad comprobada.

9º — Se presentó un solo caso de mortalidad (0.3%); cifra bastante baja y que está de acuerdo con la de otros autores ex-

tranjeros, lo cual indica que la operación de Manchester tiene poco o ningún riesgo quirúrgico y complicaciones fáciles de tratar.

BIBLIOGRAFIA

1º AMOROCHO C. JORGE: **Algunas modificaciones a la corrección del Prolapso Genital.** Rev. Col. de Obst. y Ginec. Vol. 3 1952.

2º APARICIO J. ARTURO: **Comentarios sobre 154 casos de prolapso genital.** Presentado al 2º Congreso de Cirugía de Medellín. 1951. (Inédita).

3º CONGER G. KEETTEL W.: **The Manchester-Fothergill Operation. Its place in gynecology.** Am. J. Obst. Gynec. **76,** 634. 1958.

4º CURTIS H. TYRONE: **Procidentia of the uterus.** Ann. Surg. **145**: 963. 1957.

5º DANIELSSON, FRANKSSON and PETERSEN: **Stress Incontinence following the Manchester Operation for prolapse.** Am. J. Obst. and Gynec. **74.** 221. 1957.

6º JARAVA FRANCISCO: **Operación de Fothergill para el tratamiento del Prolapso Genital.** Tesis para el doctorado en Medicina y Cirugía de la Universidad Nal.

7º GORDON R.: **Manchester Operation for the treatment of uterine prolapse.** Clinical Obst. and Gynec. 4:179. 1960.

8º GORDON CH. GORDON R.: **A discusion of the Manchester Operation.** Am. J. Obst. and Gynec. **74**: 392 1957.

9º GIBSON G.: **Repair of Genital Prolapse.** Am. J. Obst. Ginec. **78.** 1.275. 1959.

10 HUNTER J. **Intervención de Manchester-Fothergill. Progresos de ginecología de Meigs.** Vol. II Edit: Científico Médica. Barcelona 1958.

11 JOHNSON G. G.: **An analisis of 6.891 Histerectomies for benign pelvic disease.** Am, J. Obst. and Gynec. **71**: 515. 1956.

12 LAPIDES J.: **Structure and Function of Internal vesical sphincter.** J. Urol. **80**: 341. 1958.

13 LAPIDES J.: **Urinary Incontinence.** The Medical Clinic of North America. **43**: 1.629. 1959.

14 MUÑOZ J. J., PATIÑO J. F. y colaboradores: **Uso indiscriminado de Antibióticos en Cirugía.** Unidia. **6**: 89. 1959.

15 NEUHANS L.: **Efecto de la operación de Manchester y Amputación simple del cuello sobre la gestación.** Year Book do Obst. and Ginec. Greenhill 376. 1959.

16 OLOF-CARL-DANIELSSON: **Prolapse of uterus and vagina. Clinical and Therapeutic.** Acta Obst. et Gyn. Scandinav. 36. 1957.

17 SALOMONS E.: **The cure of uterine prolapse with special reference to the Manchester Operation.** Am. J. Obst. and Gynec. **70**: 515. 1955.

18 TE LINDE R.: **Prolapso uterino. Ginecología Operatoria.** Editorial José Bernades. Buenos Aires. 1958.

19 WOOD: Year Book of Obst. anl Gynec. Greenhill Edit. M. J. Australia 2: 287. 1957.