

# **UNA TECNICA QUIRURGICA PARA CORREGIR EL PROLAPSO DE LOS ORGANOS PELVICOS**

**Autores:**

**Dr. Rafael José Francisco Mora Acevedo**

**Dr. Julián Medina Rivera.**

Realizado en el Hospital San Rafael de Tocaima (Cund.) 1976-77.

Los autores desempeñan los cargos de Médicos de Planta de este Hospital.

---

## INTRODUCCION

Describimos una técnica quirúrgica para corregir el prolapso genital.

Se desarrolló teniendo como objetivos: la obtención de resultados satisfactorios permanentes, una técnica de fácil y rápida realización, de riesgo quirúrgico bajo, con complicaciones post-operatorias mínimas y que preserva la disposición anatómica de los órganos en la cavidad pélvica y sus diversas funciones.

Se empleó en éste trabajo material sintético inabsorbible (Silastic reforzado con Dacrón en lámina).

Enumeramos a continuación las técnicas que se han utilizado, hechas por vía abdominal y en las que se emplea algún material especial de reparo.

En 1890 H. T. Byford eleva la pared vaginal anterior usando seda que lleva a través del canal inguinal en la región del tejido celular posterior del pubis.

En 1904 F. H. Willam introdujo una operación para la reducción del prolapso uterino con el uso de tendón de canguro, realizando con éste una jareta alrededor del útero, a nivel de los ligamentos redondos; ésta suspensión fué seguida por reparo de la pared vaginal posterior.

En 1919 J. B. Young suspendió el útero al sacro usando suturas de lino para corregir tanto el prolapso del útero como el prolapso vaginal.

En 1941 D. Chais, Jr. introduce el uso de tiras de cat-gut como una prótesis para la suspensión del útero prolapsado.

En 1959 Durfee R. B. introduce un procedimiento modificado de Marchetti para reparo suprapúbico de la pared vaginal anterior relajada con material de sutura permanente.

En 1964 W. H. Fergusson inicia el uso de malla de Marlex para el reparo del prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía.

En 1966 E. H. Breyer trata el prolapso vaginal post-histerectomía con Dacrón.

En 1966 Durfee R. B. corrige el prolapso uterino con Dacrón.

## METODOS

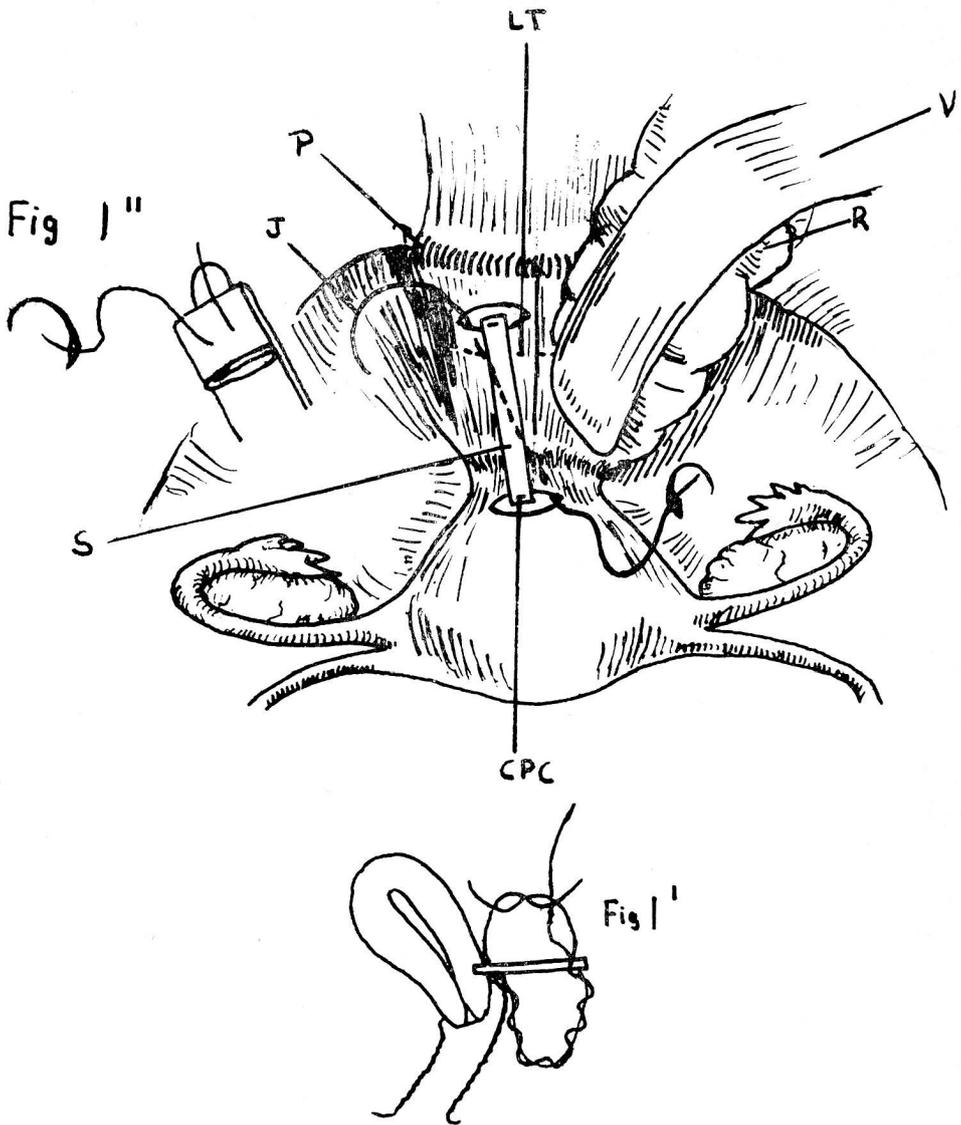
Se intervinieron 15 pacientes con la técnica descrita a continuación.

Incisión de Pfannestiel hecha unos 2 ó 3 centímetros debajo de la línea que une las crestas ilíacas anterosuperiores y se prolonga 3 centímetros por fuera del borde de los rectos.

Al abrir la vaina de los rectos la sección se debe extender 3-4 cms. por fuera del borde externo comprometiendo las aponeurosis del oblicuo mayor, menor y transverso (Fig. 3A-B-C). Se aprecia entonces la fascia transversal y el peritoneo (Fig. 3 FT y P) a cada lado de los rectos abdominales (Fig. 3-D). Por éste sitio se practicará posteriormente un canal sub-peritoneal hasta el útero.

Se termina la apertura de la pared abdominal según la técnica de Pfannestiel.

Se debe obtener un campo operatorio con amplia visibilidad en especial para realizar el reparo posterior que es profundo y que se hace en primer lugar como se describe a continuación:



El ayudante tracciona hacia adelante el útero; con una valva se rechaza el recto hacia la izquierda (Fig. 1-V). Se reconocen por palpación sobre el sacro, en la línea media, el promontorio y hacia abajo las líneas elevadas transversales (Fig. 1-LT) que corresponden a la soldadura de las vértebras sacras, notoria en las personas jóvenes (16): hacia los lados las ramas anteriores de los nervios sacros y la cadena del simpático más difícil de determinar por palpación. Dos a tres centímetros debajo del promontorio,

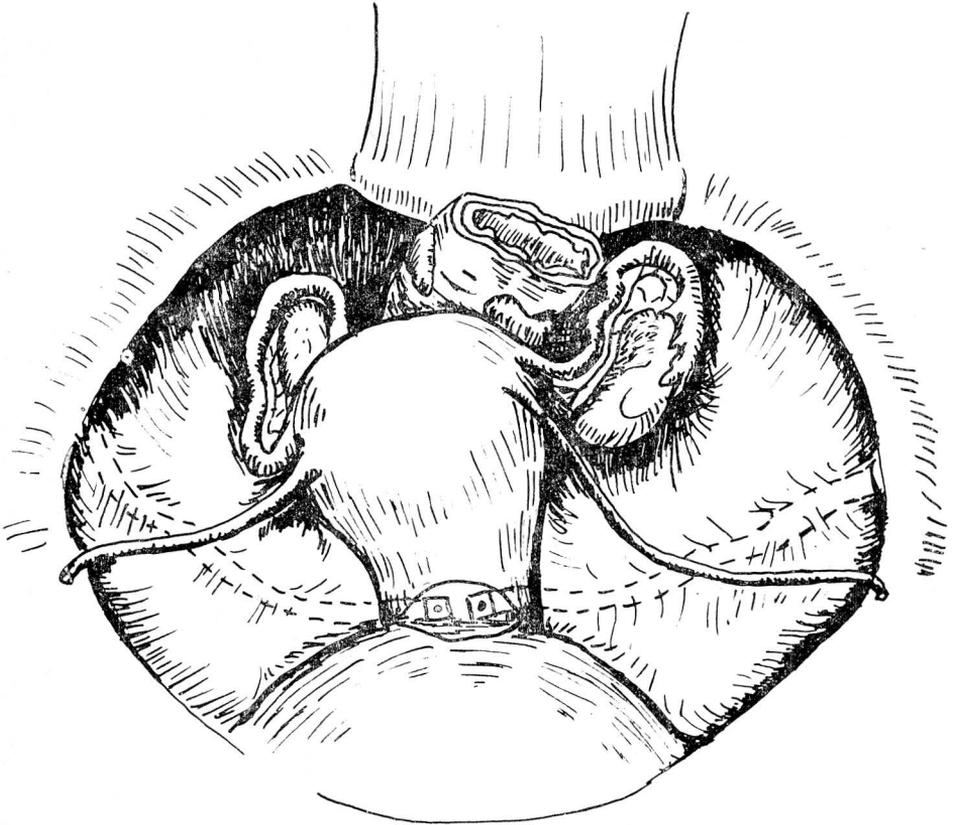
sobre la primera vértebra sacra y a 0,5-a cms. de la línea media se abre un ojal en el peritoneo y se fija la tira de silastic o Dacrón (Fig. 1-S) en ese punto, al ligamento vertebral común anterior, con seda N° 1 o Dacrón. Sobre la cara posterior del cuello uterino (zona extravaginal o superior del cuello) (16) se abre un ojal en el peritoneo (Fig. 1-CPC). Se procede a pasar, con seda N° 1 o Dacrón, una jareta que se inicia en el borde del ojal peritoneal del sacro y termina en el ojal peritoneal del cuello y que toma solamente el peritoneo del fondo de saco de Douglas (Fig. 1-J), Se fija con Dacrón o seda el otro extremo del Silastic al cuello uterino en el sitio descrito (Fig. 1-CPC). Se cierra entonces la jareta anudando sobre la tira de Silastic (Fig. 1) y se peritoniza con cat-gut para acabar de recubrir el material de reparo.

Para la suspensión anterior el ayudante tracciona el útero lateralmente y hacia afuera de modo que las hojas peritoneales del ligamento ancho del lado opuesto se eleven y tensionen y permitan al cirujano labrar con ayuda de una pinza de Rochester en canal sub-peritroncal a partir del sitio descrito atrás (apertura de la pared) (Fig. 3) y que va a terminar en la cara anterior del útero, en el punto de reflexión útero-vesical del peritoneo que corresponde al istmo (15) (Fig. 2). Se abre un ojal para que la punta de la pinza pueda salir y se toma con ésta la tira de Silastic que se deja en su sitio al retirar la pinza. Se fija con seda al istmo. Se procede de igual forma al otro lado. Se peritoniza.

No.	HALLAZGOS			RESULTADOS	No. Meses Control	COMPLICACIONES	INCONTINENCIA	
							Preop.	Post.
1	P3	C3	R3	R 0-1	8	Vejiga Neurogena	SI	NO
2	P3	C3	R3	Normal	6		NO	NO
3	P3C.E.C3	R3		Cistocele 1-2	6	Flebitis x venoclisis	NO	NO
4	P1	C2	R2	R - 1	6		NO	NO
5	Pro. C3.	útero atrof.		C - 1	5	Dehiscencia sutura p.	NO	NO
		" "						
6	P3	C3	R1	NORMAL	4	sensación tirantéz lado izq.	SI	NO
7	Pro.	C3	R2	NORMAL	4		NO	NO
8	P3	C3	R3	C-1-2	2		NO	NO
9	Pro.	C3	R3	NORMAL	8		SI	NO
10	P3	C3	R3	NORMAL	10		NO	NO
11	P3. C3. R3.	útero atrof.		C - 2	12		NO	NO
12	P3C.E. C3	R3		NORMAL	6		NO	NO
13	P1	C2	R2	NORMAL	6		NO	NO
14	Pro. C3. R3.	útero atrof.		C - 1	5		NO	NO
15	P3	C3	R1	NORMAL	4		NO	NO

Clave: P=Prolapso uterino. C=Cistócele. R=Rectocele. C. E.=Cuello Elongado.

Figura 2



Se lleva el útero hacia arriba para determinar la altura a que debe quedar fijo el otro extremo del Silástico sobre la cara interna de la aponeurosis del Oblicuo Mayor (Fig. 3-E). Este punto queda cerca (1-2 cms.) de la espina iliaca anterosuperior, al mismo nivel o por encima (Fig. 4-RA).

En la suspensión anterior se debe tener en cuenta si el cuello uterino está elongado o si se trata de una procidencia severa ya que en estos casos el punto de fijación se hará en el cuello y no en el istmo y por lo tanto se necesita disecar vejiga del útero. En éstos casos en general, el otro extre-

mo del silastic se fija por encima de la espina iliaca anterosuperior.

Nota: La tira de Silastic utilizada se aplicó en tres capas y sus extremos se doblaron en el sitio donde se pasó la seda como lo muestra la figura N<sup>o</sup> 1. La tira posterior es siempre de 2.5 cms. y las sedas de fijación son largas y se colocan antes de iniciar el reparo.

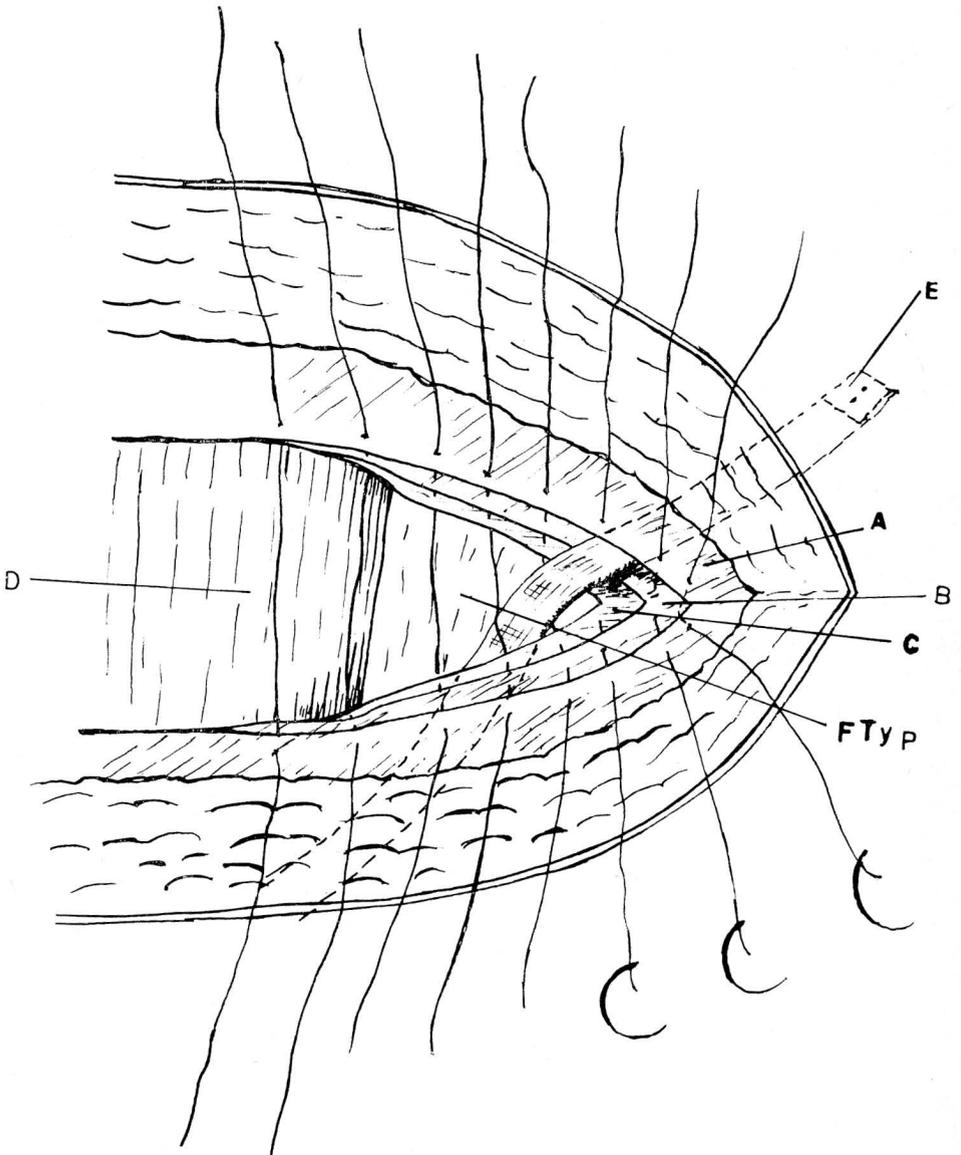


Figura 3

### Consideraciones Anatómicas.

Con ésta técnica el útero queda suspendido de las estructuras óseas de la pelvis ya que el amarre sobre la aponeurosis del oblicuo mayor se hace muy cerca de la espina iliaca anterosuperior y sobre el ligamento vertebral común anterior. El útero tiene 3 puntos de fijación: dos anteriores, sobre el istmo o el cuello (Fig. 2) y una posterior sobre el cuello (Fig. 1-CPC). Con éstas consideraciones las recidivas deben ser mínimas o nulas y en cualquier caso menores que en las operaciones descritas ahora. En la máxima hiperextensión, el cuello del útero queda siempre por debajo del plano del estrecho superior (Fig. 4 ES), la vagina se verticaliza y el ángulo útero-vaginal se conserva en parte (Fig. 4). En grados más moderados de tensión la posición del útero, vagina y sus ángulos se acercan a lo normal. Estas consideraciones tienen importancia para embarazos posteriores en pacientes jóvenes. Los resultados anatómicos tienen ventajas para subsecuentes intervenciones quirúrgicas en esa zona.

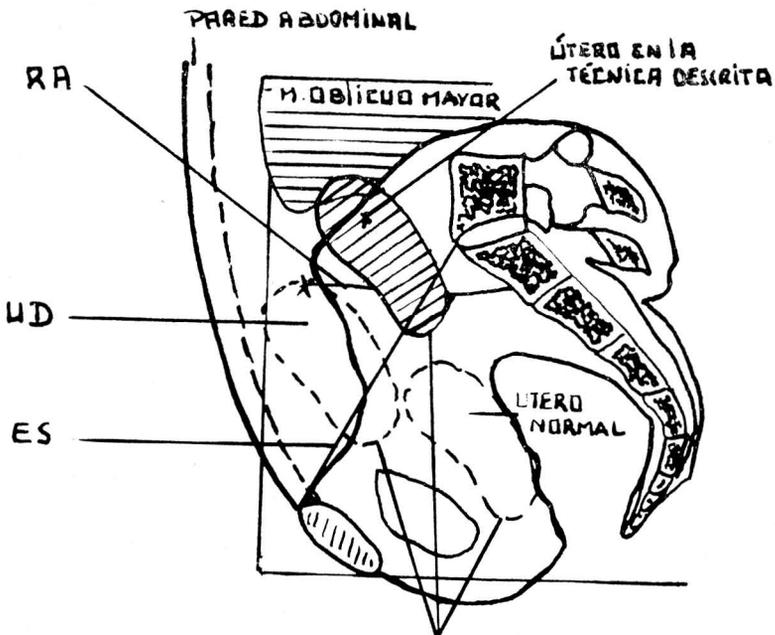


Figura 4

Se conservan las relaciones anatómicas y las estructuras sufren cambios mínimos, debido a que el material no causa reacción tisular.

## RESULTADOS

La mayoría de las pacientes tenían prolapso uterino grado 3 y cistorectocele grado 3 y la tercera parte procidencia.

Consideramos los resultados ampliamente satisfactorios a pesar de que se encontraron cistocelo grado 1-2 y rectocelo grado 1 en algunas pacientes. Estos hallazgos en ningún caso justifican una nueva intervención quirúrgica (12). El residuo vesical desapareció en todas las pacientes.

Las complicaciones que se presentaron no son inherentes de la técnica operatoria. La vejiga neurógena, como complicación de la anestesia raquídea, mejoró a los dos meses de la cirugía.

## DISCUSION

El procedimiento operatorio presentado se puede clasificar dentro de las cirugías conservativas en contraposición con las técnicas en las que se amputan parcial o totalmente el útero, la vagina o los anexos.

Existen dos ventajas definidas sobre ésta última clase de operaciones a saber:

1º - **La conservación de las estructuras anatómicas y sus funciones**, en contraste también con las cirugías conservativas que trastornan la anatomía y las funciones, como son:

Interposiciones. En esta cirugía el embarazo no se puede llevar a cabo y existe la posibilidad de dismenorrea en la edad reproductiva (14) (15). Sobre ésta cirugía Beechman recomienda abandonar el procedimiento debido a las severas complicaciones tardías (6).

Suspensión de Guillian. En éste procedimiento, durante el embarazo, se destruye la corrección quirúrgica debido a la extrema limitación del ligamento redondo (5). Por otra parte a capacidad de a vejiga se reduce con la fijación del útero a la pared anterior.

Ventro fijación. - Este procedimiento interfiere con cualquier embarazo posterior (5) y ha probado ser inefectivo en la cura del prolapso avanzado (14). Al igual que el anterior reduce la capacidad de la vejiga.

Colpocleisis. Con cierta frecuencia se produce incontinencia de esfuerzo y la vida sexual activa debe darse por terminada (14).

Utero-sacro-fijación. - Se desarrollan cistocelos posoperatorios (17) No hay rejets de fertilidad en ésta cirugía.

2º - **El menor trauma quirúrgico**, que implica mayor rapidez e la recuperación y menor posibilidades de complicaciones operatorias y post-operatorias (4) (8) (10) (7) (14).

Aunque en la actualidad se tiene tendencia a preferir la cirugía amputadora, específicamente la histerectomía vaginal con corrección de celes (12) con el objeto de eliminar la posibilidad de CA de cuello o de útero,

entendemos que ésta solución debe ser transitoria y esta dada por el atraso en los conocimientos de las causas y tratamiento del Cáncer.

Es distinto el caso en el cual exista una patología del útero, vejiga o anexos agregada a un prolapso, caso en el cual el tratamiento se hará de acuerdo a la importancia de los procesos en mención.

Se deberá siempre practicar en el reparo que describimos citología vaginal y legrado-biopsia antes de la cirugía.

Se clasifica también dentro de las cirugías correctoras que abordan la vía abdominal en contraposición de las que se hacen por vía vaginal. Existen varias ventajas sobre las cirugías por vía vaginal:

**1 - La posibilidad de obtener un campo operatorio estéril y post-operatorio en mejores condiciones asépticas.**

De un estudio de la técnica de Manchester-Fothergill el 63% de las pacientes presentó infección del lecho quirúrgico (4). En otro estudio sobre histerectomía vaginal un 20% presentó hematomas y absceso; en colpografía un 3% de infección; en interposiciones un 15% de abscesos y hematomas (8).

**2 - El riesgo mínimo de lesiones en recto o vejiga con la formación de fístulas (4) (10) (8).**

**3 - La retención de orina post-operatoria** con la consiguiente necesidad de mantener un catéter vesical o que conlleve mayor tiempo de permanencia en la cama con sus complicaciones, infección urinaria (4) (13) (14) e incomodidad para la paciente, es prácticamente una condición inherente a éste tipo de cirugías vaginales.

**4 - La posibilidad de realizar otras intervenciones** al tener la cavidad abdominal abierta, que es mencionada por algunos autores con ventaja (2), la consideramos aquí con algunas salvedades como son las de evitar convertir un campo operatorio estéril en uno contaminado y la del prolongar el acto operatorio sin causa justificada.

**5 - La dispareunia (14), la estenosis cervical (13), las adherencias vaginales (13), las hemorragias masivas intraperitoneales o severo sangrado vaginal (12) se presentan con alguna frecuencia y dan ventaja también a la vía abdominal.**

En referencia a las indicaciones y resultados de las cirugías más empleadas en el momento podemos mencionar:

El Manchester-Fothergill no permite soportar los órganos abdominales cuando hay procedencia (14). En los demás casos los resultados son satisfactorios pero variables según el estudio. En uno de éstos se presentó 30% de Cistocele I, 16% de Cistocele II y 15% de rectocele I post-operatorios (7).

Las colpografías corrigen satisfactoriamente la relajación de las paredes vaginales. Sin embargo, la dispareunia postmenopáusica se puede presentar, aunque el reparo de las paredes en la premenopausia haya dejado una vagina de adecuado calibre y profundidad por lo que Novak re-

comienda evitar el reparo de rectocele moderado en mujeres jóvenes (12).

En aquellos casos en que la histerectomía vaginal y colporraxia se hace solo por prolapso se presentará una más alta incidencia de paredes vaginales prolapsadas que en las que se remueve el útero con el solo propósito de quitar un órgano enfermo (14). Por otra parte esta técnica no da tan buenos resultados en prolapso uterino Grado III y procidencia (14).

El Spaulding-Richardson proporciona los mismos resultados que la histerectomía y es más complicada que ésta (12) (14).

Merece compararse por último con la técnica descrita por Durfeé en 1966 (5) en la que el útero se suspende con Dacrón de la cara posterior del cuello a la superficie interna de la vaina de los rectos. La fijación a la pared abdominal anterior solamente, facilita la producción de enterocele (17). No parece ser sólida como lo demuestran el 18% de decidivas (2). Se altera al menos teóricamente la capacidad de repleción de la vejiga ya que en ésta el útero queda a 1-2 cms. de la pared abdominal comprimiendo la vejiga (5) (Fig. 4-U-D). Hay además la posibilidad de estrangulamiento del cuello por el Dacrón en el embarazo (2). Aunque la fertilidad es alta después de ésta operación (2) y teóricamente igual en una técnica parecida, como la que describimos, creemos que no es la principal indicación para realizarla y en tal caso el embarazo debería terminar por cesárea.

### CONCLUSIONES

Con las ventajas ya mencionadas que tiene sobre las técnicas más usadas en el momento, consideramos que las indicaciones para el uso de ésta técnica son:

- 1 - Prolapso uterino en cualquiera de sus grados especialmente la procidencia, acompañado o no de enterocele.
- 2 - La relajación de las paredes vaginales anterior y posterior que acompañan el prolapso uterino.
- 3 - El prolapso de cúpula vaginal post-histerectomía (aunque no se realizó en este trabajo).
- 4 - En pacientes jóvenes que desean tener más embarazos y presentan prolapso uterino.

La técnica es aplicable a cualquier edad.

### RESUMEN

Se describe una técnica quirúrgica para la corrección del prolapso de los órganos pélvicos y se presentan los resultados obtenidos en 15 intervenciones. Se establece una comparación con las técnicas quirúrgicas más empleadas en el momento actual.

## SUMMARY

A surgical technique is described for the treatment of prolapse of the pelvic organs and we present the results obtained after 15 interventions.

A comparison with surgical technics more commonly used at the moment is established.

## BIBLIOGRAFIA

1. BADER, W. F.: Vaginal relaxations. *Clin. Obstet. Gynec.*, 15: 1033. 1972.
1. BAQUERO BETIN, E. Tuberculosa, C. Prolapso Uterino en mujeres jóvenes tratado con suspensión con Dacrón *Rev. Col. de Obst. y Ginec.*, XXIII N° 6: 547, 1.971.
3. BIRNBAUM, S. J.: Prolapsed Vagina. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 115: 411 1.973
4. CONGER, G. T., and Keettel, W. C.: The Manchester-Fothergill operation; its place in gynecology. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 76: 634, 1.958.
5. DURFEE, R. W. Suspensión operations for treatment of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet. & Gynec.* 9: 1047, 1.966.
6. EMGE, L. A., and Durfee, R. B.: Pelvic Organ Prolapse: four thousand years of treatment. *Clin. Obstet. Gynec.*, 9: 997, 1.966.
7. GRAY, L. A.: Prolapse of uterus and vagina. *Postgrad. Med.*, 30: 107, 1.961.
8. HENAO ARANGO, F. y Restrepo Ramirez, H. y Amorocho Pedraza, N. Cirugía del prolapso genital. *Rev. Col. de Obst. y Gynec.*, XXVII: 351, 1.976.
9. JEFFCOATE, T. N. A.: Posterior Colpoperineorrhaphy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 77: 490, 1.959.
10. MOIR, J. C.: Injuries of bladder. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 82: 124, 1.961.
11. NETTER, F. H. the Ciba Collection of Medical Illustrations. Vol 2. Reproductivt Sistem. Ciba Pharmaceutical Products, Inc. Summit, New Jersey, 1.954 Pag.: 146-47, 159 y 197.
12. NOVAK, E. R.; Seeger, G. and Jones, H. W. Jr. Novak's textbook of Gynecology. The Williams & Wilkins Company. Baltimore 1.970 9ª Ed. Pág. 257-58-70.
13. SHAW, W. F.: Treatment of prolapsus uterine with special reference to Manchester operation of colporrhaphy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 26: 667, 1.933.
14. TELINDE, R. W.: Prolapse of the Uterus and allied condition (and evaluation). *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 94: 444, 1.966.
15. TESTUT, L. y Jacob, O. Compendio de Anatomía Topográfica. Editorial Nal. S. A. México 1.949. Pág. 350.
16. TESTUT. L., Latarjet. A. "Tratado de Anatomía Humana" Salvat Editores S. A. Barcelona 1.944. Tomo I. Pág. 77 y Tomo IV. Pág. 1109.
17. PRATT, J. H. Secondary operations to correct failures of previous operations for genital prolapse. *Clin. Obstet. Gynec.*, Vol. 9 N° 4, 1094, 1.966.

## Comentarios al Trabajo

Dr. Héctor Enrique Bernal B.  
Prof. Asociado  
Dpto. de Obstetricia y Ginecología  
Universidad Nacional

Los autores reviven un viejo tema, descrito desde tiempo inmemorial por Ginecólogos y Parteros, y para cuya solución se propusieron en el pasado infinidad de técnicas: desde el estrechamiento de la vulva propuesto por Frike en 1835, hasta las técnicas más sofisticadas de histero y ligamentopexias practicadas por vía abdominal, sin contar con la antifisiológica colpocleisis, ni menos con el pesario que, como lo dijera Tirado Dacías, "constituía como un punto de interrogación oculto en la intimidad del sexo para autenticar la ignorancia de generaciones sobre la etiología y la patogenia de la lesión" (1).

Entre nosotros tardamos mucho tiempo en asimilar los conceptos modernos sobre las condiciones anatómicas y fisiológicas necesarias para asegurar la estática de los órganos pélvicos, nociones expuestas desde medio siglo antes por las escuelas de Viena y de Manchester y más tarde por las escuelas americanas. Fue Aparicio Jaramillo (1) quien en 1942 nos familiarizó con dichos conceptos y presentó los primeros resultados sobre la intervención que, ajustada a ellos, practicaban Halbán y Tandler desde 1939. Similar en los conceptos, aunque mejor acomodada a las condiciones anatómicas, es la operación que ideada por Donald desde 1888 y perfeccionada por Fothergill en 1915 (2) se universalizó con el nombre de la escuela de Mánchester y que entre nosotros se está practicando desde hace más de treinta años.

Proponen los autores un tipo de histeroligamentopexia con fijación directa e indirecta del istmo al promontorio y a la aponeurosis del oblicuo mayor respectivamente en que el elemento ligamento es reemplazado por una tira de material no absorbible (silastic reforzado con dacrón en lámina). El procedimiento combinaría por consiguiente los principios expuestos por Wagner en su clásica promontofijación del fondo de saco ciego de la vagina (3-4) y por otros autores en cuanto a la utilización de diversos elementos de suspensión "desde las suturas no absorbibles (Brady) (5) hasta la aponeurosis del oblicuo externo (sola o reforzada con músculo), la fascia lata, la vaina anterior del recto e inclusive la fascia lata del buey;

Grant Ward (6) Sorman Guiou (7) Shaw (8) Aldridge (9) Mac Leod (II) Williams Richardson (12) Fletcher (13)".

Para respaldar el procedimiento se presenta una casuística de 15 pacientes de prolapso genital I a III, operados por la Técnica mencionada, y cuyos resultados se califican como "normal en ocho casos", persistiendo el cistocele o el rectocele de diversos grados en los restantes. El tiempo de control post-operatorio varía entre 4 meses para tres casos y 12 meses para un solo caso. Por otra parte conceptúan los autores que el método, aparte de ser conservativo, ofrece ventajas tales como la conservación de las estructuras anatómicas y sus funciones, el menor trauma quirúrgico, la posibilidad de un campo operatorio estéril con mejores condiciones asépticas en el post-operatorio, el riesgo mínimo de lesiones en recto o vejiga, la ausencia de retención de orina en el post-operatorio, dispareunia, estenosis cervical, adherencias vaginales, hemorragias intraperitoneales o vaginales, etc.

Prescindiendo de discutir estos últimos conceptos vamos a referirnos al procedimiento propiamente dicho, no sin antes observar que el tiempo de control nos parece muy corto para juzgar de la bondad de los resultados. Por otra parte es necesario anotar que dicho procedimiento se dirige exclusivamente a la cura del histerocele, sin tener en cuenta la reparación de los elementos que normalmente mantienen en su lugar a la vejiga (fascia vésico-vaginal y ligamentos pubovésicouterinos) y a la pared rectal anterior (fascia recto-vaginal y cuña perineal); quizá ello explique la alta incidencia (mayor de 46%) de dicha patología, en el post-operatorio, registrada por los propios autores.

Ahora en cuanto al histerocele se refiere, ya dijimos que consideramos el procedimiento como una variedad de histeroligamentopexia en que, se trataría de suplir la función del "retináculo uterino", y en especial de los ligamentos cardinales, por las tiras de material no absorbible, pero determinando puntos de fijación no anatómicos como resulta de la fijación "sobre la primera vértebra sacra al ligamento vertebral común anterior"; no sabemos que ocurriría, por cuanto los autores no lo registran, en caso de embarazo, aún cuando ellos mismos anotan, a propósito de la utero-sacrofijación, que "se desarrollan cistocelos post-operatorios" y que "no hay reportes de fertilidad en esta cirugía".

Pero, volviendo al caso de las pexias, queremos transcribir lo que ya dijimos en ocasión anterior (14) a propósito de cualquier tipo de prolapso. "Parece un hecho admitido que las pexias no curan los prolapso ya que se apartan del principio universalmente aceptado en el tratamiento de cualquier hernia y que consiste en "reducirla y mantener dicha reducción por elementos de soporte o de sostén, mejor que la utilización de cualquier estructura destinada a suspender la hernia"; estos principios, dice Thornton (15) "se observan en el reparo vaginal del prolapso de la bóveda, muñón cervical o útero y es por tales razones que la vía de intervención debe ser vaginal".

La práctica a su vez encargo de demostrar la inutilidad de muchas pexias. Cuando, años ha, se practicaba con entusiasmo la exohisteropexia abdominal de Elie Epstein (18) tuvimos la oportunidad de comprobar como, en varios casos, a pesar de permanecer la matriz como parte integrante de la pared abdominal descendían de nuevo las paredes vaginales y con ellas la vejiga, el recto y el cuello del útero hasta reconstituir el prolapso inicial.

De acuerdo con los comentarios anteriores consideramos que el procedimiento propuesto no cumple con los postulados universalmente que se aparta de los principios anatómicos y fisiológicos que regulan la estática de los órganos pélvicos. Sin embargo, en Medicina no se puede decir la última palabra y habría que esperar la prueba del tiempo para juzgar de la bondad de una técnica que, si fuera compatible con el correcto desempeño de las funciones asignadas al aparato genital femenino, podría engrasar el arsenal terapéutico para la cura de esta vieja dolencia de la mujer.