

Reparación quirúrgica del cistocele por vía abdominal intraperitoneal

Primera evaluación de 22 casos operados

DR. OSCAR ROBERT A.*
DR. DANILO HERRERA R.*

INTRODUCCION:

Existen numerosos casos en que un cistocele sintomático o asintomático acompaña a otras alteraciones del sistema genital en las cuales no se considera conveniente quitar el útero por vía vaginal. Tales son miomas uterinos, quistes ováricos, displasia cervical, metrorragia rebelde, dismenorrea primaria, etc. En estos casos es necesario combinar una laparatomía con un segundo tiempo vaginal que corrientemente prolonga el tiempo operatorio y de anestesia, además de la incomodidad de colocar a la paciente en posición ginecológica y revestirla.

En 1949 Marek (1) describió una técnica para la reparación abdominal del cistocele y en 1963 Weinberg (4) la aplicó después de las histerectomías totales abdominales con resultados muy satisfactorios. *Técnica operatoria:* cuando no se va a hacer histerectomía se abre el peritoneo entre la vejiga y el útero, bajando la vejiga con torundas, con el mango de un bisturí largo o con tijeras de disección hasta exponer por lo menos la mitad superior de la vagina con el defecto en la fascia vesicovaginal que se sutura con puntos interrumpidos de crómico I (fig. 1). Se reperitoniza con simple 00. En los casos en que la resección uterina es necesaria, después de practicar la histerectomía total, se conservan largos los hilos del cierre de la cúpula vaginal para tracción, se separa la vejiga de la vagina por una extensión de cuatro a seis centímetros y se corrige el defecto en la fascia vesicovaginal con puntos interrumpidos de crómico I (fig. 2, 3, 4). Se suspende luego la cúpula vaginal de acuerdo con la técnica de Richardson, descrita por Te. Linde (5) y se reperitoniza en forma usual.

Material y Métodos: de setiembre de 1964, hasta ahora hemos hecho, 22 operaciones de este tipo. La edad de las pacientes varió de los 30 a los 54 años; todas fueron multíparas y algunas granmultíparas. Los diagnósticos más frecuentes fueron fibromatosis y fibrosis uterina y metrorragia rebelde con cistocele. En un caso de dismenorrea severa, retroversión uterina y cistocele se hizo reparación abdominal del cistocele, neurectomía presacra con sección de los uterosacros y finalmente suspensión uterina con la técnica de Gilliam.

La morbilidad postoperatoria fue mínima, habiendo tenido dos casos de hematuria postoperatoria por 24 a 48 hrs. Los cuidados postoperatorios fueron iguales a los que se realizaron después de la histerectomía total abdominal sola.

* Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

COMENTARIO:

Encontramos la técnica quirúrgica de la reparación abdominal intraperitoneal del cistocele bastante fácil, sólo se añaden de 15 a 30 minutos al tiempo operatorio. Debe tenerse cuidado de despegar la vejiga en el centro, buscando el plano de disección adecuado para evitar sangrado excesivo o daño a la vejiga. Al suturar la fascia vesicovaginal se debe tener cuidado de no incluir ni halar ni acodar los ureteres.

Nuestro caso más antiguo tiene dos años seis meses de operado y presenta integridad anatómica y funcional. Los otros casos tienen menos tiempo de operados y han sido controlados periódicamente sin encontrar hasta el presente recidivas anatómicas ni funcionales.

Creemos que la técnica descrita permite la segura corrección del cistocele por vía abdominal intraperitoneal en casos de patología ginecológica abdominal asociada, disminuyendo considerablemente el tiempo operatorio que sería necesario para reparar el cistocele en un segundo tiempo operatorio vaginal.

RESUMEN :

- 1.— Se presentan las técnicas de Marek y de Weinberg para la corrección quirúrgica del cistocele por vía abdominal intraperitoneal.
- 2.— La indicación de dicha técnica es la presencia de patología abdominal asociada al cistocele.
- 3.— Se reduce así el tiempo operatorio considerablemente al no tener que realizar un segundo tiempo vaginal.
- 4.— Presentamos 22 casos operados con resultados satisfactorios.
- 5.— En dos años y medio de realizar esta técnica, no hemos tenido recidivas.

SUMMARY :

- 1.— Surgical techniques described by Marek and Weinberg for the transperitoneal abdominal correction of cystocele are presented.
- 2.— Indication for this technique is the presence of abdominal pathology and cystocele.
- 3.— Surgical operating time is reduced considerably.
- 4.— Operated cases are presented with excellent results. (22 in all).
- 5.— This technique has been used for two and a half years without recurrence of the cystocele.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.—MARECK, C. B. Abdominal Cystoceleoplasty. Am. J. of Ob-Gyn 57: 345: 1949.
- 2.—MASTERS, W. H. Abdominal aproach to Cystourethrocele Repair. Am. J. of Ob-Gyn 67: 85: 1954 .
- 3.—SPIERS, R. E. Abdominal Aproach for Repair of Cystocele. Surg Gyn. Obst. 102: 245: 1956.
- 4.—WEINGBERG, M. S. Abdominal Cystocele Repair, Obst. Gyn 21: 117: 1963.
- 5.—TE-LINDE, R. W. Operative Gynecology, 2º Edición 1953, J. B. Lippincott, Co.

Fig. 1.—A: Arteria uterina, B: base de ligamento ancho, C: fascia pubovesicocervicovaginal, D: ureter, E: vejiga, F: vagina, G: cervix, H: útero.

Fig. 2.—Defecto fascia vesicovaginal.

Fig. 3.—Primer punto de cromico I.

Fig. 4.—Defecto reparado.

