

Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Uterino, por la Técnica del Dr. E. P. Whelan*.

Por

Dr. Longino Soto Pacheco

CONSIDERACIONES GENERALES:

Pocos temas en Ginecología, pueden provocar mayor discusión, entre los ginecólogos, que el tratamiento quirúrgico del prolapso uterino. Encontramos autores que preconizan la panhisterectomía vaginal, como el tratamiento de rutina; otros, son decididos partidarios de la *operación de Manchester*, o de la *interposición de Watkins*, (Shauta), y por último encontramos un grupo para quienes las grandes operaciones de cirugía plástica vaginal, son el método de elección, combinándolas con suspensiones abdominales.

En general se puede decir que en las últimas dos décadas, se ha notado una tendencia a hacer todo el procedimiento por vía vaginal.

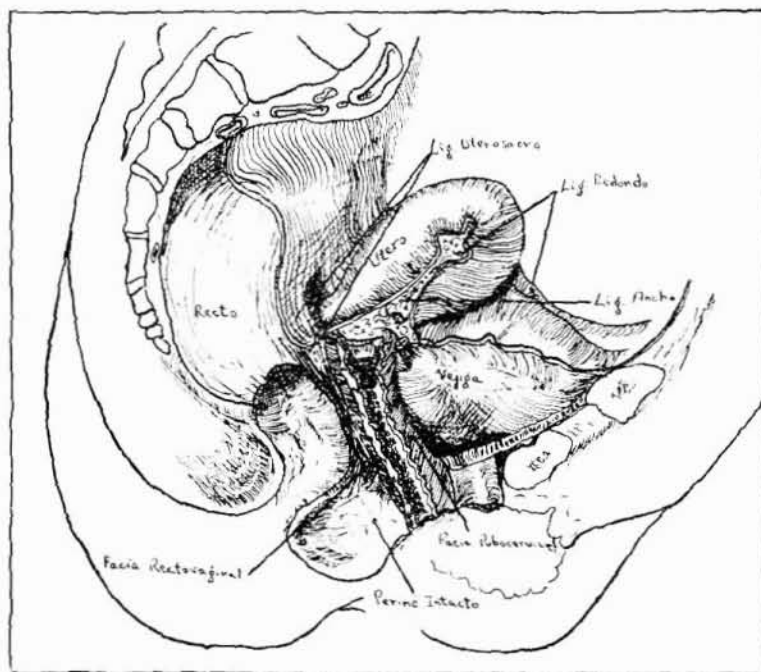


Figura N° 1. Soportes del Utero

* Diez casos tratados en el Servicio de Cirugía Federico Zumbado del Hospital San Juan de Dios.

exceptuando aquellos casos en que un padecimiento pélvico obligue a la intervención abdominal.

Debemos sinembargo tomar en cuenta que cada caso debe ser tratado en una forma más o menos individual, pero para la elección del procedimiento a seguir, hay que tomar en cuenta ciertos factores, entre los cuales los más importantes son: 1° La edad y la condición física del paciente. 2° Si se va a preservar la función reproductora. 3° El grado del prolapso, 4° La condición del cuello y del cuerpo uterino. 5° La presencia y el grado del cistocèle, y 6° La presencia y el grado del rectocèle. Hay que recordar por último que en casos iguales pueden obtenerse buenos resultados, tanto por uno como por otro procedimiento.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS:

Debemos analizar como punto de partida, los elementos anatómicos que prestan soporte al útero y cuya falla, viene a producir la entidad patológica que nos ocupa. El útero está mantenido en su posición

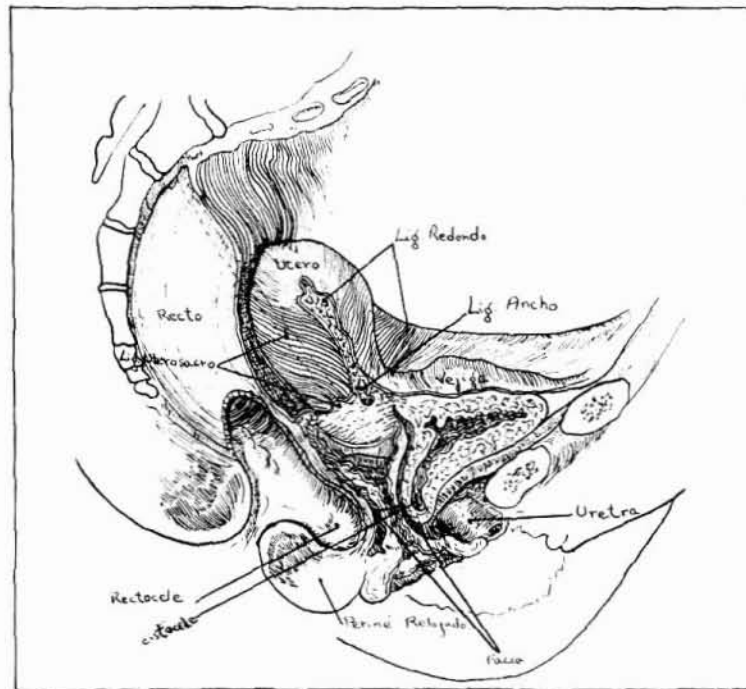


Figura N° 2 Diagrama mostrando la forma en que se produce el Cistocèle y el Rectocèle y el descenso del útero al fallar los Soportes Naturales

normal por los siguientes elementos: 1° los ligamentos redondos. 2° Los ligamentos útero-sacros. 3° La base del ligamento ancho. 4° La fascia o aponeurosis pubo-cérvico-vesical. 5° La fascia que se encuentra entre la pared posterior de la vagina y el recto. 6° El piso de la pelvis formado por los elevadores del ano.

Los ligamentos redondos tienen como función, tirar del útero hacia adelante, hacia su posición normal, después de haber sido desplazado fisiológicamente por la distensión vesical, o el embarazo. Una vez regresado a esta posición la presión abdominal ejercida en la pared posterior del útero, la mantiene. Cuando la presión abdominal aumenta como en el acto de defecar, o durante los ejercicios físicos intensos, se produce un pequeño y temporal descenso de la matriz, la que vuelve a su posición normal si sus elementos suspensores, están intactos. Pero si el útero está en retroversión, o los ligamentos redondos no pueden regresarlo después de un desplazamiento fisiológico, la presión abdominal fuerza el útero hacia la vagina. Si en este caso los demás elementos son suficientes, la matriz puede mantenerse a un nivel más o menos normal, pero exigiendo de ellos un esfuerzo mayor que el necesario, estando la matriz en anteversión.

Los ligamentos útero-sacros, que van del cuello al sacro, lo sostienen hacia atrás, y además impiden su descenso. Cuando estos ligamentos, laxos congénitamente, o debido a embarazos, no desempeñan su función normal, el cuello se desplaza hacia adelante, y hacia abajo, permitiendo a la matriz desplazarse en retroversión, y exponerse a la presión intraabdominal sobre su cara anterior, con las consecuencias del caso anterior.

Los ligamentos anchos juegan también un papel muy importante; situados a ambos lados de la porción intra-abdominal del cuello, se insertan en abanico en las partes laterales de la pelvis. Ligamentos congénitamente laxos, o estirados y debilitados por los embarazos, en los cuales el peso del útero, y la acción de las hormonas, producen este resultado, permiten por su falta de acción, el descenso del útero.

La vagina de la nulípara, se mantiene en posición como una estructura semi-rígida, por una fascia que envuelve la mucosa. Esta fascia está constituida, en la parte anterior, por la fascia pubo-vesico-cervical, que se extiende de la sínfisis del pubis, pasando por debajo de la vejiga, a la pared anterior del cuello. Posteriormente la fascia recto-vaginal separa la vagina del recto; cuando estas estructuras fallan, por desgarros, o relajamientos, la pared vaginal pierde su consistencia permitiendo el rectocele y el cistocele.

Finalmente tenemos el piso muscular de la pelvis, que forma la estructura sobre la cual descansa el útero en última instancia. Desgarros y separaciones de las fibras pubo-coccígeas del elevador del ano, debilitan el piso y ensanchan la abertura a través de la cual la vagina y luego el útero descienden.

ENUMERACION DE TECNICAS UTILIZADAS:

Brevemente se citarán los procedimientos quirúrgicos que se han utilizado a través del tiempo, para el tratamiento de esta afección, dejando para último el procedimiento que motiva este trabajo.

En 1888 Donald, de la Clínica de Manchester, inicia el tratamiento del prolapso uterino con una combinación de colpoperineorrafias, anterior y posterior, con amputación del cérvix. Esta operación se conoce con el nombre de operación de Manchester, Donald, o Fothergill. Se practicó por mucho tiempo en todos los pacientes con prolapso, sin distinción de edades, posición social, o paridad. La viene a modificar Fothergill, consistiendo su modificación en una inscisión triangular de la pared anterior vaginal, que permite una mejor exposición de los ligamentos anchos, para su sutura en la cara anterior del muñón cervical. Shaw de la Clínica de Manchester reporta una estadística de 549 casos, tratados por esta técnica con un 96% de curaciones. A pesar de esta estadística tan favorable, no parece aconsejable la utilización del método en la generalidad de los casos. La opinión actual es que debe limitarse su aplicación para aquellos casos en que exista cistocèle, con prolapso de primer grado, cuando no se esperen nuevos embarazos, y cuando el útero no esté en marcada retroversión. Es satisfactoria particularmente esta técnica cuando el prolapso se debe en su mayoría a elongación del cuello. La contraindicación apuntada en lo referente a nuevos embarazos, se explica por ser la amputación del cuello, condición aceptada como productora de un altísimo porcentaje de esterilidad; aún en los casos en que con la amputación del cuello se consigue el embarazo, los partos prematuros entre el sexto y octavo mes son muy frecuentes, y la distocia por causa cervical, siempre está presente. La contra-indicación referente a prolapsos de más de primer grado, se explica por simple lógica, pues es difícil suponer que una simple colporrafia, con sutura de los ligamentos anchos por delante del cérvix, y seguida de colporrafia posterior, vayan a sostener un útero completamente prolapso. Como ventaja le podemos apuntar lo rápida y el pequeño shock quirúrgico que produce al paciente. La técnica creo innecesario describirla pues de hecho queda con los párrafos anteriores.

En 1898 Watkins describe la operación que lleva su nombre, y que también se conoce como interposición de Schauta. Utiliza el cuerpo de la matriz, y referente a modalidades de la misma técnica debemos citar los nombres de Freund (1895), Fritsch, Wertheim, etc. Esta operación ampliamente usada ha dado magníficos resultados, que han aumentado al agregar la amputación del cérvix. Sus indicaciones son precisas; el embarazo no debe producirse, y si la mujer en la cual se practica la operación es todavía susceptible de embarazos la ligadura de los tubos se impone. Otra contraindicación es la vida sexual activa de la paciente pues el acortamiento de la vagina es motivo de dispareunia. Debe vigilarse el estado del cuerpo uterino, mediante biopsias de endometrio, pues padecimientos de la matriz

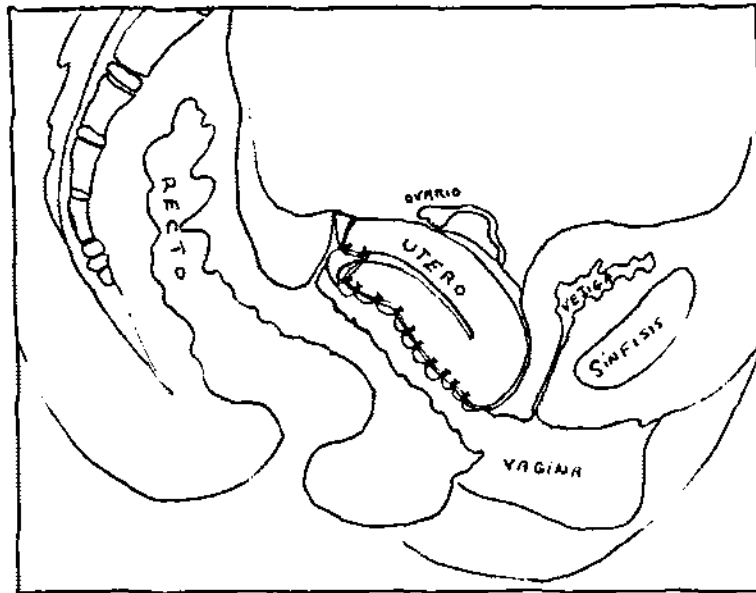


Figura N° 3 Interposición de Watkins — (Schauta)

es contra-indicación del procedimiento. Resumiendo la interposición es una medida quirúrgica excelente, para el prolapso genital, inclusive de tercer grado, pero siempre y cuando sea hecho en mujeres que se aproximan o han pasado la menopausia, y con úteros sanos, histológicamente. La técnica dicha someramente, consiste en lo siguiente: Insición en T sobre la pared anterior vaginal, para efectuar el despegamiento de la vejiga, y llevarla hacia arriba. Abertura del fondo de saco anterior, y amputación del cuello. Sutura del peritoneo sobre la cara posterior de la matriz. El fondo de la misma es entonces suturado debajo de la sínfisis del pubis, con varias puntadas de cat-gut fuerte. El exceso de mucosa vaginal se reseca, y sus bordes son suturados sobre la cara anterior de la matriz. El resultado final se puede ver en el diagrama adjunto. Luego pasamos a considerar la Histerectomía vaginal o Pan-histerctomía llamada por algunos. A pesar de los buenos reportes que sobre esta técnica han dado ginecólogos, y entre ellos Heaney, Danforth, y los Hermanos Mayo, la opinión entre otros autores como Te Linde, basado en las estadísticas del John Hopkins Hospital, no es del todo favorable, y citan la frecuencia del prolapso vaginal. Este desfavorable resultado es de muy difícil curación cuando se desea dejar una vagina de con-

diciones normales. Tomando estos factores en consideración esta operación debe ser circunscrita a los casos en que la remoción del útero sea deseable, como por ejemplo en miomas pequeñas, hemorragias funcionales, y aquellos casos de hemorragias post-menopáusicas, en cuyos casos la presencia de carcinoma ha sido excluido por biopsias repetidas.

En 1937, Edward H. Richardson describió una técnica para el tratamiento del prolapso uterino y condiciones asociadas, cuyo uso a ido aumentando con el tiempo. Esta técnica está compuesta de varias otras descritas con anterioridad, y consiste esencialmente en amputación del cervix, eliminación del cuerpo a un nivel deseado, para preservar el istmo que se utiliza haciendo una interposición con él. Esta operación se conoce con el nombre de operación de Spalding-Richardson, por haber sido descrita por ambos separadamente.

La técnica la podemos describir en la siguiente forma: el paciente se coloca en la mesa de operaciones en la posición ginecológica; el cervix se toma con la pinza y se hace tracción; si hay cistocèle se procede con la técnica usual, de despegar la mucosa vaginal anterior de la vejiga, haciendo un corte transversal a uno o dos cms. del cuello y otro vertical, (insición en T), utilizando las tijeras de disección. Luego se separa la vejiga de sus inserciones en la cara anterior del cuello, utilizando disección roma, que puede muy bien hacerse con un dedo recubierto de gasa. De cada uno de los segmentos de mucosa vaginal disecados se trata de separar la fascia puño-vesico-cervical, que en la parte media es muy delgada; se hace a continuación la amputación del cervix; la técnica que se sigue para esto puede ser la amputación alta, o la baja de acuerdo con la longitud del cuello; el labio posterior del cuello seccionado se recubre con un colgajo de mucosa que ha sido disecado previamente; si tenemos cuidado de ligar previamente los vasos cervicales de la uterina a cada lado, la amputación será casi seca. Se hace entonces la apertura del fondo de saco vesico-uterino; se extrae entonces el útero a través de esa insición lo que se puede facilitar por puntos sucesivos sobre el cuello, lo que evita la pérdida de sangre; una vez esto terminado tomamos el ligamento redondo, la trompa y el ligamento ovárico y les ponemos tres pinzas, de cada lado para cortarlos, y los ligamos con cat-gut fuerte haciendo un solo paquete; el procedimiento se repite del otro lado; el tiempo siguiente consiste en una amputación supravaginal, al nivel deseado, de acuerdo con el tamaño de la matriz, y del cistocèle; antes, se procede a ligar los vasos uterinos que ascienden a los lados del útero, y que vamos a seccionar al hacer la amputación. La sección de la matriz se hace en V, para facilitar la sutura, como se hace en la histerectomía abdominal; cerramos el muñón con puntos separados, y con puntos fuertes, unimos el muñón a cada paquete lateral formado por el ligamento redondo, tubo y ligamento ovárico; también le suturamos los restos del liga-

mento útero-sacro, y del ligamento ancho. La irrigación que queda para el muñón que se ha formado es suficiente y no es de temerse ningún trastorno isquémico. Procedemos entonces a cerrar la abertura peritoneal, del fondo de saco, vésico uterino, y en la línea media suturamos la fascia pubo-vésico-uterina, con puntos separados de crómico delgado. Seccionando el exceso de mucosa vaginal disecada, se suturan los bordes de ésta sobre el muñón que hemos formado, y luego la sutura lateral de la mucosa vaginal viene a completar la operación.

Tenemos siguiendo el orden de la descripción, las operaciones plásticas de la vagina, combinadas con suspensiones abdominales. Como se dijo en un principio, las tendencias de la actualidad, tienden a practicar todo el procedimiento por vía vaginal, y dejando para muy escogidos casos la intervención combinada con la intervención abdominal; lógico es suponer que colgar un útero prolapsado, dejando el piso y los soportes inferiores en malas condiciones, no puede ser mejor que atacar directamente estos factores por vía vaginal y resolverlos por esa vía; sin embargo hay casos y de ellos pongo como ejemplo el de una mujer joven que presenta un prolapso, y en quien se esperen y deseen futuros embarazos, ya que con las operaciones citadas, Manchester, histerectomía vaginal, Interposición de Watkins etc., esta posibilidad se pierde. Y aún en este caso la mujer debe ser advertida de que una vez completada su familia será necesario, practicar en ella una operación, como las citadas que pondrán definitivo coto a sus molestias. Bajo estas circunstancias, la operación más asequible, es la plástica necesaria (colpoperínorrafias) y suspensiones usando los ligamentos redondos. Ejemplo de esta última operación es la suspensión de Gilliam, ya sea acortando únicamente los ligamentos redondos o utilizando además los uterosacros que se unen en la parte media para dar mayor apoyo.

OPERACION DE LE FORT:

Esta operación consiste en la denudación de dos áreas triangulares en la pared vaginal anterior y posterior y su aproximación con puntos separados; deja desde luego una vagina fisiológicamente nula, por lo que debe ser utilizada en mujeres de muy avanzada edad, viudas o mujeres casadas que hayan terminado su vida sexual; sin embargo es mejor no hacerla si existe la posibilidad, que siempre existe, de practicar cualquier otra operación que deje una vagina útil. Como consecuencia muy desagradable de esta operación tenemos la frecuencia de la incontinencia urinaria, motivada por la tracción que se hace de la pared vaginal anterior, vecina del trigono y la uretra. Goodall y Power han modificado esta operación haciendo la sutura

triangular en la parte más superior de la vagina, de modo que queda la parte inferior útil, y puede seguirse de colpoperineorrafias; sin embargo se debe decir lo mismo que se dijo de la original, y es que si puede practicarse alguna otra de las operaciones que dejan una vagina útil, es preferible recurrir a ellas.

Una vez expuesto lo anterior referente a la historia de los diferentes procedimientos quirúrgicos que han sido utilizados para el tratamiento del prolapso uterino con cistocelo, voy a describir la técnica original del Dr. Edward P. Whelan M.D. F.A.C.S., cirujano jefe del Saint Mary's Hospital, de Passaic, New Jersey, de quien fui asistente por un año en el mismo hospital. Esta técnica la hemos utilizado en el Servicio de Cirugía Federico Zumbado, con excelentes resultados, y presento al final de este trabajo algunas de las historias clínicas de las enfermas que han sido operadas en el citado servicio y utilizando la técnica que describiré a continuación.

Tiene esta técnica innumerables ventajas, sobre todos los procedimientos descritos, y sus contraindicaciones las podríamos concretar a la malignidad del útero, en cuyo caso lógico es suponer el procedimiento terapéutico es completamente diferente. Tiende a una estandarización de todas las técnicas, con efectivos beneficios para el paciente. El número de casos tratados por su autor pasa de los 500, y sus buenos resultados vienen a confirmar la benevolencia del procedimiento; puede hacerse en mujeres relativamente jóvenes sin el problema de la dispareunia, debido a que la profundidad de la vagina es dejada de acuerdo con las condiciones y la edad de la paciente. Además el corto tiempo en que se realiza y el pequeño shock que produce son otras de las ventajas, sobre todo en nuestro medio en el cual la mayoría de las pacientes no llenan las condiciones quirúrgicas óptimas, y aún en ellas puede practicarse sin necesidad de transfusión sanguínea.

Como tratamiento pre-operatorio se aconsejan exámenes de laboratorio rutinarios, y lavado vaginal la noche anterior a la operación. Como anestésico la raquianalgia de preferencia. Tomando en cuenta que se trata de operaciones cortas, y de raquias bajas, esta anestesia rara vez ofrece peligros. La enferma se coloca en posición ginecológica, y si los labios menores son prominentes, se suturan a los muslos; el cervix se tracciona, y con seda gruesa se cierra la cavidad del mismo, lo que además nos servirá de tracción; una vez hecho esto iniciamos la operación. *Primer tiempo: Insisión circular del cuello,*

como a dos centímetros del orificio externo; a partir de la parte media y anterior de esta insisión iniciamos el despegamiento de la mucosa vaginal de la vejiga, para lo que utilizamos tijeras de disección, que con movimientos de abrir y cerrar van formando un túnel, que seccionamos cada dos o tres cms., así continuamos hasta un cm. por debajo del meato urinario; hacemos tracción por medio de pinzas, de los bordes de esta insisión, para mediante disección, y siguiendo el plano de clivaje, separar esos dos labios de la vejiga en toda su extensión; una vez terminado un lado hacemos lo mismo con el otro lado. Se procede entonces

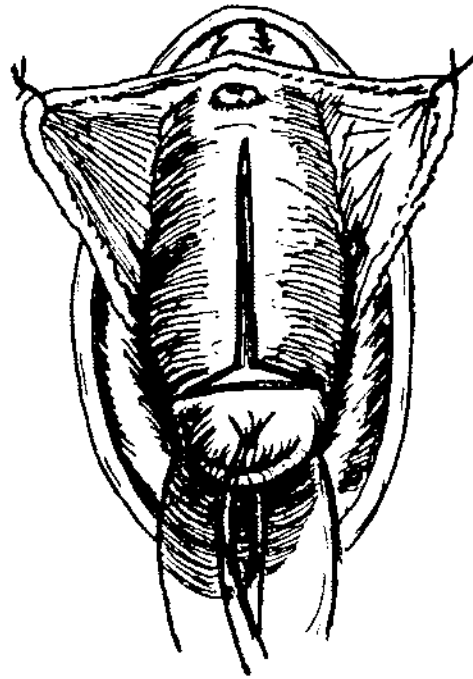


Figura N° 4 Incisión en "T" Primer Tiempo

a la disección de la vejiga que se encuentra adherida a la parte anterior del cuello, lo que se facilita si utilizamos el dedo envuelto en gasa, terminamos esta parte una vez que tengamos la vejiga completamente despegada hacia arriba y descubierto el fondo de saco vésico-uterino, con cuya abertura damos por terminado el primer tiempo.

Segundo Tiempo:
De la parte media de la insleión posterior del cuello, iniciamos una disección con tijeras curvas, y con movimientos de abrir y cerrar, hacia el fondo de saco posterior, hasta lograr su abertura. Hechos estos dos ojales peritoneales, hacemos una exploración del cuerpo de la matriz y los anexos para darnos cuenta exacta de las condiciones de esos elementos.

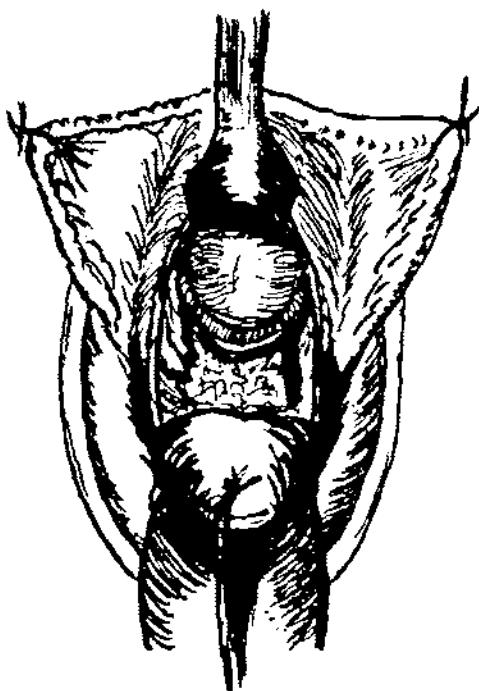


Figura N° 5 Fondo de Saco Anterior Abierto

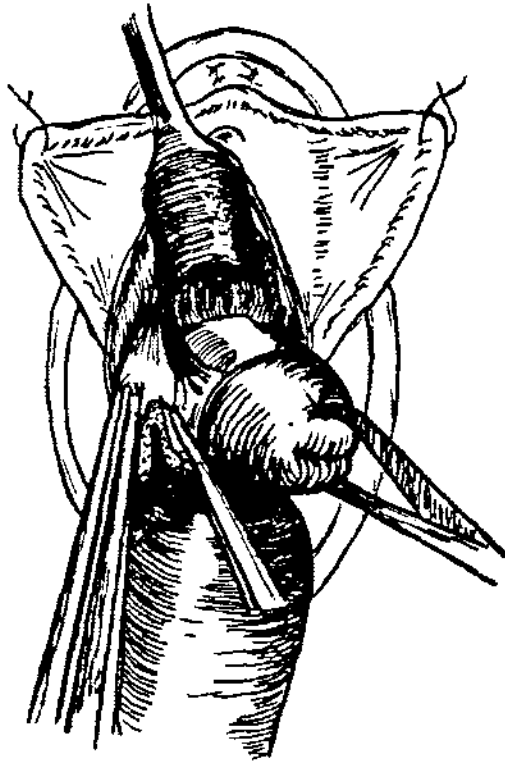


Figura N° 6 Sección de Ligamentos Útero-Sacros
Tercer Tiempo

Tercer tiempo: Haciendo tracción sobre las suturas implantadas en el cuello, separamos con un par de golpes de tijera los tejidos adheridos a las partes laterales del cuello, para poder iniciar los cortes laterales; colocamos tres pinzas en la parte lateral que corresponde a los ligamentos útero-sacros, y cortamos entre la pinza interna y las dos externas; pasamos luego una aguja montada para ligar lo que será nuestro primer muñón; se hace lo mismo del otro lado; las mismas tres pinzas se colocan de nuevo, y esta vez sobre la base del ligamento ancho y los vasos uterinos; se corta, sutura, y tenemos el segundo muñón; se repite en el otro lado,

finalmente formamos de la misma manera nuestro tercer y último muñón clampando, cortando y suturando lo que corresponde a la parte alta de los ligamentos anchos. Durante todo este tiempo hemos tenido retraída la vejiga mediante un separador de Zim.

Cuarto tiempo: Por el ojal hecho en el fondo de saco vesico-uterino, exterioriza-

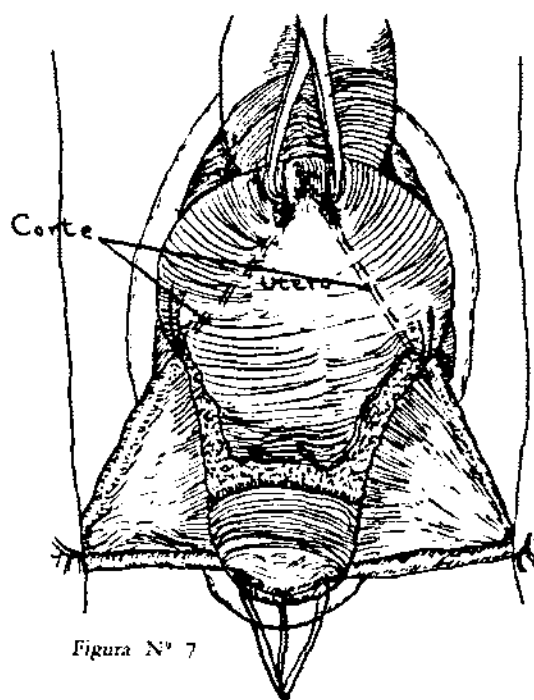


Figura N° 7

mos el fondo de la matriz, y hacemos el corte (figura adjunta), en forma de V invertida, cuyo vértice estará a 2 cms., aproximadamente, de la parte media del fondo de la matriz, y los lados nacen en la unión de los dos tercios inferiores con el tercio superior de la parte lateral de la matriz. Como precaución en este tiempo, debemos fijarnos de no dejar nada de mucosa (endometrio).

Una vez hecho este corte, se inicia una sutura en el vértice de la V, con catgut tres cerros, y en su cara

anterior, hasta convertirla en una línea de puntos vertical. Lo mismo hacemos en la cara posterior, con lo que habremos conseguido la formación de un muñón, cuyo tamaño será dejado de acuerdo con el caso, y la magnitud del cistocèle.

Quinto tiempo: Con Cat-gut fuerte (N° 2) ponemos un punto profundo y lateral que tome el perlostio de la cara posterior de la rama

horizontal del pubis, que fijamos en la parte próxima lateral del mu-

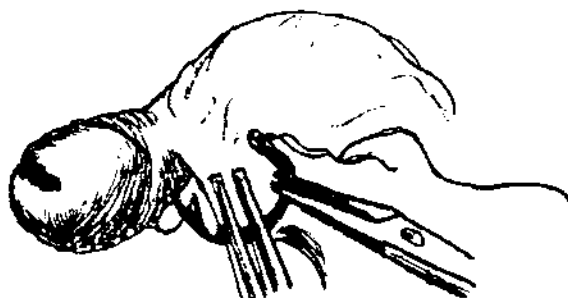


Figura N° 8 Ligadura por Transficción para formar el primer Muñón

nón; igual ma-
niobra hacemos
del otro lado,
con lo que ten-
dremos un cuer-
po, con abun-
dante irrigación
y sólidamente
fijado para re-
tener en su si-
tio a la vejiga
prolapsada que
formaba el cis-
tocele. Para ter-
minar este tiem-

po ponemos un punto en la parte media y superior del muñón que fijamos a la mucosavaginal inmediatamente debajo del meato urinario. (Punto en U).

Sexto tiempo: anudamos en la parte media los tres muñones que habíamos dejado, anudándolos con sus homólogos del lado opuesto; Se recorta todo el exceso de mucosa vaginal anterior (como en el simple método por cistocel) y suturamos con puntos separados y de arriba a abajo, hasta dejar cerrado ese corte. Unimos luego también con puntos separados los bordes vaginales del fondo vaginal, y esta especie de chupón vaginal se empuja hacia adentro, manteniéndolo en su lugar, mediante gasas que se dejan por 8 horas, tiempo suficiente para formar adherencias. En esta forma se deja una vagina profunda, casi igual a la original; si se desea acortar, entonces antes de suturar el fondo se recorta hasta el nivel deseado. Para terminar la intervención y si fuere necesario se hace una colpoperineorrafia posterior utilizando y suturando en la parte media los elevadores del ano.

Como se verá por la descripción, es una operación sencilla, o cuando menos de más fácil realización que cualquiera de los métodos preconizados; el shock es pequeño, o nulo al menos en los casos que hasta ahora hemos hecho. La pérdida de sangre, pequeña; puede hacerse en mujeres de cualquier edad; la profundidad de la vagina se deja a elección; la posibilidad de recidivas del cistocel, nulas; ni de prolapsos vaginales; el tiempo en que se hace bastante corto.

Hay que anotar que frecuentemente estas enfermas presentan en los primeros días, dificultad para la micción común en toda intervención ginecológica, que se trata por prostigmina, sondeo cada 8 horas y cuando mucho, aplicación de una sonda fija. Siempre cede al cabo de unos días.

El levantamiento precoz, a las 12 horas es indispensable, en el post-operatorio, para evitar complicaciones, y acortar el período de restablecimiento.

Como última parte de este trabajo voy a referirme a los diez ca-

sos operados con esta técnica en el Hospital San Juan de Dios.

Los primeros casos tienen ya más de un año de operados, y han sido controlados, casi todos ellos en varias ocasiones, y las observaciones no han hecho otra cosa que reafirmar nuestra confianza en la técnica descrita; la vagina presenta caracteres normales, el cistocele no se ha reproducido, y las enfermas, no señalan ninguna molestia.

Primer caso: Ficha de identificación: Juana Pérez Calderón, de 51 años, vecina de San Pedro de Montes de Oca, casada, y de ocupaciones domésticas. Ha tenido nueve embarazos.

Se presenta al Hospital el 21 de Marzo de 1950, y es internada en el Salón Zumbado. La Historia clínica no da datos positivos excepto en lo referente a Ginecología. El examen ginecológico, revela un prolapso uterino de tercer grado, con rectocistocele; cuello de caracteres normales, y matriz de tamaño pequeño, sin alteraciones ostensibles. Al interrogatorio refiere sus molestias, al prolapso que se produce con el menor esfuerzo, disuria y poliuria. Se le practican los exámenes rutinarios de laboratorio como orina, heces, tiempo de coagulación, hemograma, grupo sanguíneo, los que no presentan datos patológicos. Se procede a la intervención quirúrgica el día 3 de Abril de 1950, siguiendo la técnica del Dr. Whelan. La operación y el pos-operatorio son satisfactorios, dándosele de alta a la enferma el 12 de Abril de 1950, o sea nueve días después de la intervención, en perfectas condiciones. El reporte anatomopatológico de la pieza reporta una cervicitis quística.

Caso número Dos:

A. V. C. de 64 años de edad, viuda, de oficios domésticos, reside en San José, ha tenido tres embarazos. Se interna en el Hospital San Juan de Dios el día 20 de Julio de 1950. La historia clínica es negativa excepción hecha de la parte ginecológica en la que refiere una poliquiuria poco acentuada, flujo escaso, y sensación de peso en el periné. Al examen físico encontramos un prolapso genital de tercer grado con gran cistocele; cuello y matriz dentro de las condiciones ideales para la intervención. Previos exámenes de laboratorio rutinarios, y tratamiento preoperatorio de la parte afectada, como preparación para la intervención, se interviene el 21 de Julio de 1950, con la técnica anotada, y con resultado satisfactorio; el post-operatorio se desarrollo satisfactoriamente, y es dada de alta por curación el 27 de Julio de 1950. Esta enferma se ha mantenido en constante control desde entonces y el resultado llena todos los requisitos deseados. El reporte anatomopatológico de la pieza fue, cervicitis.

Creo necesario recalcar en este caso que puede considerarse el caso tipo para esta intervención, y el que realmente confirma la bondad del procedimiento y los resultados excelentes que con él se obtienen; esta enferma tiene 64 años y es viuda, por lo cual en ella se creyó prudente hacer un acortamiento de la vagina, únicamente para fines higiénicos de la misma enferma; como se verá el largo

de la vagina se deja de acuerdo con las condiciones de cada paciente. Como se puede apreciar el tiempo que esta enferma estuvo internada en el Hospital fue de siete días, lo que da una idea del provecho que para el Hospital mismo tiene, por lo corto de las estancias en esta clase de padecimientos que son sumamente frecuentes en nuestro ambiente.

Caso número Tres:

M. F. V. de 33 años de edad, soltera, de oficios domésticos, y domicilio en Barrio México, San José. Ha tenido diez embarazos. Se presenta al Hospital San Juan de Dios el 29 de julio de 1949 y es internada en el Salón de Cirugía Zumbado. La historia clínica señala un aumento de tamaño del tiroides, y se diagnostica bocio colode no tóxico; metabolismo basal de 14; ginecológicamente disuria y trastornos mecánicos producidos por el prolapso genital; a la exploración física, Vulva y Vagina normal, excepción hecha de una pequeña ulceración de la pared posterior de la vagina, infectada secundariamente; Matriz prolapsada en cuarto grado, cuello y matriz sin alteraciones macroscópicas. Se le trata previamente la infección vaginal y previos exámenes de laboratorio se interviene el día 12 de Agosto de 1949, siguiendo técnica descrita. Cuidados post-operatorios ya descritos como levantamiento precoz, y dosis pequeñas de penicilina; la enferma es dada de alta por curación el 23 de Agosto de 1949.

Caso número Cuatro:

B. A. A. de 60 años de edad, viuda, reside en Guadalupe de Goicoechea, de oficios domésticos, y que ha tenido cinco embarazos. La historia clínica es negativa en cuanto a demás aparatos y ginecológicamente dice tener molestias urinarias, y la causada por el peso y situación anormal de la matriz. Exámenes de laboratorio de rutina y se opera el 12 de Setiembre. La enferma había ingresado al Salón Zumbado del Hospital San Juan de Dios el 5 de Setiembre de 1949; operación y post-operatorio favorables y se da alta por curación el 1º de Octubre de 1949. Reporte anatomopatológico, epidermización.

Caso número Cinco:

A. V. D. de 49 años de edad, de oficios domésticos, casada con domicilio en San Ramón, y que ha tenido nueve embarazos. Se interna en el Hospital San Juan de Dios el día 3 de Enero de 1949. La historia clínica como datos positivos, dice que la enferma desde hace dos meses presenta metrorragia, acompañada de flujo amarillo; trastornos urinarios y los propios del prolapso; a la exploración física, presenta: Cuello grande lacerado, entreabierto, con el ori-

ficio externo granuloso; fondos libres no dolorosos, matriz de forma y tamaño normales; prolapso de primer grado, recto-cistocele.

Es operada el 10 de Enero, con la técnica de Whelan; Post-operatorio satisfactorio y es dada de alta el 26 de Enero del 49. El reporte anatomopatológico, dice: engrosamiento epitelial.

Caso número Seis:

D. Z. Ch. de 40 años de edad, viuda, de oficios domésticos, con domicilio en Tilarán, Guanacaste. Ha tenido ocho embarazos. Se interna en el Hospital San Juan de Dios el 31 de Marzo de 1949. La Historia Clínica revela al interrogatorio molestias urinarias y sensación de peso perineal en lo referente a Ginecología; a la Exploración en la parte del cuello se encuentra un adenoma tiroide, sin ninguna otra manifestación. Examen ginecológico: Prolapso uterino de tercer grado. Luego del consabido tratamiento pre-operatorio, con sus respectivos exámenes de laboratorio, se interviene el 20 de Abril de 1949, y se le practica la operación de Whelan, empleando un tiempo de 65 minutos. Post-operatorio usual y alta el 3 de Mayo de 1949. Esta enferma tuvo una estancia muy prolongada, pero fue debido a que inicialmente ingresó a un salón de medicina de donde fue trasladada a Cirugía.

Caso número Siete:

B. D. A. de 49 años de edad, casada, de oficios domésticos, vive en el Zapote de San José. Ha tenido nueve embarazos. Ingres a al Hospital el 31 de Marzo de 1949 con el diagnóstico de prolapso uterino. Su historia clínica no da datos patológicos excepto en lo referente a Genito Urinario, y encontramos en el interrogatorio trastornos menstruales, sensación de peso perineal, y dice la enferma haber notado el descenso uterino hace cinco años, después de un parto. En el examen ginecológico: Recto-cistocele, Prolapso uterino de tercer grado; cuello normal, y matriz pequeña. Se interviene el 19 de abril de 1949, con la técnica apuntada, y después de un post-operatorio normal se da alta por curación el 26 de Abril del mismo año. Reporte anatomopatológico: atrofia de la matriz.

Caso número Ocho:

R. R. I. de 56 años de edad, soltera, reside en San José, se ocupa en oficios domésticos. Ha tenido un embarazo. Se interna en el Hospital el 25 de Marzo de 1949, con diagnóstico de prolapso uterino y recto-cistocele. En la historia clínica vemos que la enferma desde hace muy poco tiempo notó la caída de su matriz, y que el descenso aumenta paulatinamente; presenta disuria y retención urinaria parcial. Al examen ginecológico encontramos: rectocistocele moderado. Cuello sin signos de malignidad. Prolapso de tercer grado. Matriz atrofica. Se opera el 6 de Abril de 1949, en idénticas condiciones que los casos anteriores y se le da alta por curación el 18 del mismo

mes. El reporte anatomopatológico indica fibrosis cervical.

Caso número Nueve:

B. D. C. de 44 años de edad, casada, reside en Salitral de Santa Ana. Ha tenido tres embarazos. Ingresa al Hospital el 22 de Agosto de 1949, y se traslada al Zumbado el 24 del mismo mes. En la historia clínica, encontramos antecedentes de epilepsia, que son tratados en el mismo hospital. Además las molestias clásicas de un recto-cistocele y prolapso uterino de tercer grado. A la exploración se confirman los datos anteriores. La enferma se interviene el 29 de Agosto de 1949, y es la primera de los diez casos en los cuales se presenta una temperatura alta, remitente, que nos hace pensar en paludismo; se le instituye tratamiento antipalúdico y la temperatura no cede, por lo que se sospecha la formación de un proceso infeccioso vaginal; sin embargo, a los pocos días cede con penicilina y sulfatiazol y la enferma sigue su curso sin más contratiempos para ser dada de alta por curación el 21 de Setiembre de 1949. El reporte anatomopatológico dice: epidermización.

Caso número Diez:

E. C. P. de 41 años casada, de oficios domésticos domicilio en San Pedro de Montes de Oca. Ingresa al Hospital el 25 de Julio de 1949, con diagnóstico de Prolapso Uterino de tercer grado. Su historia clínica en su parte de interrogatorio Uro-genital revela que hace seis años que se le sale la matriz, dolor en la vulva, y polaquuria. El examen ginecológico: Prolapso uterino de tercer grado, cervicitis marcada, anexos libres, matriz pequeña. Se interviene el 3 de agosto de 1949, y es dada de alta por curación el 16 de agosto del mismo año. El reporte anatomo-patológico: cervicitis quística.

Como resumen final solo resta decir algunas palabras acerca de estos diez casos operados con esta técnica. Las enfermas operadas oscilan entre los 33 años y los 64 años de edad, es decir, comprenden un buen promedio de años, y bueno es recordar que en todos el resultado ha sido bueno. Las condiciones de las pacientes revelan el promedio de nuestro medio ambiente; enfermas algunas de ellas anémicas, y en condiciones de nutrición algo lejos de las condiciones óptimas requeridas en cirugía. Algunas casadas, y es de suponer con vida sexual activa, lo que no se ha visto alterado, puesto que la profundidad de la vagina se deja de acuerdo con sus condiciones. En ninguna de las operadas se tuvo problemas de shock intenso y la mortalidad ha sido cero. Finalmente, es una técnica que puede emplearse con más frecuencia en nuestro medio, en donde este padecimiento es bastante frecuente, y con positivos beneficios tanto para las enfermas, para el Hospital, para el acortamiento de las estancias, como para el cirujano, por ser una técnica sencilla, segura y de positivos resultados.

Nota: el número total de casos operados con la técnica del Dr. Whelan en los Hospitales del país, ya pasa de quinientos.