Algunas modificaciones a la corrección del prolapso genital

Por el doctor JORGE AMOROCHO CARREÑO

El objeto de esta nota es el de poner de presente algunas modificaciones introducidas en la corrección del prolapso genital de II y III grado. Estas modificaciones se refieren a dos puntos principales que son la parte técnica y la anestesia.

Las modificaciones técnicas del acto quirúrgico han sido realizadas en 82 casos operados en los años 1950 y 1951, y los controles que se han llevado a cabo han sido altamente satisfactorios (recaída parcial en un caso).

El primer punto que consideramos importante es la hemostasis previa, lo que se logra en forma satisfactoria con el empleo de solución dextrosada o salina adrenglinada, adicionada de pitocín y naftoquinona o trobina. Esta solución inyectada convenientemente en las zonas de los plejos vasculares producen una vasoconstricción que agregada al efecto coagulante de la naftoquinona o la trobina permite hacer la intervención con un mínimum de hemorragia, mejorando tanto el aspecto estético como la facilidad operatoria.

Los puntos principales en los cuales se aplica la solución son:

a) En la base del cuello, inmediatamente por debajo de la terminación del cistocèle y del rectocèle.

b) En las partes laterales del istmo uterino.

c) En la horquilla vulvar y pared vaginal adyacente.

d) En la zona peri-uretral.

e) En la zona de los elevadores del ano.

Una vez infiltrado el campo operatorio se hace una incisión circular sobre el cuello, más o menos en su base. La pared vaginal se retrae y se procede a disecar el borde de la incisión, especialmente el posterior. Sobre la parte media de este, acostumbró poner un punto en U con catgut cromado N° 1, cuyos cabos largos, se reparan. (Fig. 1).

Luego se abre longitudinalmente la pared vaginal anterior hasta la uretra, cuidando que la fascia vésico-vaginal quede adherida a la pared vaginal, lo que se consigue haciendo disección profunda con las tijeras.

Una vez abierta la pared, se separa de la vejiga, usando disección cuidadosa con la tijera. Queda en esta forma la vejiga aislada, adherida a la cara anterior del útero. Se desprende

Figura número 1

de ella por medio de la tijera manejada cuidadosamente, y se lleva la disección hasta llegar al fondo uterino.

Por la cara interna de la pared vaginal se hace un corte longitudinal que llegue hasta el límite de la facia; este corte se hace a una distancia del borde de la pared que permita adosar las dos hojas de facia sin que sobre ni

falte tela. La facia se disecciona con bisturí o tijera hasta dejarla aislada por completo (Fig. 2).

Luégo se rechaza la vejiga diseccionada por detrás del pubis, y se pasa un primer punto en X de una facia a otra en su porción más alta; este punto lo hago con catgut cromado 1, y debe tomar cuerpo uterino. Otro punto simi-

Figura número 2

lar, éste únicamente de fascia a fascia corrige el uretrocele. Luego, con puntos separados se unen las partes restantes de los bordes de la fascia hasta su porción inferior.

Se completa luego la disección lateral del cuello hasta descubrir por completo los ligamentos de Mackenrodt, los cuales se unen a la base del cuello, insertándolos a ella (Fig. 3).

Se recorta la parte sobrante de pared vaginal y se sutura ésta. Esta sutura la hago generalmente por medio de un surcele angulado que adosa los bordes, de tal manera que, como los hilos no cruzan la herida vaginal, se evita su desgarró en caso de que se produzca edema de la pared. En la parte terminal de la sutura se deja un punto en U, con catgut cromado de cabos largos, que se repara.

Iniciación de pun-
tos de Sturmdorf

Figura número 3

Como se comprende, este primer tiempo corrige el cistocele en una forma muy segura, interponiendo entre la vejiga y el cuerpo uterino la fascia vesico-vaginal, que le servirá de soporte firme. Por otra parte, acorta los ligamentos cardinales que sostienen al útero, dándole a éste un punto de apoyo suficientemente fuerte como para conservar su posición primitiva.

El segundo tiempo corresponde a la amputación del cuello, que debe hacerse en forma sistemática. Esta amputación la inicio con una sección transversal, que parte del hocico de

tenca hasta una profundidad de dos centímetros; todo depende del grado de hipertrofia cervical.

Extirpo primeramente el colgajo posterior, recubro el muñón con la pared vaginal posterior, usando el catgut reparado, en puntos de Sturmndorf. Luego recorto el anterior y hago lo mismo. Por último paso puntos verticales a los lados de la brecha para acabar de formar el cuello.

El tercer punto comprende la colpoperineorrafia con miorrafia de los elevadores. Para comenzar lo acostumbro a trazar con el bisturí un rombo,

Figura número 4

con un extremo vaginal alto y otro perineal, a la distancia necesaria del ano (Fig. 4). Desprendo tanto la piel como la mucosa, y procedo a la disección del periné superficial y de los elevadores, los cuales se ponen en contacto por medio de dos puntos en X con catgut cremado.

Lleno los espacios muertos con suturas de catgut simple, reconstruyendo el periné superficial, y luego hago la colporrafia por medio de un surcete continuo similar al usado en la colporrafia anterior.

La sutura de la piel, que se continúa directamente con la vaginal, se hace por medio de un surcete intradérmico, lo que evita las molestias perineales del post-operatorio.

Respecto a técnica, sólo debo agregar que el cirujano debe tener siempre en mente que se trata de una cirugía plástica, y que por lo tanto, todos los pasos deben hacerse con gran suavidad, evitando fracciones en los tejidos reparados.

En cuanto se refiere a anestesia, he empleado la anestesia local con excelentes resultados, siguiendo los puntos que enumero:

1) Solución de procaina al 1%, de ésta empleo aproximadamente de 100 a 120 c. c.

2) Se adiciona a la solución un miligramo de adrenalina y una cantidad variable, generalmente unos 10 c. c. de trombina o nafloquinona.

3) Se agregan 150 unidades de hialuronidasa con el objeto de que la difusión del anestésico sea lo más completa posible.

4) Los puntos en los cuales se aplica esta solución son:

a) Cara anterior de la vagina en la base del cuello.

b) Bordes y cara posterior de ésta.

c) Dos puntos para glándulas.

d) Inyecciones paracervicales profundas con el objeto de bloquear el ganglio de Frankenhäuser.

e) Inyecciones laterales en la parte baja de los bordes vaginales, a la altura del canal de Alcock, para bloquear los nervios pudendos.

f) Inyecciones perineales superficiales y laterales profundas para bloquear los elevadores.

Con el uso de hialuronidasa el anestésico alcanza gran difusión y se consigue un bloqueo nervioso muy completo. Es de advertir que la difusión anestésica está en razón directa con la fuerza con que se haga la inyección.

Como ventajas de la anestesia local, son de anotar:

1—Su falta práctica de contraindicaciones.

2—Duración prolongada (más de una hora), que permite una intervención quirúrgica cuidadosa.

3—Facilidad de aplicación en diferentes medios quirúrgicos.