

MATERNIDAD PROVINCIAL DE JAEN
DIRECTOR DR. EDUARDO GARCIA TRIVIÑO

Prolapso del Muñón residual, post-histerectomía (*)

Dr. E. García Triviño

Director de la Maternidad Provincial

PREAMBULO

Es opinión singularmente unánime que el prolapso genital post-histerectomía es, ciertamente, infrecuente. Aceptado el hecho —que la práctica comprueba a diario— habrá de admitirse que la Histerectomía no crea condiciones favorecedoras de la procedencia y que más bien quizá, por algún mecanismo especial, se oponga a ella.

El trauma parametral que la Histerectomía conlleva no es bastante para crear el Prolapso. La Histerectomía es extraña a la compleja etiopatogenia del mismo, a esa suma de factores genotípicos y paratípicos, capaz de crear la minusvalía del amplio sistema de estabilización pélvica. Si una mujer histerectomizada padece ulteriormente un Prolapso, cabe pensar que ya mucho antes estaba condenada

a él; que quizá, y en período preclínico, lo padecía desde tiempo atrás; que en grados avanzados lo hubiera tenido aun con sus genitales íntegros.

La supresión del útero —la pieza más pesada del bloque visceral pélvico, sobre que la que ha de actuar la gravedad, es un mecanismo ya de oposición al prolapso, y prueba de ello es que cuando en la prolapso-cirugía, incluimos la Histerectomía, podemos estar seguros de la no recidiva. Pero es que, además, el proceso de cicatrización en el extremo vaginal crea en el mismo lo que Hugier ha llamado «Fijación cicatricial del muñón», que equivale a una pexia efectiva. Este autor viene a demostrarnos, además, con una amplísima estadística de 205 casos de prolapso post-histerectomía, que el prolapso es tanto menos frecuente cuanto mayor fue la atrición

(*) Comunicación en la Reunión de la Sociedad Ginecológica Andaluza. Almería, abril de 1963 (Symposium sobre Histerectomía. ¿Total o subtotal?, en los procesos benignos del útero).

parametral, precisamente, porque mayor había sido la fijación cicatricial. En esta estadística, citada por los suizos Kaser e Ikle, vemos cómo en los extremos de la misma figuran el Wertheim, con el 0 % de prolapso, y la Histerectomía subtotal, con el 61 %. Precisamente todo lo contrario que clásicamente se había venido admitiendo y copiándose los autores de unos a otros de manera hartamente rutinaria, asegurando que la total, y por mayor trauma parametral, condicionaba más casos de prolapso que la Istmica sin atrición alguna al Retináculo. En esta estadística ocupa lugares intermedios la Histerectomía Total, con un 30 % de prolapso subsiguiente, y la vaginal —a nosotros, que mucho la cultivamos, no nos sorprende—, sólo con el 8 %.

Como conclusiones a este preámbulo nos atrevemos a dar, a la vista de los hechos y de nuestra personal experiencia, las siguientes conclusiones:

1.^a El Prolapso es proceso autónomo e independiente de la Histerectomía.

2.^a La Histerectomía, lejos de crear condiciones favorecedoras del Prolapso, las dificulta.

3.^a Cuanto más AMPLIA sea la Histerectomía, cuanto mayor sea la atrición parametral, mayor será la «fijación cicatricial» y menor será la frecuencia del Prolapso tras histerectomía.

4.^a La Histerectomía vaginal, después del Wertheim, es la menos lastrada de prolapso subsiguiente.

Todas estas conclusiones habrán de tenerse muy en cuenta a la hora de la Profilaxis del muñón residual prolapso.

Profilaxis del prolapso del muñón, post-histerectomía

Dos grupos de mujeres, con dos grupos distintos de indicaciones, pueden precisar Histerectomía por procesos benignos del útero. El número mayor lo vamos a encontrar en mujeres en las que el proceso benigno del útero creó merma de su fertilidad, incluso, creo, esterilidad: Miomas, oblas-tomas doble de ovarios, Anexitis rebeldes, Parametritis crónicas atróficas y dolorosas. En estas mujeres el trauma obstétrico, que es el principal agente de debilitación del sistema de contención y de sostén pélvico, está bien lejos de ellas. Son, en general, mujeres muy poco dadas al prolapso. El número menor lo darán mujeres multiparas, candidatas al Prolapso y que se histerectomizan casi siempre por síndromes metrorrágicos del climaterio y de la más variada etiología. Las mujeres del primer grupo, por la angostura de su vía vaginal y la resistencia del Retináculo, son tributarias de la vía abdominal. Las del grupo segundo, y por circunstancias anatómicas quirúrgicas, diametralmente opuestas, son, o *deben ser*, casi siempre, operadas por vía vaginal.

Consecuentemente con la línea de nuestro pensamiento: Toda mujer MULTIPARA que tenga indicación

de Histerectomía, por proceso benigno, se operará por vía vaginal. Toda estéril o infértil, en las mismas condiciones, por vía abdominal y con HISTERECTOMIA TOTAL. Ambas operaciones ya hemos visto que son las menos lastradas de prolapso subsiguiente. La Histerectomía ístmica, por esta razón —si no fueran bastantes otras muchas— es hoy OPERACION DE EXCEPCION. En nuestro aspecto, con referencia al prolapso ulterior, la más lastrada de esa enojosa secuela. Pero en lo tocante a profilaxis no basta con una correcta elección de la vía (vaginal o abdominal), sino que no podemos olvidar la génesis del prolapso para en una u otra vía, completar la Histerectomía con todo aquello que en artificio quirúrgico pueda contribuir a alejar de nuestras operadas el prolapso genital futuro. Así, en la Histerectomía vaginal no debemos olvidar FIJAR sólidamente los Cardinales y Uterosacros a la vagina o unirlos entre sí, tras la peritonización del embudo. A poco que la mujer padezca unos colpocelos incipientes, y más si son acusados, asociar a la histerectomía una amplia plastia que comprenda desde la plicatura fascial anterior (con corrección simultánea de un descenso del cuello vesical con o sin incontinencia de esfuerzo). Ocluir un Douglasele y recubrirlo después con los Uterosacros. Reparar el Rectocele con plisamiento prerrecatal, reconstruyendo finalmente un periné relajado, dejándolo funcional y con Hia-

genital de dimensiones normales, sin estrituras. Cuando operemos por vía abdominal fijemos también los Cardinales y Uterosacros al muñón uterino o vaginal. Cerremos un Douglas demasiado profundo y suturemos entre sí los uterosacros. Si el periné está relajado, no tengamos empacho en completar nuestra intervención con un rápido tiempo perineal, de plastia correcta. Si operamos con este criterio, los casos de Prolapso post-histerectomía habrán desaparecido. Nosotros, al menos, operando con él y en 33 años de práctica intensiva, no hemos tenido hasta ahora un solo prolapso post-histerectomía.

Tratamiento del Prolapso del muñón residual

El tratamiento de este tipo de prolapso no se aparta en nada de los principios generales que constituyen la Prolapso-cirugía.

Dos grupos de mujeres se nos pueden presentar en la práctica, separadas únicamente por su edad, y con ella, por su capacidad de cohabitación. Siendo indiferente a la hora de elegir tratamiento, si el prolapso es sólo de una vagina evertida y solitaria que el de una vagina con su portio cervical en el fondo.

En las mujeres ancianas, y previa ADVERTENCIA Y CONSENTIMIENTO de ellas, serán las Cleisis los métodos de elección. En mujeres que estén en condiciones diametralmente opuestas habrá que dejar, a to-

do trance, una vagina funcional; las oclusiones están prohibidas y la *reconstrucción* y *fijación* serán los métodos a elegir.

La Cleisis será preferida la TOTAL, previa y total Colpectomía, si la vagina termina en fondo de saco, o previa extirpación del muñón cervical, si estaba presente.

Será detalle a tener en cuenta plisar transversalmente, a nivel del cuello vesical, para evitar o tratar, si ya existía, una incontinencia de esfuerzo. Siempre serán preferibles las suturas transversales, al menos, en la parte baja y, desde luego, a nivel de la incisión vulvar, por dejar unos órganos genitales externos de apariencia más normal.

La Cleisis parcial de Lefort, con elevación de la cuña perineal, será también procedimiento aceptable, pero MENOS SEGURO en cuanto a recidiva, que la cleisis TOTAL.

Todas son operaciones muy poco traumatizantes, nada chocantes, que pueden hacerse a cualquier edad y con anestesia local.

Para la creación de una vagina FUNCIONAL, en mujeres con capacidad de cohabitación y como tratamiento del prolapso post-histerectomía, ninguna técnica más completa que la de Ball, haciendo una plastia compleja desde el meato uretral al ano, con fruncimiento de los restos de los Car-

dinales y unión al extremo superior de la vagina, terminando todo con plastia perineal.

El olvido de la mecánica del prolapso y de las bases anatómicas de su tratamiento ha permitido aconsejar la operación de «fijación abdominal del muñón», bien en forma de Promon-topexia (difícil, además, pues el muñón no alcanza la altura del promontorio), bien la fijación parietal al plano de fascia, queriendo con todo revivir las técnicas ya olvidadas de las pexias uterinas, o mediante la creación de tiras faciales homólogas, conducidas a través de los Vectos hasta el muñón, y que un ayudante mantenía elevado, o de material heterólogo, incluso tiras de fascia de buey. La Gravedad seguiría actuando en los fondos de saco anterior y posterior, y con el tiempo el Prolapso estará reproducido, aunque con una vagina fija en su extremo, pero muy elongada, como antes ocurría con el cuello en las pexias uterinas. Hay autores que aún prefieren estas técnicas de fijación, alegando que dejan una vagina más larga que la que logra la plastia compleja de Ball, pero en general, la operación de Ball es la recomendada, al menos en la Escuela anglo-sajona, que, indudablemente, en materia de cirugía del Prolapso genital, desde Mayo hasta Ball, pasando por The Linde, Curtis, etc., ha sido la que mejor ha estudiado el problema y le han dado soluciones más eficaces y fisiológicas.