

Comentario sobre 154 casos de prolapso genital

Doctor **ARTURO APARICIO JARAMILLO**

Profesor Titular Clínica Ginecológica — Bogotá.

Trabajo presentado al «II Congreso Nacional de Cirugía» - Medellín.

En el año 1942 presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, un trabajo titulado «El Prolapso Genital». Consideraciones Anatómicas y Fisiopatológicas del Prolapso y su tratamiento por la operación de Halban, publicado en enero de 1942 en el «Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá». En ese entonces, tratamos de agotar el tema en materia tan importante como la anatomía del piso pélvico; reevaluamos los conceptos en relación con los elementos que sostienen y sustentan la matriz; estudiamos su estática y dejamos aclarados los problemas relacionados con su etiopatogenia, con el exclusivo objeto de sentar las bases de un tratamiento quirúrgico, que, como la operación de Halban, cumpliera con los preceptos anatómicos, fisiológicos y funcionales de la moderna Ginecología.

Como hasta la fecha no se han modificado ni desvirtuado tales conceptos, por lo demás, hoy de todos los especialistas conocidos, nos hemos limitado en el presente trabajo, a estudiar cuidadosamente 154 observaciones tomadas de nuestro archivo per-

sonal y comprendidas entre los años de 1943 y 1951, inclusive, dejando de lado toda consideración documental ya sea bibliográfica o académica. Voluntariamente también, hemos estudiado tan sólo esas historias independientemente del trabajo de Hospital, para no dar a este Congreso la tan conocida disculpa en nuestro medio, de falta de control. En la clientela privada, por múltiples razones de orden social y económico, el control es más severo, más ajustado a la realidad y se ejerce indiscutiblemente tanto de parte del cirujano como de parte del paciente, quien no vacilará ante un fracaso, de presentar un justo reclamo.

Con estas salvedades, presento pues, a la consideración de este Congreso, el resultado de mis observaciones en el curso de estos últimos 9 años, en forma de cuadros estadísticos que facilitan su comprensión, agregando algunos comentarios resultantes de su estudio y de nuestra experiencia personal, que ojalá pudieran ser útiles en el desarrollo del tan discutido problema del «Tratamiento del Prolapso Genital».

CONSIDERACIONES GENERALES

Según nuestro criterio, que no se ha modificado desde nuestra primera publicación a que hicimos referencia, el «Prolapso Genital» debe ser considerado como una hernia visceral a través de un punto débil, en cuyo caso el orificio herniano estaría constituido por el hiatus uro-genital, ensanchado por la relajación o desgarradura de los manejos puborectales del elevador. No obstante esta perentoria afirmación, es necesario tener en cuenta que la patogenia del prolapso no es tan simplista como a primera vista parece y que los órganos pueden prolapsarse individual o conjuntamente de acuerdo con el trauma o grado de agresión recibido. Más explícitamente: un desgarramiento del perineo, desgarramiento de tercer grado, por ejemplo, no produce, como consecuencia obligada, un descenso de la pared anatómica de la fascia vésico-vaginal. La inversa, es igualmente evidente y de esto podemos deducir lo prototípico de sus variedades y por consiguiente la variedad de las técnicas que debemos seguir para tratar cada caso en particular.

No obstante estas ideas, conceptuamos en tesis general, que el prolapso genital debe ser tratado continuando los principios generales seguidos en cirugía para el tratamiento de las hernias y que los tiempos operatorios de la cura radical y completa de la Hernia Genital deben llenar al menos el minimum de requisitos exigidos en tales casos, vale decir, estrechando el Hiatus o Hendidura genital; rehacer cuidadosamente el aparato de sostén (periné y fascias) y por último des-

truir hasta donde sea posible, la correspondencia de los ejes uterino y vaginal. Por esta razón, técnicas que no cumplan a cabalidad con estos requisitos, serán siempre defectuosas; La Histeropexia, por ejemplo, mejora el descenso uterino pero no corrige el prolapso vaginal, ni rehace el suelo perineal. La histerectomía vaginal, tan aconsejada por algunas escuelas americanas, no es de nuestro personal agrado, entre otras razones, porque al destruir el órgano, destruye una función en contra de todos los principios fisiológicos anotados anteriormente y de otra parte, porque la experiencia nos ha enseñado que el mayor número de casos encontrados en nuestras dos estadísticas, fluctúan entre los 31 y los 40 años, época de la mayor actividad sexual de la mujer. No quiere esto decir, que la Histerectomía vaginal, como medio de excepción no tenga para nosotros sus indicaciones y así lo hemos practicado en algunos casos, en donde lesiones sobre agregadas que puedan presentarse concomitantemente con el prolapso, aconsejen ese tipo de intervención.

Con las técnicas quirúrgicas, que bien podríamos llamar modernas, derivadas todas ellas de la Clásica Operación de Halban, así se llamen: Manchester, Donald o Fothergill, etc. se cumple a cabalidad, según nuestro criterio, con el objetivo primordial del tratamiento racional de la Hernia Genital y a ellas hemos seguido adictos en el curso de estos últimos 10 años. Hemos dejado de lado un tanto la intervención de Halban, por ser de ejecución más engorrosa y sólo la practicamos a título académico, cuando

deseamos demostrar ante los alumnos la existencia de las fascias. Es más rápido, quizás más elegante, el practicar el repliegue vesical y dar sustentación a la vejiga por medio de los ligamentos pubo-vesicales. En este tiempo, casi siempre lo complementamos aplicando unos puntos de refuerzo a la manera de Kennedy sobre el cuello vesical, con el objeto de corregir la incontinencia de esfuerzo, complicación por demás harto frecuente en el descenso vesical. La corrección de la retroflexión la practicamos cuando existe, siguiendo las dos variantes de la operación de Halban, que merecen ser brevemente recordadas: la primera variante se relaciona con el tamaño total de la matriz, y así, cuando se encuentra un tamaño mayor al de 8 cms. lo que equivale decir que el cuello está hipertrofiado, ejecutamos la amputación del cuello, calculando que la matriz quede de un tamaño aproximado de 7 cms. La retro-desviación uterina, se corrige en parte en esta variante, mediante la neo-implantación de los ligamentos cardinales o transversos de Mackenrodt, por encima de la sección del corte cervical y de otra parte, aplicando hilos de sutura que pasan por el istmo evitando los espacios muertos y dejando a esa altura un fuerte y denso tejido de cicatrización. Las pocas veces que no hemos amputado el cuello, hemos debido lamentarlo, por presentarse algunos años después, la recidiva del prolapso cervical. (Dos casos dentro de nuestra casuística). Hecho importante que debemos recordar al practicar la amputación del cuello, es la facilidad con la cual puede ocluirse

parcialmente el orificio cervical, por una exagerada coaptación de los colgajos vaginales. Para evitar dicha eventualidad, aconsejamos dejar sistemáticamente, como es nuestra costumbre, o bien un tallo rígido de plata, tipo Iribarne, o simplemente un caucho rígido que se retirará oportunamente a los 8 o 10 días.

La segunda variante o modalidad de Halban, la practicamos cuando la matriz es de un tamaño menor al de 8 cms. y necesitamos corregir la flexión uterina. Como se recordará, esta variante consiste en corregir la retroversión por medio de la véstico-fijación alta, obliterando el espacio véstico-uterino, lo que hace imposible la interposición del intestino entre la vejiga y el útero. Para practicar esta maniobra, es necesario abrir previamente el fondo de saco véstico-uterino, luxar el fondo del útero y suturar la porción fija del peritonio vesical a la cara posterior del fondo del útero. Esta variante al ejecutarse con alguna práctica, es relativamente sencilla, absolutamente inocua y de acuerdo con nuestra estadística da un margen de seguridad del 100%, en relación con la cura de la retroflexión. No podemos decir lo mismo acerca del resultado obtenido en la cura de la retroflexión por medio de la simple amputación del cuello, pues en nuestros controles hemos encontrado un apreciable número de casos en los que, pese a la integridad de la cicatriz operatoria, hemos hallado el cuerpo en flexiones variables de segundo y tercer grados.

En muchos casos de prolapso, más de lo que puede creerse generalmente, existe una Hernia del fondo de

saco recto-uterino, observándose en algunas ocasiones verdaderos enteroceles, lo que obliga a escindir el peritoneo posterior con objeto de cerrar el fondo de saco de Douglas, mediante sutura con seda, de los ligamentos útero-sacros, maniobra que por parte ayuda a corregir la flexión. Para terminar la intervención y cualquiera que sea la variante que hayamos empleado, practicamos invariablemente una perineoplastia con miorrafia de los elevadores.

Como se podrá observar por la técnica quirúrgica que a grandes rasgos acabamos de anotar, usamos en nuestros casos una mezcla de las operaciones de Halban, de Fothergill y de Manchester, resultante de nuestra experiencia y con miras exclusivas de conservar íntegramente las funciones fisiológicas de los órganos comprometidos, no sólo en lo que a la menstruación se refiere, sino también al embarazo, parto y puerperio, como lo demuestran algunas de nuestras observaciones. Para la comodidad de nuestra estadística la llamaremos Fothergill Manchester, haciendo hincapié una vez más, que en materia de selección de técnicas para la cura del prolapso, ninguna de ellas es perfecta y que en muchas de nuestras observaciones hemos tenido que recurrir a procedimientos combinados (vía abdomino-vaginal) para poder resolver de una manera satisfactoria, determinados problemas del prolapso. De todas maneras, y cualquiera que sea la técnica escogida, si queremos obtener buenos resultados, debemos cimentarla en un conocimiento profundo de la anatomía de la región; en la seguridad y maestría con que

aprendamos a manejar y a disecar las fascias y ligamentos importantes y en el conocimiento perfecto de los principios que rigen la etiopatogenia del prolapso.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Cuidados pre y post-operatorios.

Con el advenimiento de la sulfamido-terapia y de los antibióticos, hemos modificado substancialmente nuestra conducta en relación con el Pre y el Post-operatorio. Mientras que antaño teníamos especial cuidado en preparar la mucosa vaginal para la intervención por medio de duchas vaginales salinas o ácidas, y preparábamos la enferma desde dos días antes de la intervención mediante la administración de laxante aceitoso y constipación subsiguiente por medio de opiáceos, hoy nos limitamos exclusivamente a curar los cuellos ulcerados, mediante reposo y aplicación de mechas embebidas en una mezcla de aceite de Hígado de Bacalao y sulfas o mechas a la glicerina ictiolada. En los demás casos no hacemos tratamiento alguno especial, excepto que aconsejamos en veces baños de asiento emolientes con manzanilla o administración de estrógenos ya sea en aplicación local (vaginal) o simplemente por vía enteral. Los cuidados que casi no hemos variado, son aquellos referentes al post-operatorio, en los que a más de administrar antibióticos cada 12 horas durante 3 o 4 días, practicamos duchas vaginales con solución salina a partir de las 24 horas siguientes a la operación, momento en el cual retiramos la mecha aceitosa y empa-

pada en sulfá que colocamos sistemáticamente al finalizar toda intervención vaginal. Dejamos siempre sonda de Folly a permanencia por 3 a 5 días que retiramos una vez que el paciente haya evacuado artificial o espontáneamente su intestino. Levantamos la paciente invariablemente entre el cuarto y el quinto día, de la intervención.

Como material de sutura empleamos sistemáticamente Catgut delgado números 0 o 1 y cromado delgado para las suturas de las fascias y de los elevadores. Casi nunca usamos material no absorbible.

Anestesia. Usamos en nuestra clientela privada casi exclusivamente pentotal ciclo-éter, excepto en las enfermas de edad avanzada en cuyo caso empleamos siempre anestesia local, con magníficos resultados. La raquianestesia sólo la usamos como método de excepción.

Análisis de cuadros estadísticos. Revisando nuestra estadística actual, que para comodidad de su estudio hemos dividido en cuadros estadísticos, observamos que sus resultados son muy similares a los presentados en nuestro primer trabajo. Analizando estos cuadros obtendremos el siguiente resultado:

1º **Mortalidad.** Sobre 154 casos operados en la última década, tuvimos dos muertes que lamentar, lo que da en nuestra estadística un porcentaje de 1.29% de mortalidad. La primera de las muertes se debió a shock anestésico, por raquianestesia a la media hora de la intervención y el segundo deceso se produjo a los 15 días de la intervención, súbitamente, posiblemente por infarto cardíaco.

CUADRO I

Edad de las operadas

EDAD	Casos	Porcentaje
De 20 a 30 años	26	16.88%
De 31 a 40 años	43	27.92%
De 41 a 50 años	29	18.83%
De 51 a 60 años	29	18.83%
De 61 a 70 años	21	13.64%
De 71 a 80 años	6	3.90%

Comentario. La edad más frecuente ha sido la comprendida entre los 31 a los 40 años (27.92%); hecho sobre el cual llamamos nuevamente la atención, pues demuestra claramente, que la mayor cifra o porcentaje de prolapsos, corresponde a la época de completa madurez sexual en la mujer. De donde podemos deducir que la terapéutica quirúrgica, debe ser eminentemente conservadora y de acuerdo con los principios anatomo-fisiológicos sobre los cuales no nos cansaremos de insistir ante nuestros discípulos. Como dato complementario merece anotarse el hecho de que las pacientes operadas entre los 20 y los 50 años (98 casos), presentaron embarazos ulteriores con parto a término, 8 pacientes, lo que da un porcentaje no despreciable del 8.36%. De estos casos, sólo uno presentó recidiva, caracterizada por descenso e hipertrofia cervical con relajación del piso perineal, lo que obligó a practicar amputación del cuello y nueva plastia perineal. Los demás casos, no presentaron recidiva alguna, y todos ellos de acuerdo con el informe de los tocólogos que los atendieron, no presentaron complicación y la dilatación cervical se

efectuó normal y espontáneamente, aún en aquellos casos en que se había practicado la amputación cervical. Recalcamos una vez más, en la necesidad de practicar cuidadosamente esa amputación, ojalá sobre tallo rígido como la ejecutamos, con el objeto de modelar convenientemente el cuello y el orificio cervical.

CUADRO II

Partos

MULTÍPARAS	Casos	Porcentaje
Nulíparas	2	1.29%
1 parto	8	5.19%
2 partos	23	14.93%
3 partos	26	16.88%
4 partos	21	13.63%
5 partos	15	9.74%
6 partos	17	11.04%
7 partos	10	6.49%
8 partos	6	3.89%
9 partos	7	4.54%
10 partos	5	3.25%
11 partos	3	1.94%
12 partos	3	1.94%
13 partos	3	1.94%
14 partos	1	0.64%
15 partos	1	0.64%
16 partos	1	0.64%
17 partos	2	1.29%

Comentario. Como podemos observar del estudio atento de este cuadro, el mayor porcentaje se encuentra en mujeres que han tenido de 2 a 6 partos (64.22%), siendo menor el porcentaje de las grandes múltiparas. Entre el gran total de 154 enfermas, única-

mente pudimos encontrar que sólo a 12 de ellas, se les había aplicado fórceps, casi siempre en el primer parto (7.07%). Los demás casos anotan las pacientes partos más o menos laboriosos y levantamientos precoces. Sin darle a este último hecho una importancia definitiva en la patogenia del prolapso, queremos hacer resaltar su evidencia y llamar la atención de los médicos que lo aconsejan de una manera indiscriminada. El hecho que el mayor número de Prolapsos se encuentra en pacientes que han tenido de 1 a 4 hijos y que casi siempre es consecutivo al trauma del primer parto, significa en nuestro modo de pensar, que no es la gran multiparidad la causa del descenso, sino simplemente la agresividad con la cual se efectúa el parto, sin olvidar la constitución o debilidad de los tejidos variables en cada caso en particular. De acuerdo con estos factores, el médico tratante podrá o no, ordenar el levantamiento precoz de su paciente. Nunca sistematizarlo, como es la tendencia actual de muchas escuelas.

De otra parte, es muy frecuente en nuestro medio, en no dar mayor importancia a la correcta reparación del periné, limitándose en muchas ocasiones a la simple sutura de la mucosa desgarrada. Creemos firmemente que si esos perinés, se trataran más con criterio quirúrgico que obstétrico, vale decir, reparando convenientemente los elevadores que por fuerza del parto se encuentran dilacerados o simplemente separados, veríamos disminuir de una manera notoria, la incidencia del prolapso.

CUADRO III

Sintomatología

	Casos	Porcentaje
Sensación de prolapso	83	53.95%
Trastornos urinarios	27	17.53%
Congestión crónica pélvica	24	15.60%
Trastornos rectales	21	13.65%
Leucorrea	16	10.38%
Incontinencia de gases y materias fecales	13	8.44%

Comentario. En este cuadro hemos tomado los síntomas dominantes, pero existen algunos casos en los que lógicamente, la paciente se aqueja de uno o dos síntomas, por ejemplo, sensación de prolapso y trastornos urinarios; congestión crónica y leucorrea, etc. Por esa razón, la suma de los casos y la de los porcentajes, aparece mayor a la suma total de los casos presentados. Hecha esta salvedad, podemos observar en tesis general, que los síntomas clínicos observados por las pacientes, están en relación directa con la modalidad o variedad del prolapso y de acuerdo con el órgano predominantemente prolapsado. No es lo mismo la sintomatología presentada por una enferma que siente permanentemente entre sus genitales externos un cuello uterino prolapsado, a aquella, que sólo presenta un descenso vesical o rectal. Para la primera, la molestia dominante será la sensación de peso; para la otra, la molestia será de tipo vesical o rectal. En nuestra casuística, hemos agrupado un número no despreciable de casos (24), cuyo síntoma dominante ha sido el cuadro de «Congestión Crónica», imputable en un

principio a la marcada retroflexión, pero que a la exploración operatoria disminuye en importancia ante las lesiones concomitantes encontradas: salpingitis crónicas, varicocele pélvico, endometriosis, etc.

De esta variedad de síntomas, podemos deducir la importancia que para el especialista tiene el estudio minucioso de cada caso en particular, para poder orientar con un criterio de sana lógica el tratamiento. No es posible, según nuestra manera de pensar, sistematizar una técnica en materia de tratamiento del prolapso, ni mucho menos seguir una línea de conducta rígida que nos permita seguir estrictamente determinada técnica o escuela. El especialista debe tener en sus manos, un acervo de conocimientos y de técnicas por así decirlo, que le permita en cada caso sortear con facilidad el problema y beneficiar al paciente. Por esa razón, cuando se me pregunta cuál es la técnica de mi predilección para la cura del prolapso, invariablemente contesto: «Técnica especial, no tengo; aplico en cada caso, la técnica o técnicas que sean necesarias para solucionar el problema.

En nuestra estadística hemos agrupado los casos en prolapsos de primero, segundo y tercer grados, de acuerdo con el descenso uterino, acompañados casi siempre de cisto-rectocele y desgarró perineal variable. Presentamos 3 casos de prolapso uterino exclusivo en vírgenes, con marcado alargamiento hipertrófico del cuello y relajación del piso perineal, pero sin cisto o rectocele. Vienen luego las variedades de colpo-cistocele o colpo-rectocele, sin descenso uterino alguno; el cisto-rectocele y el desgarró de tercer grados que los hemos clasificado como prolapsos parciales y finalmente hemos hecho una última agrupación, constituida por aquéllos casos en que el hallazgo dominante es una marcada retroflexión y el síntoma dominante un cuadro de congestión pélvica, lo que nos ha obligado a seguir una línea de conducta mixta: vaginal, para tratar el cisto-rectocele y abdominal, para tratar la retroflexión y a algunas lesiones concomitantes.

Comentario. Analizando este cuadro, podemos observar que la mayor frecuencia corresponde a las variedades clasificadas como de segundo y tercer grados (80 casos), pero nos ha sorprendido el hecho de encontrar un número no despreciable de casos (21), en que el síntoma dominante ha sido la congestión pélvica, imputable al grado de retroflexión, lo que nos ha obligado a variar nuestra línea de conducta quirúrgica. No quiere esto decir, que en los demás casos no hayamos encontrado más o menos evidencia de retroflexión y que al intervenir no hubiéramos tratado de corregirla. Pero, el hecho de haber encontrado en nuestras pacientes, lesiones concomitantes que nos explicaran el cuadro de congestión, tales como: varicocele, salpingitis quísticas, ovaritis, endometriosis, etc., nos sugiere algunas reflexiones en relación con la importancia de las retrodesviaciones en la etio-patogenia y la sintomatología del prolapso. En efecto: si las retro-

CUADRO IV

Modalidad del prolapso

	Casos	Porcentaje
Prolapso genital de 1º grado	7	4.06%
Prolapso genital de 2º grado	38	24.68%
Prolapso genital de 3º grado	42	27.38%
Prolapso uterino exclusivo (vírgenes) .	3	1.09%
Prolapso parcial:		
a) Colpo-cistocele simple	9	5.08%
b) Colpo-rectocele simple	8	5.01%
c) Cisto-rectocele simple	13	8.44%
Desgarró perineal de 3º grado	13	8.44%
Retroflexión de 3º grado con cisto-rectocele y desgarró perineal variable	21	13.64%

desviaciones constituyeran una causa preponderante en la etio-patogenia del prolapso, como hasta la fecha lo hemos aceptado, mayor debería ser el número de prolapsos, ya que es inusitada la cantidad de retrodesviaciones asintomáticas encontradas en la diaria consulta y sin evidencia alguna de descenso. De otra parte, las técnicas quirúrgicas, tipo Manchester, debieran ser revisadas en relación con la corrección de la retroversión, ya que en los controles cuidadosos se puede observar, la frecuencia de la reincidencia de la retrodesviación.

En lo que atañe a nuestra experiencia y hablando honradamente, podemos decir, como lo expresamos al iniciar este trabajo, que para corregir la retrodesviación hemos empleado las dos modalidades de la clásica Operación de Halban, es decir, la fijación alta de los ligamentos transversos con aplicación de puntos de refuerzo sobre el istmo y la véstico-fijación alta, cuyos resultados nos han parecido infinitamente más satisfactorios. Pues bien: en las pacientes tratadas por la primera modalidad o variante, hemos observado en un alto porcentaje, la reincidencia de la retroflexión, sin observar empero, compromiso alguno en cuanto a la técnica de la intervención se refiere, y sin experimentar la enferma molestia alguna, lo que nos obliga a calificarla como de resultado ampliamente satisfactorio. Quiero esto decir, que no podemos aceptar a ojos cerrados que con este tipo de técnica o con

el simple Manchester, corriamos la retroflexión. Y si la enferma, no experimenta molestia alguna y no se produce la reincidencia del prolapso genital, a pesar de esa mala posición de la matriz, debemos concluir que la retrodesviación en sí, no es una causa tan importante en la etiopatogenia del prolapso, y que, mientras los elementos musculares y tejidos que contribuyen a formar la hendidura uro-genital se conserven intactos o se hayan reparado convenientemente, no se producirá el prolapso genital. De sobra queda demostrado, la importancia del périné para que hagamos hincapié en su correcta reparación, cualquiera que sea la técnica empleada en la corrección del prolapso genital.

Volviendo a nuestro punto de partida, es decir, los 21 casos anotados anteriormente, concluimos que sólo en el 13.64% de nuestros casos, dimos importancia a la retroflexión dentro de la variedad de prolapso, como para obligarnos a variar de criterio quirúrgico, porcentaje que se desvirtúa ante el hecho de haber encontrado casi siempre la causa que nos explicara el síntoma de congestión. Este hallazgo, nos ha sugerido las presentes reflexiones, que nos llevan a pensar, que en realidad no debemos dar mayor importancia a la retroflexión como causa directa en la producción del prolapso y que los cuadros de congestión pélvica pueden ser imputables a lesiones concomitantes y no al simple hecho de la retroflexión.

Finalmente podemos concluir que siendo tan variada la modalidad del prolapso, es igualmente proteiforme la técnica que se debe emplear, y que en ningún caso podemos sistematizar una técnica al hablar de la cura del prolapso genital. Parodiando el viejo aforismo, 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 en nuestro criterio produzca los mejores resultados.

Vol. I, noviembre 1944, fistula que se produjo en el momento de pasar los hilos sobre los ligamentos pubo-vesicales, con el objeto de tratar el cistocele. Después de aclarar el diagnóstico, nos vimos precisados a practicar una neo-implantación del uretere, afortunadamente con muy buenos resultados. Desde entonces, tenemos siempre en mente esta posible complicación y especial cuidado en el momento de ese acto operatorio. Las demás complicaciones se han tratado de acuerdo con los preceptos clásicos, pero vale la

CUADRO VI

Complicaciones operatorias y post-operatorias.

Ruptura vesical (sin consecuencias) ..	1	0.64%
Ruptura rectal (sin consecuencias) ...	1	0.64%
Fistula uretero-vaginal (caso publicado)	1	0.64%
Incontinencia de esfuerzo	9	5.08%
Cistitis	13	8.44%
Retención de orina	8	5.19%
Hemorragia post-operatoria	4	5.80%

Comentario. La más dramática de nuestras complicaciones fue la producción de una fistula uretero-vaginal del lado izquierdo, que apareció el 12º día de la intervención. Sobre este caso de real interés, hicimos una publicación en la *Revista Clínica*, número 3,

pena anotar que en esta estadística no hemos encontrado ningún caso de dehiscencia del periné por hematoma o supuración, imputables a la buena coaptación de las suturas y al empleo sistemático de los antibióticos.