CIRUGIA DEL PROLAPSO GENITAL

Dr. Fabio Henao Arango

Dr. Hernán Restrepo Ramírez

Dr. Néstor Amorocho Pedraza

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI - 1958-1964

Introducción

Entre las Entidades Ginecológicas que requieren tratamiento quirúrgico, la más frecuente en nuestro medio, es el Prolapso Genital.

Al hacer la elección del método adecuado para su corrección, hay que considerar cada caso como un problema individual y fuera de los hallazgos del examen general, se debe dar la importancia que merece como factor preponderante al motivo de consulta y la evaluación ginecológica.

En el presente trabajo mostramos una revisión de diversas técnicas quirúrgicas empleadas en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali, buscando la evolución que ha tenido este grupo médico en el manejo del prolapso, efectuando además una autocrítica sobre lo realizado, que servirá como punto de comparación o referencia para la continuación de esta revisión, que se sigue elaborando, para ser presentada y publicada en un futuro próximo.

Material y Métodos

En el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali, en el lapso comprendido entre Enero de 1958 y Diciembre de 1964, se efectuaron 908 intervenciones quirúrgicas para la corrección del prolapso, utilizando muy diversas técnicas, tanto por vía vaginal como abdominal.

Intervenciones (Cuadro 1)

Tenemos las intervenciones agrupadas por años, en donde notamos que en 1958 se trataron 51 pacientes usando la técnica de Manchester-Fotherqill, cifra que corresponde al 75% de los casos del año; 6 casos de Histerectomía Vaginal para 8,83%, dos tipo Spalding-Richardson para 2,94% y 3 casos de Colporrafias para 4,41%. Si pasamos al año de 1964, vemos como los porcentajes varían y el correspondiente al Manchester-Fothergill 41,31%, ha disminuído considerablemente en favor de la histerectomía vaginal y colporrafias que suman 46,95%. En este momento, si hacemos un análisis retrospectivo, creemos que el aumento progresivo en favor de la Histerectomía, se debe a una mayor familiaridad con la técnica operatoria y a indicaciones más precisas para su empleo. Sin embargo creemos que se ha debido usar en su mayor número de casos en la serie que estamos presentando.

CIRUGIA DEL PROLAPSO GENITAL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. CALI_1958_1964 INTERVENCIONES POR AÑO

TIPO DE INTERVENCIONES	1.958	1.959	1.960	1.961	1.962	1.963	1.964	TOTAL
	No. %	No. %	No. º/ø	No. %	No. °/	No. °/	No. °/	No. º/o
MANCHESTER FOTHERGILL	51 75.00	40.49.38	48 53.93	60 51.28	76 48.10	57 31.32	88 41.31	420. 46.2
HISTERECTOMIA VAGINAL	6 8 .83	14.82	17.98	12 10.26	34 21.52	79 43.40	6731.46	226. 248
SPALDING RICHARDSON	2.94	14. 82	8 8 .99	14.53	8 5.06	8.24	31.41	65 7.16
COLPORRAFIAS	3 4.41	8.64	7.86	1 9.40	12.03	6.04	33 5.49	10.02
TRAQUELORRAFIAS	_	1. 23		2 1.71	2.53	3 1.65	_	0 1.10
INTERPOSICIONES	1. 47	_	2 2.25	5 4.27	2.53	3 1.65	4 1. 88	2 .09
CORRECCION PROLAPSO POST_ QUIRURGICO	2 2.94	_	2.25	32.56	3 1. 90	2.20	5 2.35	2.09
CLEISIS	3 4.41	2 2.47	5.62	32.57	6 3. 80	3 1.65	6 2.82	3.09
UTEROSACROFIJACION	_	8.64	1.12	_	2.53			3.30
TOTAL	68 100%	8/ 100%	89 100%	117 100%	158 100%	182 100%	213 100 %	908 100 9

En relación a la técnica de SpaldingRichardson, se observa que la tendencia (Cuadro) en el lapso de los 7 años tiende a conservarse igual hasta 1964, disminuyendo considerablemente en los siguientes, para mostrar finalmente en 1964 un porcentaje de utilización del 1,41%.

En cuanto a las interposiciones usamos las técnicas de Watkins y Ealban, con un objetivo primordial, como fue la incontinencia de orina en pacientes en quienes se presentaba este síntoma muy marcado asociado a prozlapso y edad avanada.

En la corrección del prolapso de cúpula se tuvo en cuenta en este grupo la conservación de la función sexual. Se hizo uso de diversas técnicas, tanto por vía vaginal, como abdominal fijándola a pared o al sacro.

En las Cleisis indistintamente se usó la cleisis total o la parcial (Lafort), en pacientes de mayor edad.

La úterosacrofijación se empleó en pacientes que por sus condiciones requerían un acto de corta duración, o en quienes por el estado de la vagina hubiesen requerido un tratamiento preoperatorio muy prolongado.

Anestesia

El tipo de anestesia usado fue de tipo conductivo en 835 casos para un 92% y general en 73 para un 8%.

Edad (Cuadro 2)

La paciente de menor edad, tenía 19 años y se le practicó un Manchester-Fothergill y la de más edad tenía 86 años y la intervención efectuada fue una Cleisis (Lefort).

Vale la pena hacer notar en el Manchester-Fothergill el número de casos tan alto en pacientes de más de 45 años de edad, comparándolo con la histerectomía vaginal, para los mismos grupos.

Paridad (Cuadro 3)

Se destaca en el cuadro los grupos de 1 a 3 y 4 a 6 que alcanzan el 50,77% del total de casos y las dos columnas de los extremos, o sean las nulíparas y grandes multízparas que muestran porcentajes bajos y sensiblemente iguales.

Analiando un poco más, también creemos que el factor paridad, era un determinante para efectuar una histerectomía, frente a un Manchester-Fothergill.

Mcrbilidad (Cuadro 4)

Lo más predominante en todo este grupo de pacientes con prolapso, en las cuales para su corrección se utilizaron diversas técnicas, fue la retención de orina, que estuvo ausente, como parece lógico, en las traquelorafias. Se presentó en 261 casos del total de 908, correspondiendo al 28%. En el Manchester-Fothergill el porcentaje se elevó al 17,2% del universo de los casos; en la histerectomía vaginal 7,2% y 2% en el Spalding; en los restantes fue del 1% o menos.

El segundo grupo corresponde a hematomas y abscesos para un total de 54 casos o sea un 6%, como era de esperarse el mayor número corresponde a Histerectomía Vaginal.

Las fístulas fueron de tipo uretrovaginal para un total de 6 casos para 0,6%, lo mismo que las hemorragias y/o shock, cifra que consideramos baja, sobre todo en el grupo de histerectomías.

Mortalidad (Cuadro Nº 5)

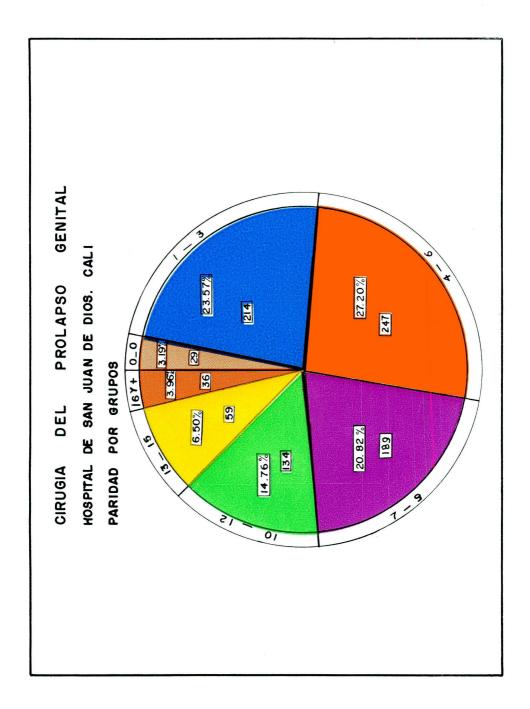
La mortalidad total fue del 0,8% para 8 casos.

CIRUGIA DEL PROLAPSO GENITAL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. CALI_ 1958_1964 GRUPOS DE EDAD E INTERVENCION. CUADRO#2

TIPO DE INTERVENCION	15_24	25_34	3 5_4 4	45-54	55 ₋ 64	65_Y ∔	TOTAL
FOTHERGILL	8 57.14	78.33	95-49.74	02_42.68	82_37.28	52.38.52	420. 46.26
HISTERCTOMIA VAGINAL	_	2.06	21.03	67_28.03	<mark>78</mark> _34.21	38 _28.i5	226 . 24.89
SPALDING RICHARDSON	_	3.09	20_10.26	27. 11 .30	6.14	0.74	65 7. 16
COLPORRAFIAS	3.21.43	9_9.28	27.11.79	20_8.37	25_ 10.96	11 8,15	91. 10.02
TRAQUELORRAFIAS	2. 14 .29	2_2.06	4 2.05	0.41	_	0.74	1.10
INTERPOSICIONES	_	3_3.09	5 2.56	2 . 93	2 0.88	<mark>2</mark> _1.48	19. 2.09
PROLAPSO_POST_QUIRURGICO	-	_	2_ 1.03	8 3.35	8. 3. 51	0. 74	19. 2.09
CLEISIS	-	_	_	3 1.26	9-3.95	16 _ II. 85	28. 3.09
UTEROSACROFIJACION	7. 14	2 .06	3.1.54	4.1.67	7. 3. 07	13_ 9 .63	30. 3.30
		97	95	239	22 B	(3)	908 . 100%

CIRUGIA DEL PROLAPSO GENITAL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. CALIL 1958_1964 PARIDAD POR GRUPO E INTERVENCION. CUADRO#3

TIPO DE INTERVENCION	0	1_3	4_6	7_ 9	10_12	13_15	16 Y +	TOTAL
MANCHESTER FOTHERGILL	9	93	123	82	70	28	15	420
HISTERCTOMIA VAGINAL	9	47	5 2	54	36	16	12	226
SPALDINGRICHARDSON	0	17	17	۱9	7	3	2	65
COLPORRAFIAS	4	25	28	17	9	5	3	9 1
TRAQUELORRAFIAS	_	5	1 2	3	0	1	_	10
INTERPOSICIONES	2	4	7	0	3	2	1	19
PROLAPSO POST_QUIRURGICO	1	3	4	4	3	3	1,	19
CLEISIS	1	10	8	3	4	_	2	28
UTEROSACROFIJACION	3	10	7	7	2	1	_	30
TOTAL	29	214	247	189	134	59	36	908
	3.19 %	23.57	27.20%	20.82	14.76	6.50	3.96%	100%
								-



CIRUGIA DEL PROLAPSO GENITAL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. CALI_1.95 8_1964 MORBILIDAD

		-		1		,
	RETENCIÓN ORINA	HEMATOMAS Y ABCESO	FISTULAS	HEMORRAGIAS Y/O SHOCK	BRONCONEOMO_ NIA	PERITONITIS
FOTHERGILL	157	12	_	_	_	_
HISTERECTOMIA VAGINAL	66	30	3	2	1	1
SPALDING RICHARDSON	19	4	2	2	1	_
COLPORRAFIAS	12	3	_	1	_	_
TRAQUELORRAFIAS						
INTERPOSICIONES	6	3	ı	ı	_	_
PROLAPSO_POST_QUIRUR.	2	1	_	_	_	_
CLEISIS	1	1	_	_	_	_
UTEROSACROFIJACION	_	_	_	_	_	_
TOTAL	263	5 4	6	6	2	1

332 = 36 %

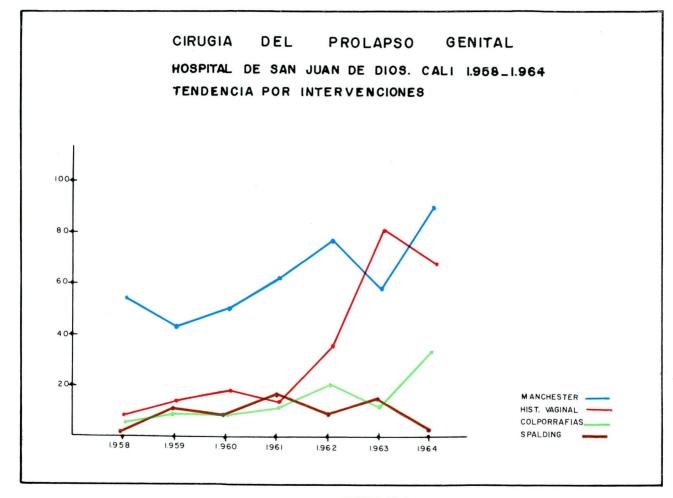
CIRUGIA DEL PROLAPSO GENITAL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. CALI_1.958_1.964 MORTALIDAD

	TOTAL DE CASO	No.	°/。
FOTHERGILL	4 2 0	3	0. 7
HISTERCTOMIA VAGINAL	2 2 6	3	1.3
COLPORRAFIAS	9 1	ı	1.1
PROLAPSO_POST_ QUIRURGICO	19	1	5.2

908 CASOS

8 MUERTES

0.8 %



En las pacientes en quienes se usó el Manchester-Fothergill se presentaron 3 muertes o sea el 0,7%; la causa de ellas fué úlcera gástrica sangrante 1 caso y 2 de peritonitis. En las pacientes de Histerectomía Vaginal hubo 3 muertes para el 1,3%, presentándose 1 caso de peritonitis, 1 absceso subfrénico y 1 insuficiencia renal aguda, este último caso se repitió en las colporrafias (1,1%), en los prolapsos post-quirúrgicos se presentó una muerte por oclusión intestinal.

Anatomía Patológica

Vale la pena anotar los más importantes hallazgos anatomopatológicos post-operatorios encontrados.

En el lapso analizado, se usaba poco la citología pre-operatoria de rutina.

Así encontramos en el Manchester-Fothergill:

2 casos de carcinoma de cérvix invasivo, 1 de ellos recibió tratamiento quirúrgico y el otro no fue tratado por no haber sido posible localizar la paciente.

2 casos de displasia, que consideramos tratados.

En la histerectomía vaginal:

1 adenocarcinoma del endometrio.

1 CA. de Cérvix In Situ.

1 CA. de Cérvix invasivo, paciente que fue enviada a radioterapia.

1 TBC. endometrial.

En el Spalding-Richardson:

3 displasias.

Controles y Resultados

Este grupo de pacientes fue controlado entre 1 y 84 meses, por grupos de intervenciones y los podemos analizar así:

Manchester-Fothergill.

Casos controlados 251 para 60% Casos no controlados 169 para 40%

Los hallazgos fueron:

9 rectoceles, 4 cistoceles y 2 cistorectoceles, esto dá un total de 15 casos o sea 5,9% de reproducción de celes sobre el total de casos controlados

Histerectomía Vaginal.

Casos controlados 134 para 60%

Casos no controlados 92 para 40% igual al anterior.

Los hallazgos fueron:

7 prolapsos de cúpula

7 rectocele

3 cistocele

1 cistorectocele

Total 18 casos para un 13,3% del total de casos controlados.

Spalding-Richardson:

Casos controlados 46 - 70%.

Casos no controlados 19 - 30%, se encontraron 7 casos que presentaban cistorectocele, rectocele 2 y cistocele 1, esto equivale a que el 7% de los casos presentó algún grado de reproducción.

Interposición.

Casos controlados 10 para 55%.

Sólo 1 acusó como síntoma dispareumia.

Colporrafias.

Controlados 77 - 84,6%.

No controlados 14 - 15,4%.

Sólo se encontró 1 rectocele en las pacientes controladas.

Prolapso Post-quirúrgico.

Encontramos 1 prolapso de cúpula reproducido, al cual posteriormente se le practicó una cleisis.

Comentarios

Consideramos que para el lapso en el cual se llevó a cabo esta revisión se practicaba cirugía conservadora sin tener muy en cuenta la edad y la paridad de las pacientes.

Actualmente estos parámetros, tienen la validez que les corresponde para definir el tipo de cirugía adecuada según el caso, tendiente a corregir el prolapso.

No obstante la consideración anterior el número porcentual de intervenciones practicadas a nulíparas (3,19%) es bastante similar a la cifra que corresponde a las grandes multíparas (3,96%), lo cual está de acuerdo con el procedimiento quirúrgico efectuado a unas y otras pacientes, teniendo como factor de referencia la edad.

Fue y sigue siendo norma del Servicio de Anestesia del Hospital de San Juan de Dios de Cali, que las pacientes en quienes esté indicada cirugía vaginal, reciben anestesia conductiva. Se observa que este tipo de anestesia tiene buena aceptación por parte de las pacientes, ha sido para nosotros casi exenta de complicaciones, además de ser un método de bajo costo para el medio hospitalario.

Los autores anotan que en lo referente a mortalidad y morbilidad global, de acuerdo a las cifras porcentuales presentadas (0,8% y 36%), no son superiores, comparadas con otros estudios similares.

Ante la baja incidencia del prolapso de cúpula vaginal (5,92%) y celes (7,9%) en la histerectomía vaginal consideramos que es una técnica que reúne los requisitos, para convertirse en la técnica de mayor utilización en la corrección del prolapso genital, habidas consideraciones de cada caso en forma individual.

Estamos convencidos, que en el fomento actual la histerectomía vaginal, en manos de cirujano con suficiente entrenamiento, puede efectuarse en cualquier grado de prolapso.

Este es un informe que corresponde a la primera parte de la revisión de la cirugía del prolapso genital en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali, que en el momento se continúa analizando, y está programado hasta el año de 1975.

Conclusiones

1º Los autores analizan 900 intervenciones efectuadas en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de Cali, en el período comprendido entre 1958 y 1964 inclusive.

2º El análisis abarca desde la Colporrafia Simple anterior o posterior, hasta la Histerectomía con algunas modificaciones en técnica, sin dejar de lado las ya conocidas técnicas de Spalding, Watkins, Halban, Lefort, sacro y ventro fijaciones de útero o cúpula.

3º Se muestra la evolución de la cirugía del prolapso, tendiente cada vez más a la histerectomía, frente a otras técnicas reparativas conservadoras.

4º El prolapso de cúpula vaginal post-operatoria de esta revisión se presentó durante el primer año, su incidencia es tan baja que permite recomendar la técnica de histerectomía, frente a otras intervenciones, como el Spalding.

- 5º Las operaciones de interposición (Watkins y Ealban), se efectuaron en casos de incontinencia urinaria de mínimo esfuerzo, en procura de corregir el problema urinario antes que obtener una plastia vaginal.
- 6º El Manchester-Fothergill que tuvo tanta aceptación, está reservado para caso muy definido de acuerdo a la expectativa obstétrica.

7º Los autores consideran que la Histerectomía Vaginal se puede efectuar ante cualquier grado de prolapso y la recomiendan como cirugía de elección a cualquier edad, previa consideración de paridad y siempre que el porcedimiento sea aceptado por la paciente.

Summary

- 1. The authors analyze 900 operations performed at the Gynecology Service of the Hospital de San Juan de Dios, in Cali, in the period between 1958 and 1964 inclusive.
- 2. The analysis covers from the simple antepartum or postpartum colporrhaphy to the hysterectomy with some technical modifications,

without leaving aside techniques already known such as Spalding's, Watkin's, Halban's, Lefort's, sacro and ventro uterus or cupola fixations.

- 3. The evolution of the prolapse surgery is shown, increasingly tending towards hysterectomy facig other repairing conservative techniques.
- 4. The post-operatory vaginal cupole prolapse of this review appeared during the first year; its incidence is so low that it allows the recommendation of the hysterectomy technique compared with other operations such as those performed with the Spalding's technique.
- 5. Interposition operations (Watkins and Halban) were done in cases of urinary incontinence of minimum effort, trying to correct the urinary problem before pursuing vaginal plastic reconstruction.
- 6. The Manchester-Fothergill that was so well accepted is reserved for specific cases in accordance to the obstetrics expectancy.
- 7. The authors consider that vaginal hysterectomy can be undertaken at any degree of prolapse and they recommend it as selective surgery at any age, bearing in mind previous parity and always provided that the procedure is accepted by the patient.