



CIRUGÍA VAGINAL DEL PROLAPSO GENITAL POR LA TÉCNICA DE FOTHERGILL *

VAGINAL SURGERY OF GENITAL PROLAPSE BY THE FOTHERGILL PROCEDURE

Taylor-Henríquez Hernando¹

RESUMEN

Se presenta un artículo publicado hace sesenta años en el boletín de divulgación científica para alumnos y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. El estudio está referido a técnicas quirúrgicas para el manejo del prolapso genital. La pérdida del soporte del piso pélvico se ha abordado desde numerosas alternativas operatorias. Muchas han sido las propuestas realizadas y el trabajo del profesor Hernando Taylor Henríquez lo demuestra. La mayoría de las técnicas sugeridas rápidamente han sido controvertidas o consideradas ineficaces. En la actualidad existen diversas técnicas sugeridas, con distintos abordajes e incluso con el recurso de prótesis o mallas, existiendo controversia sobre cuál es la superior. El texto presenta al detalle la técnica preferida por el autor, que se ha considerado uno de los padres de la cirugía ginecológica en la Universidad de Cartagena. **Rev.cienc. biomed. 2013;4(2):387-391**

PALABRAS CLAVES

Prolapso genital; Cirugía vaginal; Ginecología; Técnica operatoria.

SUMMARY

An article published sixty years ago by the bulletin of scientific divulgation for students and professors of the faculty of Medicine of the Universidad de Cartagena, Colombia, concerning to the surgical techniques for the management of genital prolapse is presented. The loss of the pelvic floor support has been tackled since various surgical alternatives. There have been several proposals and the work of the professor Hernando Taylor Henríquez demonstrated it. The majority of the suggested techniques has been questioned quickly or considered ineffective. Currently there are diverse suggested techniques, with different approaches and even with the resource of prosthesis or meshwork, with controversies about which is the best of them. The text presents in detail, the technique preferred by the author, who has been considered one of the parents of the gynecological surgery in the Universidad de Cartagena. **Rev.cienc. biomed. 2013;4(2):387-391**

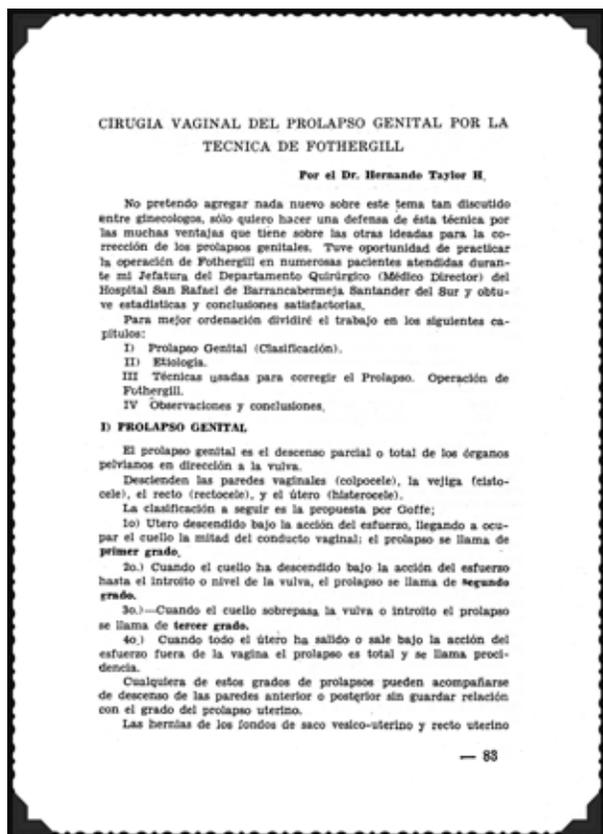
KEYWORDS

Genital prolapse; Vaginal surgery; Gynecology; Surgical technique

* Reproducido textualmente del Boletín de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. 1953;2(3-4):83-89.

¹ Médico. Ginecólogo. Profesor. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

NOTA DEL EDITOR



Facsimil de la publicación original.

El doctor Hernando Taylor Henríquez fue un importante ginecólogo y docente de su especialidad, en la ciudad de Cartagena, en las décadas de los cincuenta, sesenta y setenta del siglo XX. Fue estudiante de bachillerato en el Colegio Fernández Baena, donde se distinguió por sus cualidades académicas y por ser el lanzador estrella de los primeros equipos de béisbol que tuvo el plantel educativo. Se recibió como Médico y Cirujano en la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá, en 1947. Siempre tuvo preferencia por la cirugía ginecológica la cual adelantó desde el inicio de su ejercicio profesional. Viajó a Madrid, España en 1946 a realizar estudios complementarios, entrenamiento y formación en ginecología, endocrinología de la reproducción e infertilidad bajo la orientación del profesor José Botella y Lucia. En 1957 se trasladó a Francia a profundizar y a incrementar su experticia y adiestramiento en ginecología operatoria, en el Hospital General de París, con el profesor Cavaliere.

Regresó a Cartagena y por designación expresa y exigencia del doctor Napoleón Franco Pareja, ingresó a la unidad de ginecología del Hospital Santa Clara en calidad de jefe de clínicas, labor que concluyó en 1958. A finales de 1959, cuando el ambiente estaba regresando a la normalidad luego de la huelga que se presentó en la Universidad de Cartagena, fue nombrado profesor de ginecología y cirugía en la Facultad de Medicina. Allí demostró sus cualidades como excelente cirujano ginecológico, contribuyendo a crear y a desarrollar una escuela de cirujanos ginecólogos que aún persiste. No ocupó la jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia, pero sí fue director del Hospital Universitario Santa Clara, desde 1963 hasta 1965. También fue decano de la Facultad de Medicina desde 1971 hasta 1975. Durante su administración influyó en la creación del Departamento de Psiquiatría y de Educación Médica. El doctor Taylor Henríquez se jubiló en 1979, recibiendo la distinción de Profesor Emérito. Falleció en la ciudad de Cartagena, Colombia el treinta de abril de 1999.

El presente documento publicado hace sesenta años permite observar diferentes propuestas operatorias de antaño para los problemas del piso pélvico, el prolapso genital y la incontinencia urinaria. Para la actualidad muchas otras técnicas se han propuesto, unas con más amplio uso y otras que rápidamente dejan de tener vigencia. El profesor Hernando Taylor Henríquez aportó a la Universidad de Cartagena, la esencia de la cirugía ginecológica europea, la cual combinada con los atributos de la técnica operatoria ginecológica norteamericana, que trajeron los profesores Aníbal Perna Mazzeo y Rafael Guerrero Betancourt, dieron origen a una escuela y una larga cohorte de cirujanos ginecólogos de amplio reconocimiento en Colombia.



Doctor Hernando Taylor Henríquez.

INTRODUCCIÓN

No pretendo agregar nada nuevo sobre este tema tan discutido entre ginecólogos, sólo quiero hacer una defensa de esta técnica por las muchas ventajas que tiene sobre otras ideadas para la corrección de los prolapsos genitales. Tuve la oportunidad de practicar la operación de Fothergill en numerosas pacientes atendidas durante mi jefatura del Departamento Quirúrgico (Médico Director) del Hospital San Rafael de Barrancabermeja Santander del Sur y obtuve estadísticas y conclusiones satisfactorias. Para mejor ordenación dividiré el trabajo en los siguientes capítulos: [A] Prolapso Genital (Clasificación). [B] Etiología. [C] Técnicas usadas para corregir el prolapso. Operación de Fothergill. [D] Conclusiones.

PROLAPSO GENITAL

El prolapso genital es el descenso parcial o total de los órganos pelvianos en dirección a la vulva. Descienden las paredes vaginales (colpocele), la vejiga (cistocele), el recto (rectocele), y el útero (histerocele). La clasificación a seguir es la propuesta por Goffe. Útero descendido bajo la acción del esfuerzo, llegando a ocupar el cuello la mitad del conducto vaginal, el prolapso se llama de primer grado. Cuando el cuello ha descendido bajo la acción del esfuerzo hasta el introito o nivel de la vulva, el prolapso se llama de segundo grado. Cuando el cuello sobrepasa la vulva o introito el prolapso se llama de tercer grado. Cuando todo el útero ha salido o sale bajo la acción del esfuerzo fuera de la vagina el prolapso es total y se llama procidencia. Cualquiera de estos grados de prolapsos puede acompañarse de descenso de las paredes anterior o posterior sin guardar relación con el grado del prolapso uterino. Las hernias de los fondos de saco vesico-uterino y recto uterino son los llamados enteroceles anterior y posterior respectivamente.

ETIOLOGÍA

El prolapso genital es debido a la asociación de dos factores: (a) insuficiencia de los medios de sostén como causa principal y (b) los esfuerzos que obran en una manera accesoria. Tienen un papel importante los embarazos y partos frecuentes, los desgarros perineales por producir debilitamiento de los medios de sostén.

En las nulíparas el prolapso obedece a la insuficiencia constitucional por distrofia de los tejidos conjuntivos y musculares. En las mujeres de edad avanzada es debido a la atrofia post-climatérica de los medios de fijación, principalmente el retinaculum uteri. Para la finalidad práctica, los factores causales pueden ser considerados como debidos a alargamientos y laceraciones concomitantes con el parto, de los diferentes medios de sostén. Las distopias uterinas, especialmente el retro-desplazamiento, acelera el descenso de manera tal que aquellos casos descuidados de reto-desplazamientos terminan la mayoría de las veces en procidencia. Otras causas que juegan un papel primordial en el desarrollo de las hernias ginecológicas son la obesidad, la ascitis, la constipación y la prolongada permanencia de pies, por el aumento de la presión intra-abdominal.

TÉCNICAS PARA CORREGIR EL PROLAPSO

(A) DOLERIS-CABALLERO: ligamentopexia para el retro desplazamiento. Consiste en pasar los ligamentos redondos por dos ojales en cada uno de los músculos rectos y sus aponeurosis; para suturarlo luego el uno con el otro, por medio de hilos absorbibles. Esta técnica como todas las ligamentopexias tiene el inconveniente de no reforzar los elementos de contención y por esto las reincidencias son frecuentes.

(B) BUMM-SCHAEFFER: también llamada histeropexia ístmica. Consiste en fijar fuertemente la cara anterior del istmo uterino a la pared anterior del abdomen, dejando libre el cuerpo uterino y en condiciones de sobrellevar cómodamente el peso de futuras gestaciones. Los resultados han sido malos, pues no resuelve el problema del prolapso en su totalidad, ya que se fija el útero a la pared abdominal, no corrige el descenso vaginal ni la debilidad perineal, limita la libertad de los movimientos uterinos para cumplir sus funciones fisiológicas, predispone el aborto y favorece las presentaciones viciosas.

(C) HISTEROPEXIA ABDOMINAL: consiste en fijar el útero a la pared abdominal mediante hilos o crines de Florencia que se harán pasar por la cara anterior del útero. Los resultados de estas técnicas han sido malos por qué no corrigen el prolapso en su totalidad.

(D) OPERACIÓN DE HALBAN: se practica una incisión en la pared anterior de la vagina se disecciona la fascia vesicovaginal y se separa de la vejiga que se encuentra por encima; se rechaza la vejiga hacia arriba desprendiéndola de sus adherencias y sobre la fascia vesico-vaginal se practica una sutura en bolsa, quedando de tal suerte la vejiga sostenida y protegida en su posición de origen. La operación se complementa reseccando el exceso de mucosa anterior practicando la amputación del cuello si es necesario y finalmente, ejecutando la perineorrafia con miorrafia de los elevadores. La operación de Halban figura como una de las técnicas modernas para la corrección del prolapso en todas las edades y sus distintas modalidades, siendo una operación fisiológica y anatómica que corrige uno por uno todos los tiempos del prolapso. Esta técnica con la Fothergill, son las más usadas en la actualidad para corregir los prolapsos.

(E) OPERACIÓN DE BALDY: consiste en pasar los ligamentos redondos a través de un ojal abierto en la zona vascular de los ligamentos anchos poniéndolos en contacto con la pared posterior del útero a la que se fijan por medio de dos a tres hilos de sutura. Esta operación tiene el inconveniente de utilizar para la fijación uterina la porción distal del ligamento redondo que es la menos resistente por eso las recaídas son frecuentes. Pero últimamente algunos ginecólogos asocian a esta técnica unos puntos de adosamiento en los ligamentos uterosacros, obteniendo buenos resultados.

(F) OPERACIÓN DE WERTHEIM – WATKINS O INTERPOSICIÓN UTERINA: se hace una incisión en la pared anterior de la vagina, se despega la vejiga y se abre el repliegue peritoneal vésico-uterino. Exteriorizado el cuerpo del útero se coloca en el espacio comprendido entre la vejiga movilizada y la pared vaginal anterior la cual se reseca en la extensión que sea necesaria. En esta forma el fondo uterino queda subvesical y extraperitoneal, pues el borde la hojilla peritoneal se sutura a la pared posterior del útero. Se cierra la pared vaginal resecada y se completa con la perineorrafia y miorrafia de los elevadores. Por esta anti fisiológica y anti anatómica en que queda el útero fijado, se elimina la idea de toda posibilidad de concepción, de lo cual se deduce, que no

puede ejecutarse sino en el climaterio o en mujeres jóvenes previamente esterilizadas. Produce perturbaciones vesicales que son debidas a la colocación de la vejiga en un sitio distinto al normal por comprensión que sufre como consecuencia de la nueva residencia uterina. Además si se practica en mujeres jóvenes que posteriormente puedan presentar fibromas uterinos, el tratamiento quirúrgico de estos tumores sería difícil, casi imposible.

(G) OPERACIÓN DE FOTHERGILL: se exterioriza el cuello y se mantiene así bajo tracción. Se coloca una pinza de Allis a un centímetro y medio más o menos, por debajo del orificio externo de la uretra. Se pasa una sonda a través de la uretra y se localiza el fondo vesical. A unos 2 cms por encima del orificio externo del cuello se hace una incisión circular, que varía en longitud a 3 a 4 cms. La profundidad de esta incisión debe llegar hasta la musculatura misma del cuello. Sobre uno y otro lado de la incisión transversal se colocan pinzas de Allis, se hace una tracción opuesta, tanto del cuello uterino como sobre la pinza colocada por debajo del orificio externo de la uretra. Con una tijera curva y de bordes romos introducida en la incisión hecha sobre la mucosa del cuello uterino, se va construyendo un túnel de abajo hacia arriba, con solo abrir y cerrar la tijera.

Con una tijera recta se abre la pared del túnel en el sentido vertical. De esta manera se tiene la incisión llamada en T. invertida. Con pinzas en T. se invierten los colgajos de la mucosa vaginal, y con el dedo pulgar o el índice, cubierto de gasa se separa profundamente de la vejiga de la fascia pubo-cervical. Una vez verificado esto se levanta el fondo vesical con una pinza de disección y se secciona el ligamento vésico-cervical, para obtener un acceso fácil a la cara anterior de la matriz. Seleccionada esta fascia o ligamento se desprende la vejiga de la pared anterior de la matriz, en una amplia zona que ha de facilitar las maniobras posteriores.

Se completa la incisión circular sobre el cuello, con el fin de amputarlo, según la técnica de Sturmdorf. La separación de la mucosa pericervical de acceso fácil en uno y otro lado, a las bases de los ligamentos anchos, bases

que se seccionan y se ligan por separado, con el fin de unir las después sobre la cara anterior del cuello uterino restante.

En aquellos casos en que la amputación del cuello no es necesaria, la colocación de puntos en U, cogiendo uno y otro ligamento en su punto de inserción sobre el cuello uterino, produce el acortamiento de los ligamentos anchos y por consiguiente una mejor suspensión uterina. Uno o dos puntos en U. con catgut cromado Nº 2 se comienza la plastia de reinserción de la fascia pubo cervical, sobre la cara anterior de la matriz empezando así: la aguja penetra por un lado de la fascia y coge una gran porción de ésta, en el sentido oblicuo a la dirección de las fibras de la misma; luego se coge una pequeña porción de la musculatura externa de la vejiga y se pasa también oblicuamente a través de la fascia pubo-vesical del otro lado. Cuatro o más puntos son necesarios para completar la reinserción facial sobre la cara anterior de la matriz. Una vez terminados estos puntos y hechos los nudos de cada uno de ellos respectivamente, se ve que el cistocele o el fondo vesical, ha emigrado nuevamente hacia su domicilio superior. Con puntos separados se sutura la mucosa vaginal de arriba abajo, previa resección de parte de ella.

La operación se completa con colpoperinerrafia y miorrafia, todos estos principios anatómicos y fisiológicos que deben regir el arte quirúrgico. Los ligamentos transversales del cuello, alargados y relajados se pliegan o se reinsertan a un nivel más alto, para adquirir una forma similar a las formas anatómicas y fisiológicas normales. La fascia pubo cervical que ha sufrido procesos de relajamientos se desinserta primero y luego se corta y reinserta sobre planos anatómicos más altos para producir la devolución de la vejiga a su puesto anatómico original, formando una nueva base a la uretra caída y de esta manera modificar la estática uterina cambiando la situación baja y

posterior en situación alta y anterior. De ahí que se diga con justa y merecida razón, que esta operación es la más completa, la más anatómica, y la más fisiológica de todas las técnicas ensayadas por el arte quirúrgico para el tratamiento del prolapso genital.

CONCLUSIONES

Hago una descripción a propósito más extensa de la técnica de Fothergill porque tuve la oportunidad de practicarla en 23 pacientes con un índice de mortalidad mínimo y he llegado a la conclusión de que esta operación cumple a cabalidad con todos los postulados del arte quirúrgico en la mayoría de los casos de prolapso genital. He tratado de continuar la conducta en el tratamiento del prolapso genital seguida por el profesor Brigard en el hospital de San Juan de Dios de Bogotá, donde las estadísticas demuestran los beneficios de la cirugía vaginal y en especial de la técnica de Fothergill. La operación de Fothergill se puede practicar en mujeres de vida genital activa, en cualquier variedad de prolapso y es de una inocuidad reconocida. La considero como la intervención a seguir por lo metódica y sencilla y por los magníficos resultados estadísticos. Además no tiene los riesgos propios de toda laparotomía, ya que se practica por vía vaginal. El preoperatorio incluye análisis de laboratorio de rutina, irrigaciones vaginales con permanganato de potasa al 1*4.000 por tres o cuatro días antes de la intervención. La víspera de la operación se administra purgante aceitoso y en la noche barbitúrico, media hora antes del acto quirúrgico morfina. Anestesia raquídea con solución de Scurocaine. Postoperatorio: suero glucosado al 5% vía subcutánea o venosa. Morfina a dosis requeridas. Hemostáticos. Lavado vesical con solución de nitrato de plata al 1*1.000 o de mercurio cromo en la misma dilución. Sonda de Petzzer que se retira cuatro o cinco días después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crossen y Crossen. Ginecología operatoria. T II. Edición hispanoamericana. 1947.
2. Ahumada J. C. Tratado elemental de ginecología. 1932.
3. H. Peham y J. Amreich. Ginecología operatoria. 1950.
4. Henry SP. El tratamiento quirúrgico de prolapso genital por vía vaginal. Tesis de grado. 1945.
5. Te Linde R. W. El tratamiento quirúrgico del prolapso del útero. 1945.
6. Nader R. La interposición uterina (Operaciones de Watikins y Richardson). Tesis de grado. 1943.