

Otro origen de tales lesiones es el empleo de substancias cáusticas: por equivocación unas veces y otras con intención de provocar el aborto, se registran muchos casos de cauterizaciones extensas en la vagina hechas con el ácido fénico, ácido clorhídrico ó sulfúrico, etc., que producen en esta región los mismos efectos que en cualquiera otra del organismo.

**Anatomía patológica.**—Nada más variado que las lesiones que constituyen las estenosis y atresias vulvo-vaginales adquiridas. Se encuentran de preferencia en dos zonas del tramo vulvo-vaginal: ó bien hacia la parte baja de la vagina ó bien hacia la parte alta, en la unión de los dos tercios inferiores con el superior. Por lo regular guardan relación estas localizaciones con el origen de la dolencia: las producidas por un parto laborioso ocupan frecuentemente la parte baja, y las debidas á procesos flogísticos la parte alta. Lyon cree encontrar este hecho relacionado con el desarrollo del aparato genital, afirmando que la parte inferior de la vagina depende de una invaginación del ectodermo y la superior del conducto de Müller, encontrándose un punto de unión precisamente entre el tercio superior y los dos tercios inferiores de la vagina.

Cuando las lesiones son muy extensas por pérdidas de substancia debidas á procesos gangrenosos, alcanzan á todo el conducto y no hay localización preferente.

Las estrecheces inferiores afectan dos tipos principales: una brida semi-circular, dura y resistente, que á veces obstruye la entrada de la vagina, situada transversalmente en la cara posterior de la misma, á dos ó tres centímetros de la vulva, es una de las formas más comunes; á veces dicha brida se hace circular y se extiende por delante hacia la región del cuello de la vejiga, formando un verdadero diafragma con abertura circular á la entrada del conducto. Otra forma común es la de bridas cicatriciales laterales que desde el tabique recto-vaginal se extienden á las ramas isquio-pubianas, donde están adheridas, desviando la vagina lateralmente. En ocasiones no ofrecen dichas bridas regularidad ninguna.

Las estrecheces de la parte alta afectan, como forma más común, la forma circular, encontrándose en la parte alta de la vagina un verdadero anillo, por el que puede introducirse el dedo forzando algo el paso, encontrándose por detrás el cuello del útero con su forma propia. Otra forma frecuente y que raro es el ginecólogo que no la ha encontrado varias veces, es la de una brida extendida desde la pared lateral de la vagina al cuello del útero: Barnes la ha señalado en una de sus obras como lesión relativamente frecuente.

No es raro encontrar casos en que la vagina ha desaparecido y queda substituída por un conducto de tejido inodular, en cuyo espesor corre un trayecto fistuloso que pone en comunicación la vulva con el útero; á veces es difícil hacer pasar un histerómetro, y tan sólo un estilete flexible nos indica la existencia de la comunicación. He visto un caso en el que la comunicación existía, puesto que la enferma menstruaba todos los meses, pero en el que no me fué posible sondar el trayecto hasta el útero: procedía de un parto laborioso seguido de puerperio febril.

La atresia completa del conducto vaginal es rara: con todo, puede presentarse tanto á consecuencia de partos laboriosos como espontáneamente por proce-

cesos flogísticos. Por lo común, la atresia se encuentra en una región limitada y no alcanza largas porciones de conducto: si es puerperal, en la parte baja; si es flogística, en la parte alta. Se comprende que así sea, pues aunque las lesiones puerperales sean extensas, como bien pronto á la obturación vaginal siguen los fenómenos de retención, éstos dilatan el conducto por encima de la estrechez formando ampolla y dejando la obturación reducida á un diafragma más ó menos grueso que separa la parte baja de la parte alta del conducto vaginal.

He visto tres casos de atresia adquirida del conducto vaginal: en uno de ellos era completa, de origen puerperal, y se encontraba el tabique á tres centímetros de la vulva, existiendo por arriba un gran hematocolpos. El otro, también puerperal, era una verdadera atresia intermitente, puesto que empezaba la obturación cerca de la vulva, sin que pudiera comprobar dónde alcanzaba, porque la enferma no aceptó intervención ninguna: cada cinco ó seis meses y tras fuertísimas crisis dolorosas se abría un trayecto por el cual eliminaba la sangre menstrual retenida, quedando aliviada de sus sufrimientos periódicos. El último caso era una atresia espontánea ocurrida en una gran múltipara á los 52 años de edad, cuando llevaba ya algunos de menopausia: la vagina terminaba en la parte alta, en un fondo de saco en el que no pude descubrir orificio ninguno; por la palpación combinada me pareció encontrar una tumoración en la región hipogástrica, sitio en que la enferma acusaba peso y á veces dolor: queriendo profundizar el reconocimiento, intenté con el dedo vaginal forzar el fondo de saco que empezó á desplegarse; entonces insistí con fuerza y logré desplegarlo del todo, dando salida á una colección de moco retenida detrás é hija de una metritis cervical que me hizo pensar en una neoplasia maligna, pero que abierto y desaguado el fondo vaginal, curó con medios tópicos.

Los casos de Veit, Smith, Lepinsky y otros confirman, como el que acabo de citar, que esas atresias flogísticas de la parte alta de la vagina no ofrecen la resistencia que las de la parte baja; se comprende, pues aquéllas son debidas al estrechamiento y fusión de la vagina, en tanto que éstas son producto del trabajo de reparación de escaras, que al desprenderse no sólo destruyeron la mucosa sino con frecuencia parte del tejido celular submucoso.

La constitución de estas bridas y estrecheces es siempre la misma: tejido inodular por lo común muy poco vascularizado; una circunstancia anatómica merece recordarse, y es que, por lo común, no tienen involucrados los órganos vecinos, como la vejiga y el recto; cuando esto último ocurre, suelen existir á la vez fistulas vésico ó recto-vaginales; sin duda el olvido de esta circunstancia detuvo la mano del operador, que por dos veces intervino con procedimientos defectuosos en el caso que antes he referido de atresia con hematocolpos.

**Síntomas y diagnóstico.**—Las estrecheces vaginales existen con frecuencia sin que den lugar á síntoma ninguno; tan sólo cuando oponen obstáculo á las funciones de degeneración se hacen evidentes; en el acto del coito y del parto es cuando la estrechez vaginal da señales de existencia.

El coito resulta difícil ó imposible por dificultad mecánica de la introducción del pene. Esta causa, como antes dijimos, es invocada con frecuencia, aunque en realidad sea rara. Sobre todo las bridas transversales y los anillos de la parte

baja, son los que oponen mayor dificultad; las de la parte alta muchas veces pasan inadvertidas.

En las grandes estrecheces, es relativamente frecuente la esterilidad. Neugebauer cita 33 casos de su práctica en los que, habiendo sobrevenido una estrechez de origen puerperal, en ninguno de ellos tuvo lugar la fecundación. Con todo, debe hacerse constar que, aunque difícil, es bastante frecuente la fecundación en casos de estrechez cicatricial de la vagina; y al llegar el momento del parto, ya que durante el embarazo no ocasiona síntomas, es con frecuencia origen de distocias muy graves.

La atresia vaginal es menos tolerada que la estrechez, ya que si sobreviene durante el período de actividad genital de la mujer produce fácilmente fenómenos de retención, caracterizados sobre todo por hematocolpos si la atresia está en la parte baja, en cuyo caso el coito es imposible, y también por hematometra y hematosalpinx, si se encuentra en la parte alta. Las crisis dolorosas propias de los fenómenos de retención genital se presentan de la misma manera que en los casos de atresia congénita. En la vejez esos fenómenos son menos violentos, aunque no dejan de existir, porque falta la agravación periódica ocasionada por el derrame menstrual.

El diagnóstico no es difícil. La exploración directa por el tacto indicará fácilmente la clase y extensión de las lesiones; las dificultades se presentan en los casos en que la vagina queda reducida á un trayecto fistuloso ó en que existe atresia; la sonda uterina y los estiletes flexibles podrán servirnos en estos casos y cuando la atresia existe, el tacto rectal combinado, y por excepción el vesical, podrán hacernos precisar la extensión y sitio de la colección retenida.

**Curso y complicaciones.** — Las estrecheces que no llegan á imposibilitar las relaciones sexuales, aunque con tendencia á ser una enfermedad estacionaria, más bien mejoran que se agravan cuando el período de reparación ha terminado. Las que son bastante pronunciadas para impedir el coito, son siempre estacionarias y con tendencia á aumentar.

Las atresias, por lo regular, son enfermedades persistentes, si se exceptúan casos raros, como el que he citado, en el que periódicamente se abría un trayecto fistuloso para expulsar la sangre menstrual; quizá más que calificarlo de atresia merecía el de estenosis, tan acentuada que sólo permitía el paso de la sangre menstrual bajo una gran presión que la dilatara.

Excepto en los casos de atresia, no existen complicaciones. En ésta, los fenómenos de retención, que se acentúan cada vez más, dominan la escena; el desarrollo del hematocolpos ó de la hematometra con hematosalpinx es progresivo, y no se detiene en tanto persiste la actividad genital de la mujer, pudiendo dar lugar á estados verdaderamente graves y hasta á veces caquéticos.

La retención en las mujeres que han traspasado la menopausia y en las que se desarrolla la atresia flogística, tiene importancia, pues sin revestir la gravedad de los casos antes mencionados, puede simular la existencia de neoplasias malignas.

**Tratamiento.** — Sin duda que el tratamiento preventivo sería muy eficaz si durante el período de reparación de las escaras desprendidas se pusieran en

práctica medios para evitar en lo posible la retracción cicatricial, como taponamientos y dilataciones vaginales; hay que ser muy perseverantes y tener gran paciencia, porque la lesión tiene marcada propensión á producir los fenómenos retráctiles que han de acabar por desarrollar la estrechez.

La mayor parte de estrecheces vaginales pueden tratarse y curarse por medios sencillos. Alguna vez bastará una dilatación hecha con dilatadores ó esponjas, pero lo cierto es que estas bridas son, por lo común, tan duras y resistentes que la dilatación suave fracasa casi siempre.

En cambio, la dilatación cruenta por medio del bisturí, que puede hacerse sin anestesia, porque dichas bridas son poco sensibles, es muy eficaz y suficiente la mayor parte de veces. La técnica es la misma que he descrito al hablar del tiempo preliminar para la operación de la fistula. Basta el dedo y el bisturí en los casos ordinarios; se busca por el tacto el sitio más saliente de la brida y se practica un corte con el bisturí del vértice á la base de la zona indurada; en seguida se nota una gran dilatación, y hacia los extremos del corte quedan á veces pequeñas zonas induradas que ceden á la presión del dedo, ó de lo contrario se cortan también con el bisturí. Hecho esto, se hace una dilatación digital, que por desgarro de las vecindades del corte, se lleva hasta la amplitud necesaria; á veces es conveniente practicar más de un corte en los casos muy acentuados y de bridas múltiples. Alguna vez cabe en el sitio del corte una sutura transversal de la vagina, que por autoplastia recubra la superficie cruenta por un mecanismo enteramente análogo á la operación de Pozzi para el vaginismo. Pero la mayor parte de veces no es precisa, y bastará con sostener durante unos días un taponamiento vaginal; luego se hace una dilatación digital periódica, y esto, unido á la reanudación de las relaciones sexuales, asegura un resultado definitivo. Son bastantes los casos en que me ha bastado proceder así para lograr una curación completa.

En las estrecheces extensas es muy difícil el resultado por este medio, pues faltando grandes porciones de manguito vaginal, las superficies cruentas de dilatación no se epidermizan y la estrechez se reproduce. En este caso no hay más recurso que procurar renovar la vagina con colgajos de las partes vecinas de la vulva que substituyan la falta de mucosa vaginal, como lo han hecho Lepinsky, Crede, Kustner y otros. Los preceptos que hay que seguir quedan indicados al hablar de la ausencia congénita de la vagina.

Durante el embarazo, cuando éste ha sobrevenido á pesar de la existencia de grandes estrecheces, creo debe siempre abstenerse el ginecólogo de obrar directamente sobre la estrechez ni sobre el producto de la concepción, provocando abortos ó partos prematuros, como han aconsejado y practicado Oldham, Doberty, Churchill y otros (1). La razón es bien sencilla: á causa del reblandecimiento de las partes por virtud del embarazo, en el acto del parto se hacen franqueables estrecheces que parecía debían hacer imposible el parto, ó bien resulta el parto practicable, sea con ayuda del fórceps, sea practicando sobre las bridas incisiones liberatrices; más de una vez he visto terminar fácilmente partos en vaginas muy alteradas por cicatrices anteriores.

Si el parto resulta imposible, es que se trata de estrecheces cuya curación

---

(1) CHURCHILL: *Traité pratique des maladies des femmes*, pág. 151.

ofrece serias dificultades para llevarla á cabo durante el embarazo y aun fuera de él, y el sacrificio del producto de la concepción no ofrece grandes garantías de poderse realizar sin contra-tiempo; por lo tanto, es preferible aguardar y hacer en el acto del parto lo que nos vemos obligados á practicar cuando somos llamados, ya declarado el trabajo, en los casos de estrecheces infranqueables. No hay que titubear, en circunstancias tales, porque el agotamiento y la infección inutilizarían la verdadera indicación, y debe procederse sin pérdida de tiempo, después de sentada ésta, á practicar la operación cesárea ó la de Porro, mucho más racional que los grandes desbridamientos y la embriotomía consecutiva propuesta por algunos autores. Durante

mi internado en la facultad de Medicina, tuve ocasión de ver un caso en el que existía una estrechez cicatricial debida á un parto anterior, absolutamente infranqueable, y que dió lugar á la indicación de la operación de Porro, practicada por el profesor doctor Rull, la cual no dió resultado para la madre ni para el feto, porque se hizo muy tardíamente.

En los casos de atresia, la intervención se impone por los fenómenos de retención. La técnica es la misma que cuando se trata de una atresia congénita. En el caso á que he hecho referencia, sobrevino la atresia después de un primer parto muy laborioso; á los dos años presentó los fenómenos de retención, que fueron combatidos en una clínica de otra provincia con una punción por medio del trócar y dilatación del orificio con la laminaria; el resultado fué pasajero y al año se repitió la misma operación, también con resultado temporal. El tacto rectal permitía

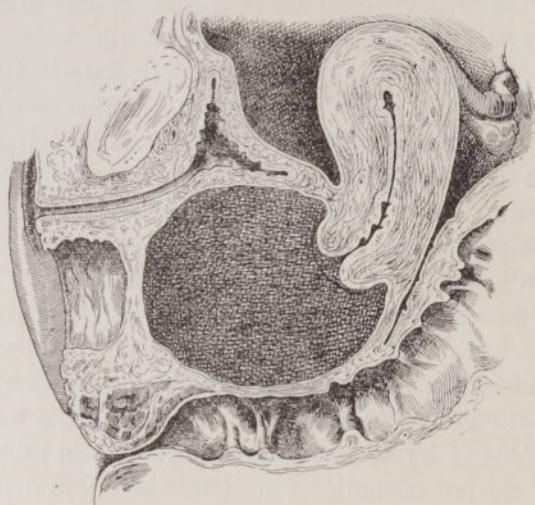


FIG. 250

*Atresia cicatricial en la parte baja de la vagina, con hematocolpos consecutivo.*

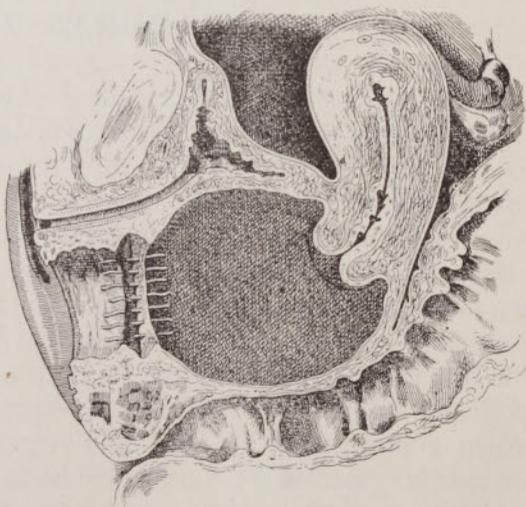


FIG. 251

*Operación de la atresia vaginal, con sutura del manguito de mucosa superior al inferior.*

apreciar, á los dos años de esta segunda intervención, un hematocolpos pronunciado que empezaba muy abajo, de modo que el tabique de obturación tendría unos dos centímetros (fig. 250). Me costó mucho convencer á la enferma de que podía hacerse una operación radical, porque temía el parecer de su operador de que en el tratamiento radical la vejiga ó el recto serían abiertos. Ingresó en la clínica oficial (curso de 1898 á 99) y practiqué una incisión transversal en la vulva de unos cuatro centímetros; disequé un tabique de centímetro y medio de espesor dejando la vejiga por delante y el recto por detrás (ya he dicho que por lo común en estos casos el tejido cicatricial no interesa los órganos vecinos, como parece debería ocurrir), y evacué un abundante hematocolpos; practiqué una sutura entrecortada entre la mucosa vaginal superior y la inferior (fig. 251), y la curación fué rápida. Hace un año vi la enferma: menstruaba cada mes, el coito era fácil y en el sitio de la atresia quedaba sólo una ligera estrechez anular, que no creo llegue á ser obstáculo para el parto si la enferma vuelve á concebir. Es conveniente al hacer esta operación colocar un dedo en el recto, que sirva de guía para no desviar el bisturí y reseca en lo posible el tejido cicatricial que forma el tabique obturador.

Si por casualidad la atresia se encuentra en la parte alta de la vagina, puede haber hematometra y hematosalpinx y quedar el caso perfectamente asimilado á las atresias congénitas que producen tales lesiones.

---

## RASGADURAS DEL PERINÉ

**Etiología y patogenia.** — Dejando de lado los casos raros en que el desgarró del periné es debido á traumatismos ocasionados por ciertas heridas ó caídas, podemos decir que la causa de los desgarró perineales se encuentra siempre en los efectos producidos por el parto.

Son causas predisponentes por parte de la madre la excesiva rigidez de la vulva en las primíparas de edad algo avanzada, la situación del pubis cuando es muy baja y obliga al periné á una distensión excesiva, y también el reducido calibre del tramo vulvo-vaginal: algunos autores aceptan una verdadera predisposición, lo que es muy difícil de comprobar; por parte del feto, un volumen excesivo de la cabeza y las posiciones viciosas aun cuando aquélla sea normal, sobre todo las rotaciones del occipucio hacia atrás y las presentaciones de cara. Cuando no existe ninguna de estas circunstancias, una mala asistencia al parto puede ser causa de desgarró ano-vulvares; no deteniendo un parto excesivamente rápido ó precipitando un parto normal, ó dejando de proteger debidamente el periné en el período de expulsión, puede darse pie á la formación de desgarró.

Cuesta trabajo comprender cómo no son más frecuentes los desgarró perineales, cuando se observa de qué manera la cabeza fetal asoma y desaparece de

la vulva varias veces antes de ser expulsada: sólo teniendo en cuenta el reblandecimiento que durante el embarazo sufren los genitales, se comprende que puedan distenderse sin que ocurran desgarros en todos los casos.

Sin entrar en grandes detalles, conviene tener en cuenta de qué manera se fraguan los desgarros perineales. La enorme distensión de la pared posterior de la vagina da origen al desgarro de su capa mucosa, que profundiza más ó menos, según los casos, interesando las fibras musculares que están por debajo; el periné en este momento queda adelgazado y reducido á su capa cutánea; la cabeza atraviesa la horquilla y se inicia el desgarro, que avanza más ó menos hacia la región del ano, incluso á veces el esfínter, y una porción mayor ó menor del tabique. A veces queda reducido el desgarro á la mucosa sin interesar los haces musculares; á veces éstos se rasgan sub-mucosamente sin que la piel ni la mucosa den señales de división; así se forman los diferentes grados de desgarro y relajación vulvo-perineal.

Algunas veces el proceso de reparación que sigue al acto del parto reconstituye el periné en parte ó por completo; en ocasiones esta reconstitución no es más que aparente, pues bajo el punto de vista funcional, se presentan todos los inconvenientes propios de la dolencia.

Recordemos que el periné está constituido, aparte de tejido fibroso, por la confluencia de distintos haces musculares procedentes del bulbo cavernoso, transverso del periné, esfínter del ano y elevador del ano. Las fibras de este último, que desde el pubis se dirigen por los lados de la vagina hacia el periné, uniéndose los de un lado con los del otro y dando todas ellas un gran punto de apoyo al esfínter del ano, tienen mucha importancia en la producción de los desórdenes ocasionados por el desgarro.

Precisamente la existencia de haces musculares en la región explica por qué la reunión espontánea después del parto no tiene lugar con más frecuencia, pues una vez desgarrados, su retracción mantiene separadas las superficies cruentas; esto, unido al paso de materias fecales, explica por qué curan por granulación y cicatrización consecutiva, quedando definitivamente constituido el desgarro del periné.

En las primíparas es casi de rigor el desgarro de la horquilla, pero después del primer parto los desgarros del periné son raros y ocurren sólo cuando existen las circunstancias antedichas.

A las tres ó cuatro semanas del parto, las superficies cruentas están cicatrizadas y el desgarro perineal definitivamente establecido. En esta forma es del dominio de la Ginecología; antes, su estudio corresponde á la Tociología como accidente del parto.

**Anatomía patológica.**—Puede revestir distintos grados, según sea el sitio que alcanza. Los hay de primero, segundo y tercer grado.

En el desgarro de *primer grado* ha desaparecido la horquilla y una pequeña parte del cuerpo perineal en la zona anterior lindante con la vulva; en su consecuencia, ésta se presenta algo más abierta en sentido ántero-posterior, pero la entrada de la vagina, aunque algo más dilatada, no ha sufrido mucho; podría decirse que es lesión puramente vulvar.

En el de *segundo grado*, todo el cuerpo perineal ha desaparecido, desde la

horquilla al borde del ano, respetando, sin embargo, el esfínter; hacia la vagina encontramos su entrada dilatada y abierta hacia atrás, de modo que separando los labios vulvares se ven las paredes vaginales anterior y posterior; el periné y la entrada de la vagina han desaparecido (fig. 252).

El desgarro de *tercer grado* alcanza hasta el ano (fig. 253), con rotura del esfínter anal y de una porción mayor ó menor de tabique; algunos señalan un cuarto grado cuando el desgarro alcanza al tabique recto-vaginal (fig. 254); cabe esta variedad perfectamente en el desgarro de tercer grado, que se conoce también con el nombre de desgarro completo.



FIG. 252

*Desgarro del periné de segundo grado, con rotura parcial subcutánea del esfínter del ano.*

pero el periné está adelgazado y flojo y la entrada de la vagina dilatada ó dilatada, constituyendo una verdadera relajación de la entrada vaginal. En estos casos, á consecuencia de partos repetidos, los planos musculares, principalmente el elevador del ano, se han relajado, si no es que han sufrido roturas submucosas que no se han reparado.

Cuando existe una relajación ó rotura submucosa del elevador del ano, el periné está más bajo, la entrada de la vagina está dilatada en sentido ántero-posterior y todo el suelo perineal ofrece poca resistencia; el ano está algo dislocado hacia atrás. A veces existe desgarro del periné de segundo grado, sin que el elevador del ano haya sufrido en su integridad, y entonces se observa fácilmente que todas las partes conservan mejor su topografía, á pesar del desgarro, que cuando el elevador está relajado. Se comprende fácilmente que sea así, si se recuerda que los hacecillos del elevador del ano, en su unión al periné y al esfínter anal, tienen entre sus funciones la de elevar el periné y estirar la por-

Raras veces tiene lugar el desgarro en la línea media, y por eso se observa con frecuencia que se prolonga hacia uno de los lados de la vulva; la superficie cicatricial en los desgarros antiguos forma una línea blanquecina, que desde los grandes labios va hasta la margen del ano, terminando, en los casos de desgarro completo, en una fosita que se encuentra á cada lado producida por la retracción de los extremos del esfínter (fig. 253), y que debe tenerse muy en cuenta para el tratamiento.

Cuando existe un desgarro completo, la vulva y el ano forman un solo orificio, que aparece de forma oval, algo ensanchado hacia la parte posterior. En el fondo del desgarro, cuando éste alcanza el tabique, se encuentran á veces bridas constituidas por restos del mismo.

Ocurre á veces que aparentemente no existe desgarro ninguno, porque las capas mucosa y cutánea conservan su integri-

ción inferior del recto hacia el pubis, dando la forma transversal que tiene la abertura de la vagina en los casos normales, y conservando para el recto la forma de S que tiene á su terminación, con una acodadura hacia adelante al nivel del esfínter. Kelly (1) ha insistido con razón acerca la importancia de este músculo en los desgarros del periné y en la relajación de la entrada vulvo-vaginal; el periné tiene una gran importancia como cuerpo fibroso de sostén,

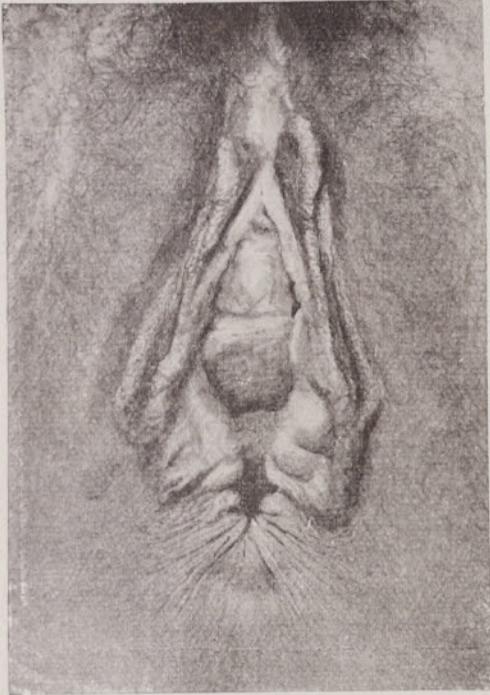


FIG. 253

*Desgarro de tercer grado, con rotura completa del esfínter.*

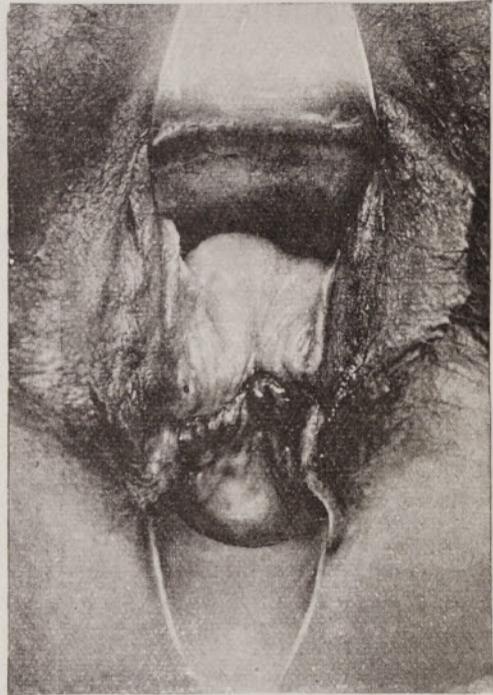


FIG. 254

*Desgarro completo del periné, que alcanza una porción de tabique recto-vaginal.*

*(Una valva en la vagina y otra en el recto.)*

pero los músculos que lo integran explican la facilidad con que recobran su posición y forma cuando es propulsado hacia abajo (2).

Aunque con frecuencia el desgarro perineal de segundo y tercer grados van acompañados de prolapsos de las paredes vaginales anterior y posterior, muchas veces se encuentra el desgarro, pero sin que le acompañen dichas lesiones, que si se producen más fácilmente cuando existe destrucción del cuerpo perineal, necesitan otras causas para desarrollarse. El desgarro perineal favorece el desarrollo de los prolapsos vaginales, pero no los produce necesariamente.

Ocurre á veces un hecho raro, cual es que conservando su integridad el tabique recto-vaginal, el esfínter del ano ha sufrido una rotura completa ó incompleta subcutánea, y existe relajación del esfínter del ano, como la hay para

(1) KELLY: *Operative Gynecology*, tomo I, págs. 205.

(2) Véase pág. 34.

la entrada vaginal; cierto que generalmente se ven á la vez ambas relajaciones, pues ello supone un estado muscular espasmódico en el acto del parto, en virtud del que las partes cutáneas, mucosas y fibrosas se dilatan, pero las musculares, no pudiendo seguir la distensión, se rasgan y separan. Esta rotura subcutánea del esfínter, puede ser tan completa que haga imposible las funciones de retención del ano, como he tenido ocasión de verlo (fig. 255).

Como hechos raros cabe citar el desgarró central del periné, en el que la cabeza fetal ha atravesado dicha región, dejando por delante la horquilla y por detrás el ano, y aquellos otros que, no por ser también muy raros, son menos auténticos, en los que el feto atraviesa el tabique recto-vaginal y es expulsado por el ano.



FIG. 255

*Rotura submucosa del elevador del ano y subcutánea del esfínter, con relajación vulvo-anal é incontinencia rectal.*

**Síntomas y diagnóstico.** — Prescindiendo de las molestias locales que ocasiona la ulceración durante el período puerperal, una vez constituido el desgarró varían mucho los síntomas, según el grado del mismo.

El desgarró de primer grado es perfectamente tolerado, por regla general, aunque hay enfermas que aquejan dolor en la parte á los más pequeños movimientos.

El de segundo grado, bien tolerado también en muchas ocasiones, es causa, en otras, de manifestaciones dolorosas y de dificultad en la deambulación, porque la enferma encuentra á faltar el punto de apoyo perineal y siente una sensación de vacío, como si las partes profundas tuvieran que salir. En general estas sensaciones desaparecen con el tiempo y suele, á más ó menos tardar, establecerse la tolerancia.

El desgarró completo es para las enfermas una verdadera pesadilla. Sin funcionar el esfínter rectal la incontinencia es completa, y si un estreñimiento acentuado no corrige en parte los inconvenientes de tal estado, la enferma se ve obligada á vivir aislada de la sociedad, porque gases y materiales fecales se expulsan por el ano á cualquier momento. Aparte la importancia de esta incontinencia, casi siempre existen vulvo-vaginitis, particularmente si el desgarró interesa algo el tabique, porque los materiales se dirigen hacia la vulva y vagina, produciendo fenómenos irritativos, constantes y muy molestos.

El diagnóstico del desgarró perineal no es difícil: basta una inspección bien practicada, separando las nalgas de la enferma, para observar hasta qué punto el cuerpo perineal está destruido; ocurre á veces que se practica un examen ginecológico para otra afección y pasa desapercibida la lesión perineal. Para apreciar si el desgarró es ó no completo, basta, en general, con los antecedentes de la enferma, pero más de un caso he visto en que siendo ya el desgarró muy

antiguo, la enferma no tenía conciencia de ello; al ser interrogada sobre la incontinencia fecal, contesta que, realmente, si alguna vez tiene diarrea, le molesta algo. Alguna he visto que quedó incontinente del primer parto, pero creía su estado una consecuencia natural.

El tacto rectal permite apreciar fácilmente el estado del esfínter y la altura que alcanza el desgarró en el tabique recto-vaginal.

La rotura submucosa del elevador del ano y vulvo-cavernoso y del esfínter anal, es más difícil de apreciar porque no existen lesiones perineales ni vulvares que lo indiquen: con todo, á los lados de la entrada de la vagina, por dentro de la rama isquio-pubiana, puede apreciarse la resistencia del elevador del ano cuando está íntegro, exista ó no exista desgarró perineal. En cuanto al desgarró total ó parcial del esfínter del ano, es fácil encontrarlo por medio del tacto rectal: si es completo, puede hallarse fácilmente el sitio de la rotura por la separación de los extremos; en un punto del anillo esfinteriano, comúnmente en la parte anterior, se encuentra á faltar la resistencia del esfínter.

**Curso y complicaciones.** — Una vez establecida la enfermedad, es evidentemente estacionaria, aunque no ataca la integridad del organismo, siendo las molestias que experimenta la enferma más relativas á su condición social que á la lesión en sí; ya he dicho antes cómo algunas mujeres sobrellevan con gran resignación tal anomalía.

En cuanto á complicaciones, debe tenerse muy en cuenta que el desgarró del periné y la relajación vulvo-vaginal es uno de los elementos patogénicos que más favorecen el desarrollo de los prolapsos genitales. Ciertamente que se ven muchas enfermas que con desgarró completos y relajaciones acentuadas no presentan prolapsos, pero, en cambio, rara es la que tiene prolapsos y no ofrece alguna de dichas condiciones.

Más trascendencia tienen, sin duda, los fenómenos infectivos que pueden originarse, sobre todo tratándose de desgarró de tercer grado: las materias fecales, expulsándose por la cloaca vulvo-rectal, producen constantemente vulvo-vaginitis, rebeldes por la persistencia de la causa, que pueden hacerse fácilmente ascendentes é interesar el útero y los anexos, sobre todo cuando por una enfermedad del tubo digestivo llevan dichos materiales gérmenes virulentos que se desarrollan en el aparato genital.

**Tratamiento.** — El tratamiento de los desgarró del periné es de los que mayores dificultades ofrece, porque son tantos los procedimientos recomendados, que la selección se hace muy difícil. Es bastante reciente la predilección para determinados métodos. Todavía existen obras contemporáneas (1) que describen y presentan en dibujos veinte procedimientos diferentes para reparar los desgarró del periné. Los nombres de Dieffenbach, Langenbeck, Hegar, Martín, Roux, Polaillon, Sanger, Schroder, Fritchs, Freund, Lauenstein, Pozzi, Terrillon, Condamín, Simpson, Sims, Emmet, Garrigues, Hildebrandt, Heppner, Lawson-Tait, Outerbridge, Dudley, Lefort, Edebolds, Dilke, Simón, Valzberg, Doleris, etcétera, etc., van unidos á otros tantos procedimientos, algunos con verdadera

(1) MONTGOMERY: *Practical Gynecology*, págs. 246 y sigs.; Londres, 1900.

originalidad, otros casi imitaciones y separándose por un pequeño detalle sin importancia.

Todavía recuerdo que al querer practicar por primera vez una perineorrafia, veinte años atrás, en una enferma que reclamaba mis auxilios con una rasgadura completa que comprendía cinco centímetros del tabique recto-vaginal, después de leer con atención varias obras y procurar descifrar varios procedimientos, porque algunos de ellos, leídos, son verdaderos jeroglíficos, pedí consejo á una persona que ocupaba lugar preeminente en la Tocología de nuestro país, quien me confesó que nunca había practicado tal operación y que dudaba mucho pudieran reconstituirse el periné y el tabique recto-vaginal. Tenía ya la enferma anestesiada cuando todavía me asaltaron dudas de si había elegido bien ó mal la técnica que iba á emplear. Aunque algo complicada la operación, pues comprendía varias suturas, el resultado fué feliz é inmediato, sin imperfección ninguna. Si hoy, como entonces, tuviese que practicar mi primera perineorrafia inspirándome en muchas de las obras actuales, quizás tendría también las mismas dudas y sobresaltos; pero la experiencia me ha enseñado cómo pueden resolverse con facilidad las dificultades, y que, ateniéndose á algunos puntos capitales que todo procedimiento bueno debe atender, la variedad de procedimientos tiene menos importancia de lo que á primera vista parece.

Ciertamente que algunos nombres merecen recordarse al tratar de la perineorrafia, porque marcan en la historia de la misma verdaderos progresos. Dieffenbach, realizando el primero la perineorrafia previo avivamiento y sutura consecutiva, inaugura la era de dicha operación. Sims, aplicando á dicha operación su sencillo procedimiento de avivamiento y sutura, contribuye á simplificarla y vulgarizarla; pero particularmente su discípulo Emmet es quien sin duda ha contribuído más al progreso de su técnica, haciendo hincapié en la sutura del esfínter como único medio de obtener buenos resultados funcionales, y presentando un procedimiento de sutura sencillísimo y eficaz. Lawson-Tait, aunque haya tenido predecesores en Duncan y otros, vulgarizando el desdoblamiento como medio rápido y seguro de avivamiento, ha introducido grandes progresos en la perineorrafia.

Aparte estos jalones principales de la historia de la perineorrafia, no faltan otros que, fijando la importancia de ciertos detalles, han demostrado la conveniencia de determinados procederés técnicos. Hegar y Lauenstein, sobre todo este último con su sutura especial, han demostrado la conveniencia de obtener una coaptación de los dos bordes rectales y vaginales. Martín, Schröder, Doleiris y otros, preconizando la sutura continua para obtener una coaptación exacta de las superficies avivadas, han demostrado la importancia de no dejar espacios muertos para obtener resultados prácticos perfectos; las suturas enclavijadas de Trelat y Terrillon, y las suturas en varias asas y más ó menos en 8 de guarismo de Kelly, Edebols, Cléveland y Outerbridge, demuestran igualmente la necesidad de una exacta coaptación de las partes profundas avivadas. Kelly, Condamín y últimamente Duval, Delbet y otros, demostrando la conveniencia de unir el elevador del ano como órgano de sostén, igual que se hace con el esfínter anal como órgano de retención, han afirmado una vez más que los avivamientos han de ser profundos y no superficiales, para alcanzar las capas musculares, y al introducir algunos la palabra *miorrafia*, si bien no han indicado nada nue-

vo, sino, por el contrario, introducido confusión en quien no tenga convicciones arraigadas sobre este punto, han fijado una particularidad de esta operación (1).

La operación de la perineorrafia comprende dos tiempos principales: el avivamiento y la sutura.

Hasta que Lawson-Tait vulgarizó el método de desdoblamiento, el refrescar la superficie perineal de cada lado se hacía por avivamiento directo, dibujando con el bisturí la forma y extensión del mismo y extirpando luego, por una disección superficial con el bisturí ó con las tijeras, los tegumentos señalados: de aquí los distintos dibujos, para obtener superficies cruentas, de Hegar, Martín, Simpson, Emmet, etc. Todo consistía en trazar superficies de formas variadas que, una vez yuxtapuestas, reconstituyeran el tabique vulvo-vaginoanal. Estos avivamientos, siempre superficiales, no alcanzaban los planos musculares, y aunque la reunión fuese inmediata, los resultados funcionales eran deficientes, y si la reunión no se obtenía, la operación había significado una pérdida de substancia y dejaba una más ancha superficie cicatricial. El método de desdoblamiento de Lawson-Tait, hoy vulgarizado, no significa pérdida de substancia ninguna: sin pérdida de substancia aumenta en una mitad las superficies de coaptación, y como el desdoblamiento, si está bien hecho, va profundamente (lo menos á un centímetro), descubre los planos profundos musculares ó fibrosos, que luego podrán unirse con una sutura apropiada. *El avivamiento debe hacerse, por tanto, como regla general, por desdoblamiento.*

Una de las causas que más influía en los imperfectos resultados funcionales de la perineorrafia, era no tener bastante en cuenta que sus incomodidades proceden casi siempre de la falta de esfínter; ni al practicar el avivamiento ni la sutura de dicho músculo se hacía nada para obtener la unión de sus extremos antes de Emmet, y así, unas veces quedaba unido y otras no. Desde Emmet, quién más quién menos se ha preocupado del esfínter anal para reconstituir su forma circular al practicar la perineorrafia. Parece imposible que una cosa tan sencilla haya costado tanto de precisar y de estudiar; dice dicho autor: «Para llegar á darme cuenta de una cosa tan sencilla como luego explicaré, tuve que prestarle más atención de la que he concedido nunca á ningún otro asunto médico (2).» Aun hoy conviene señalar la importancia de este punto, porque no todos los autores le conceden la atención debida, y ello debe ser causa de que no todos los ginecólogos obtengan resultados perfectos de una operación tan sencilla y segura (3). *Una perineorrafia en los casos de desgarró total, no puede resultar si el operador no se preocupa del esfínter del ano.*

La sutura tiene tanta importancia como el avivamiento. En cuanto al ma-

(1) EMMET: *La pratique des maladies des femmes*, 1887, págs. 378 y sigs. — HEGAR Y KALTENBACH: *Traité de Gynecologie opératoire*, 1885, págs. 640 y sigs. — CHURCHILL: *Traité pratique des maladies des femmes*, 1881, págs. 967 y sigs. — MONTGOMERY: *Practical gynecology*, 1900, págs. 246 y sigs. — KELLY: *Operative Gynecology*, 1898, págs. 211 y sigs. — DEL MISMO: *American Journal of Obstetrics*, tomo XXXIX, pág. 216; 1899. — POZZI: *Traité de Gynecologie*, 1897, pág. 1081. — BARNSBY: *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 3. — RICHELLOT: *La Gynecologie*, tomo VII, pág. 481; 1902, etc.

(2) *Loco citato*, pág. 379.

(3) Recientemente he tenido que repetir la perineorrafia en dos enfermas operadas ya por distinguidos colegas, pero en las que no se había suturado el esfínter.

terial empleado, podemos decir que todos se usan y todos tienen defensores: la seda, el catgut, el crin y el alambre de plata. Este último, actualmente casi nadie lo emplea; en realidad no tiene aquí las ventajas que ofrece en la operación de la fístula urinaria. El catgut, aunque se emplea mucho, no tiene ninguna garantía, tanto por ser material contumaz como por ofrecer poca resistencia, y en esta operación se necesita que la sutura sea todavía contentiva al cabo de unos días de aplicada; por eso casi todos los que la usan emplean sutura mixta con seda ó crin como refuerzo; se comprende, por otra parte, que los que emplean suturas perdidas las hagan con catgut, siempre preferible á la seda. Esta tiene el defecto de que casi con seguridad todo punto de seda que ha de permanecer algunos días *in situ*, y comunica con una cavidad ó con la piel, produce supuraciones en los trayectos, porque á su través corren las bacterias de la supuración como el aceite sube por la mecha. En cambio, el crin no tiene el defecto de la capilaridad, como la seda, ni se reabsorbe como el catgut, ni es rígido como la plata: *indiscutiblemente el mejor material de sutura para la perineorrafia es el crin de Florencia.*

En cuanto á la manera de poner los puntos, merece particular y capital atención por parte de los ginecólogos. Nada lo demuestra mejor que el hecho de que la esencia de muchos procedimientos consiste precisamente en la manera de aplicar la sutura.

En lo posible debe procurarse que, sea cual sea el material empleado, las asas de los puntos no interesen la mucosa vaginal ni la rectal, por la sencilla razón de que son cavidades imposibles de desinfectar, y por las aberturitas de la sutura puede verificarse la infección de la herida. Pero aparte de esto, la sutura debe procurar una buena coaptación de las mucosas rectal y vaginal para que se efectúe su cicatrización. La sutura de Lauenstein (fig. 272), submucosa y apoyándose en los tejidos submucosos, imitando la sutura de Lambert para el intestino, no tiene otro objeto, y por eso tuvo tanta boga; la sutura separada de los tabiques vaginal y rectal, preconizada por muchos autores, demuestra la necesidad de obtener una buena coaptación de dichas membranas.

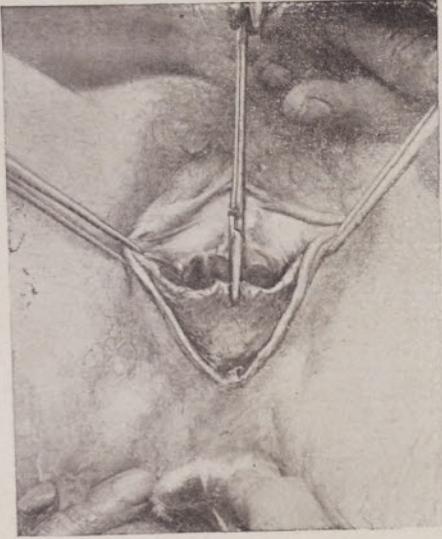
La sutura perineal debe reunir otras dos condiciones importantísimas: procurar una coaptación perfecta de todas las partes avivadas de uno y otro lado, no dejando espacios muertos, donde, acumulándose las secreciones de la herida, pueda originarse un foco de infección. La sutura á punto pasado y á planos superpuestos (figs. 274 y 275), preconizada por Schroeder, Martín y otros, y ensalzada por Veit, Doleris, Pozzi, etc., no tiene otro objeto que producir una coaptación exacta, lo mismo que los puntos en 8 de guarismo (fig. 282) y las suturas enclavijadas (figs. 278 y 280). La sutura en bolsa, de Emmet (fig. 268), parecía el ideal, y era realmente la más sencilla y completa, pero tiene el defecto de que, constriñendo circularmente los tejidos, reduce demasiado el cuerpo perineal y éste queda pequeño y delgado, aunque funcionalmente sea aceptable.

La sutura que llamaré intersticial reúne todas estas ventajas, además de la sencillez y de otros dos perfeccionamientos, que no son de despreciar. Actualmente, se recomienda la sutura intersticial subcutánea para la unión de la abertura laparotómica. La sutura intersticial es muy sencilla: penetra la aguja debajo de la incisión cutánea en las últimas capas del dermis, corre profundamente para abrazar gran cantidad de tejido, que al ser empujado á la línea

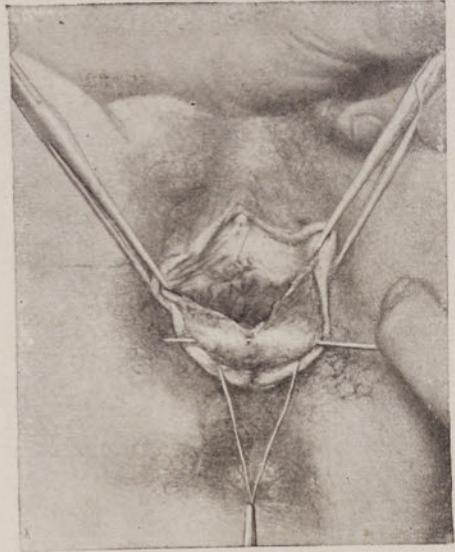




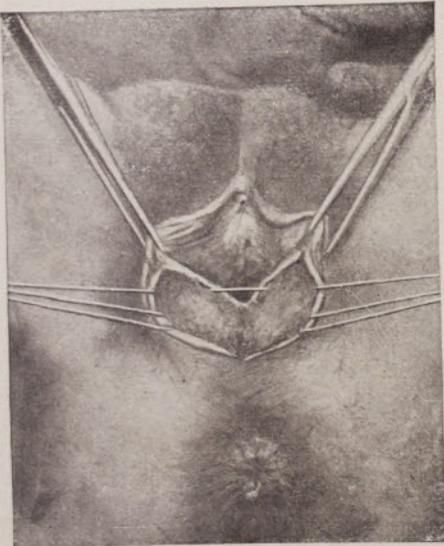
LÁMINA X



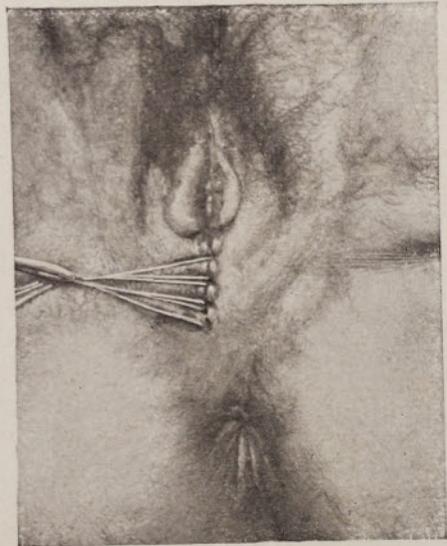
I. — *Desdoblamiento del periné.*



II. — *Manera de aplicar la sutura intersticial.*



III. — *Sutura aplicada.*



IV. — *Sutura cerrada.*

Desdoblamiento y sutura del periné, en un desgarro de primer grado



media más bien aumenta que disminuye la superficie de coaptación y sale del lado opuesto inmediatamente por debajo de la mucosa sin interesarla, por las últimas capas del dermis, como á su entrada por la piel; del otro lado que hay que coaptar hace lo mismo, y al apretar el asa, la coaptación de toda la superficie cruenta es completa y el adosamiento de la piel y de las mucosas también (fig. 264).

Las dos ventajas que hay que poner en el activo de esta sutura, son: que, no comprendiendo los tegumentos, no produce dolor, cosa muy de apreciar en una región tan sensible como el periné, y, no constriñéndolos, deja libre la circulación tegumentaria, y la unión por primera intención es rápida y perfecta; y otra, que no comprimiendo los bordes cutáneos uno con otro, no se forma en la incisión la línea obturatriz que representa la sutura entrecortada, que aprieta dentro de su asa la piel, y entre punto y punto de la sutura intersticial queda un orificio libre, por el que puede salir el rezumamiento que en el espesor de la herida puede tener lugar, y con ello se quitan puntos de origen á la infección por esterilización del terreno, ya que no sea posible la de los gérmenes, cosa muy difícil, por no decir imposible de lograr en una región como la perineal.

*La mejor sutura para la perineorrafia es la intersticial de puntos entrecortados.* La sutura de punto pasado y de varios planos, puede sustituirla, aunque más difícil en su aplicación y menos segura; por eso casi todos los procedimientos basados en esta sutura emplean suturas mixtas para comunicarle la resistencia que le falta, ya que la sutura en planos debe hacerse con catgut.

Cualquiera procedimiento que obedezca á tales principios, puede dar en la práctica excelentes resultados. La cuestión queda, pues, simplificada y reducida á escoger la técnica que mejor logre los resultados apetecidos y que ofrezca á la vez mayor sencillez y facilidad de ejecución.

**Práctica de la perineorrafia.**— Pueden presentarse tres casos, según las lesiones que se trata de combatir: rasgadura incompleta simple sin relajación de la entrada vaginal; relajación de la entrada vaginal, con ó sin rasgadura, y rotura completa del periné. Para las rasgaduras del periné completas ó incompletas, sigo la técnica de Lawson-Tait, hoy muy generalizada y adaptada á cada caso, según las lesiones; para las relajaciones del tabique vulvo-anal, con ó sin desgarró, empleo la técnica del procedimiento de perineoplastia de Doleris, adaptada también á las circunstancias del caso.

En todos los casos de operación plástica perineal debe procurarse la mayor antisepsia de la región y la previa evacuación del tubo digestivo; siempre tiene importancia esta prevención, pero aquí la tiene mucho mayor, porque es muy conveniente, después de la intervención, poderlo dejar en reposo durante unos días.

La anestesia general es precisa por ser región muy dolorosa; la anestesia local por el método de infiltración de Schleich, que aquí sería aplicable por tratarse de operación relativamente superficial, tiene el inconveniente que puede originar dificultades para la reunión por primera intención, que es la única garantía de éxito.

El momento oportuno para la operación es aquel en que todas las superficies perineales están ya cicatrizadas, ó sea unos dos meses después del parto.

Algunos autores aconsejan que la operación se haga pronto, una vez transcurrido este plazo, temiendo que las extremidades del esfínter anal sufran la degeneración grasienta y luego no sean aptas para la unión; puedo decir que he operado algunos casos que llevan dos y tres años y alguno más de diez, y los resultados funcionales han sido perfectos, habiendo recobrado el esfínter todas sus propiedades; lo que sí conviene es que en el momento de practicar la operación los tejidos no ofrezcan solución de continuidad ni congestiones que les harían friables: es preferible esperar una cicatrización completa.

No corresponde aquí insistir sobre la necesidad de practicar la perineorrafia inmediata cuando ocurre el desgarró en el acto del parto. Todos están conformes en esta práctica, con la ventaja de que en aquel momento puede hacerse sin anestesia, porque los tejidos recientemente traumatizados por la expulsión del feto conservan poca sensibilidad; la técnica es la misma que en los demás casos. Cuando la práctica tocológica alcance la perfección debida, no habrá necesidad de practicar perineorrafias secundarias.

La perineorrafia intermedia, ó sea cuando se practica quince días ó tres semanas después del parto, puede dar resultado, pero no hay unanimidad en los autores al apreciar su conveniencia. Nosotros preferimos, si se ha perdido la ocasión de hacer la perineorrafia primitiva inmediatamente después del parto ó en las primeras doce horas que le siguen, aguardar buenas condiciones para la perineorrafia secundaria.

a. ROTURA INCOMPLETA.—Para despejar el campo operatorio, se fijan dos pinzas de garfios, una á cada lado, próximamente á la terminación de los pequeños labios, y se tira de ellas hacia arriba y afuera.

En seguida se procede al avivamiento con las tijeras acodadas de Roux ó de Lawson-Tait (fig. 256), cuya rama inferior es puntiaguda y roma la otra. La parte puntiaguda se clava en el centro de lo que queda de periné á un centímetro de profundidad, é inclinándola arriba, afuera y á derecha, se hunde casi toda la rama de la tijera en el punto de unión de la mucosa vaginal con la piel; de un tijeretazo se cortan los tejidos comprendidos entre las ramas de las tijeras, y si la punta no alcanza la pinza de garfios que marca el límite del avivamiento, se da otro tijeretazo hasta alcanzarlas. Se repite la misma maniobra del lado izquierdo, con lo que quedan trazados dos colgajos, uno vaginal y otro cutáneo (lámina X, 1). Se perfecciona el avivamiento en el centro del periné, separando algo la vagina del recto y aumentando, por tanto, en este sitio la superficie cruenta de ambos lados.

La hemorragia es á veces regular, pero se prescinde de ella por completo, dada la rapidez de la técnica, y se procede inmediatamente á la sutura, terminada la cual cesa por completo la hemorragia.

Para la sutura se emplea la aguja pequeña de perineorrafia ó cualquiera aguja curva con mango y agujero en la punta (fig. 257). En su defecto, puede utilizarse cualquiera aguja curva manejada con el porta-agujas. El primer punto se aplica muy cerca del centro; penetra inmediato al borde de la incisión cutánea, recoge profundamente gran cantidad de tejido y sale inmediato á la mucosa; penetra luego en punto simétrico del lado opuesto, recoge una cantidad de tejidos igual á la anterior y viene á salir debajo del dermis cutáneo en

un punto simétrico al punto de entrada: se pasa el crin, se retira la aguja y se cogen los extremos con una pinza. Un centímetro por encima de este punto (lámina X, II) se aplica otro en igual forma y luego un tercero; á veces se necesita un cuarto, con el que se llega ya al vértice del avivamiento, y se reconstituye la horquilla (lámina X, III).

En seguida se anudan los puntos de abajo arriba, tirando lo bastante para producir coaptación completa, y teniendo buen cuidado de dejar las superficies cruentas muy limpias con un chorro de agua esterilizada. Los puntos no se cortan: los extremos de cada asa se anudan entre sí, lo que tiene mucha utilidad cuando llega el momento de retirar la sutura (lámina X, IV).

Sin precipitación ninguna puede quedar terminada la operación en cuatro ó cinco minutos; el periné queda admirablemente reconstituído,

grueso y unidos los planos fibrosos y musculares profundos. Se espolvorea la herida y se aplica á cada lado de los puntos una gasa yodofórmica, sostenida por un vendaje de contención en T de ano.

b. RELAJACIÓN VULVO-VAGINO-PERINEAL.— Cuando no existe rotura del periné y sí relajación de la entrada vaginal, podríamos decir que el desgarró es subcutáneo, porque los planos fibrosos y musculares han perdido su tonicidad.

El avivamiento se conseguirá igual que en el caso anterior, y si no existe desgarró, los cortes se practican en la vulva y en el sitio respectivo, inmediatamente por delante de la inserción del himen.

Trazado el primer avivamiento, se prosigue hacia arriba la separación del tabique recto-vaginal á una altura ma-

yor ó menor, pero que por lo común alcanza cinco ó seis centímetros: la disección se hace obtusa, teniendo un dedo en el recto para evitar el desgarró de su pared anterior; algún tijeretazo separa las adherencias demasiado íntimas. Hacia los lados, el avivamiento debe ser profundo, cortando con la tijera hacia arriba y adentro, de modo que se levanten los ángulos que forma la vagina á cada lado en la unión de su pared posterior con las laterales y dejen al descubierto los planos fibrosos y musculares, particularmente el elevador del ano, que se descubre formando como un velo dirigido de arriba abajo; como el desdoblamiento es de abajo arriba, forzosamente se encuentra y deja al descubierto (fig. 258).

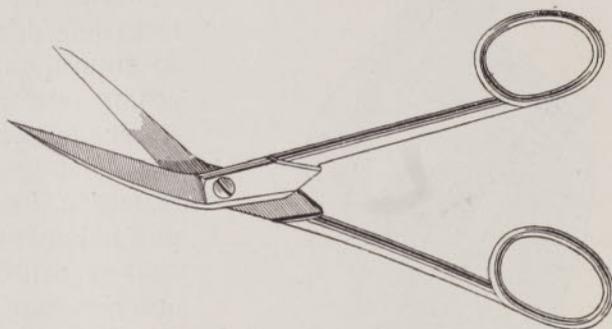


FIG. 256

*Tijeras acodadas de Lawson-Tait para la perineorrafia.*



FIG. 257

*Aguja pequeña de perineorrafia.*

La sutura, obedeciendo á iguales principios que en el caso anterior, se aplica de modo distinto. La aguja pequeña de perineorrafia no basta, y se necesita la aguja de Emmet (fig. 259) de gran curvadura, que no sea circular sino parabólica, para adaptarse mejor á la forma y profundidad del avivamiento.

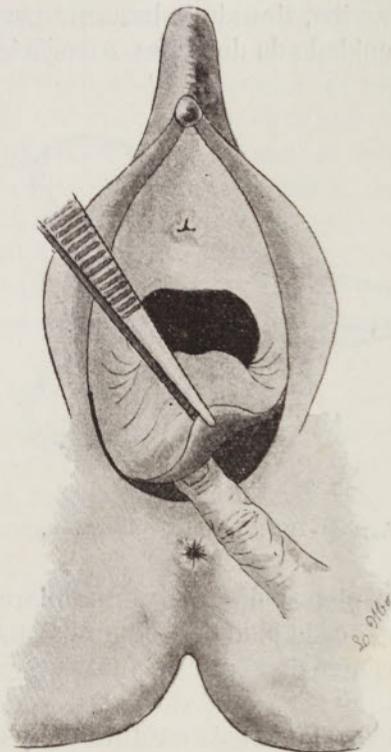


FIG. 258

*Desdoblamiento en la perineoplastia.*

La resección del cogajo vaginal deja en el sitio de la nueva horquilla una abertura que debe suturarse con puntos entrecortados ó con una sutura á punto pasado, sea en sentido ántero-posterior, sea en dirección transversal (fig. 260).

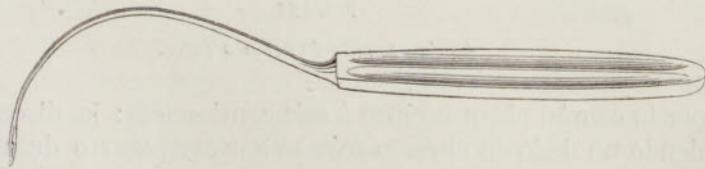


FIG. 259

*Aguja de Emmet para la perineorrafia.*

Los dos primeros puntos, comenzando siempre por abajo, penetran en la piel de la izquierda, corren profundamente en el espesor de los tejidos para salir en punto simétrico del lado opuesto; un dedo en el recto debe dar la seguridad de que el punto de sutura, aun abrazando los tejidos vecinos, no penetra en su cavidad (fig. 260). El tercer punto, al llegar al fondo, coge el vértice del colgajo vaginal en una pequeña extensión, después de pasar á los lados muy profundamente para coger los planos músculo-aponeuróticos; el cuarto, igual que el anterior, coge ya más colgajo vaginal, y así el quinto, de manera que al apretarlos dicho colgajo vaginal es atraído hacia abajo, dando á la pared vaginal posterior mayor inclinación hacia arriba y adelante; de ello resulta que en la región de la horquilla queda un sobrante de colgajo vaginal, que es conveniente resecar para no dejar á la entrada de la vagina un verdadero tapón. Generalmente bastan cinco puntos: alguna vez se necesitan seis para dejar sólidamente constituidos el periné, la entrada de la vagina y la pared vaginal posterior. La re-

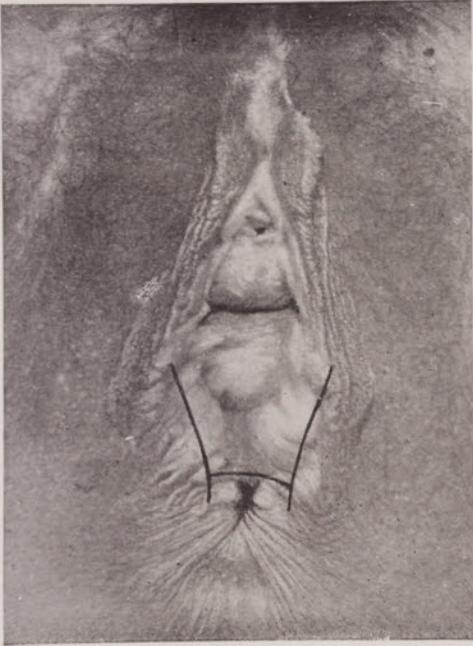
sección del cogajo vaginal deja en el sitio de la nueva horquilla una abertura que debe suturarse con puntos entrecortados ó con una sutura á punto pasado, sea en sentido ántero-posterior, sea en dirección transversal (fig. 260). Los puntos se anudan como dejamos indicado, y aunque la hemorragia es algo mayor que en el caso precedente, puede despreciarse, pues apretada la sutura desaparece por completo.

El resultado de esta perineoplastia es la reconstitución del suelo perineal en todo su espesor, la unión de los planos aponeuróticos y musculares, la disminución del calibre de la vulva y de la vagina en tanto grado como se desee, y





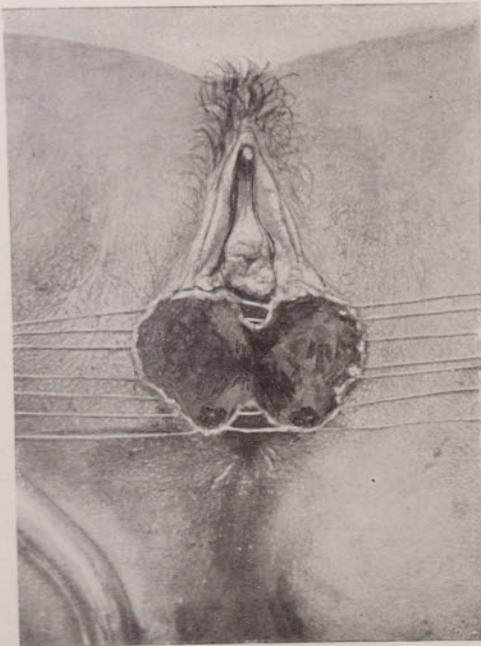
LÁMINA XI



I.— Líneas de avivamiento en la perineorrafia.



II.— Colgajos resultantes del avivamiento.



III.— Puntos de sutura.



IV.— Sutura terminada.

Perineorrafia en un desgarro total.



el cambio de situación de la pared vaginal posterior, que, cual en las nullíparas, se dirige abajo y adelante; la abertura vaginal se aproxima al pubis otra vez y el segmento sacro queda reconstituído por completo, volviendo á desempeñar sus funciones de plano de sostenimiento en la arquitectura pelviana.

C. ROTURA COMPLETA.— El avivamiento practicado por el mismo proceder de desdoblamiento, requiere mayor atención, y aunque los autores lo describen de distinto modo, nosotros procedemos siempre de la manera siguiente:

Colocadas las pinzas de garfios en el sitio indicado, con una mano en cada lado se separan las nalgas de la enferma para dejar completamente al descubierto la región vulvoanal. Se buscan á cada lado las fositas que corresponden á los extremos del esfínter, y en ellas se hunde la punta de la tijera á centímetro ó centímetro y medio de profundidad en la dirección de abajo arriba y de fuera adentro, de modo que, de prolongarse las dos, vendrían á converger cerca del pubis; después de esta incisión profunda, que tiene dos centímetros, á cada lado, y subcutáneamente, se dan uno ó dos pequeños cortes para dejar completamente libre y al descubierto la extremidad del esfínter.

En seguida, y siempre con la tijera, se prolongan estas dos incisiones hacia arriba y adentro en la dirección del tabique recto-vaginal, pasando la tijera por el intersticio de unión de las mucosas rectal y vaginal hasta llegar al vértice del desgarró, sea la que fuere su altura: el desdoblamiento debe tener un centímetro de profundidad (lámina XI, I, y figura 261).

Hecho esto, queda una incisión curva de concavidad posterior (fig. 262); se practica á cada lado de un tijeretazo un desdoblamiento igual al de la rotura incompleta, introduciendo la punta de la tijera en el punto de unión y confluencia de la cicatriz lateral vulvar con la incisión practicada.

Terminado el avivamiento, presenta la superficie cruenta la forma de una H con el travesaño más próximo á los extremos posteriores; las extremidades del esfínter están al descubierto, los planos músculo-aponeuróticos vagino-perineales también, y el tabique recto-vaginal separado en un colgajo vaginal y otro rectal (lámina XI, II, y fig. 262).

La hemorragia es algo copiosa á veces, pero procediendo con presteza puede

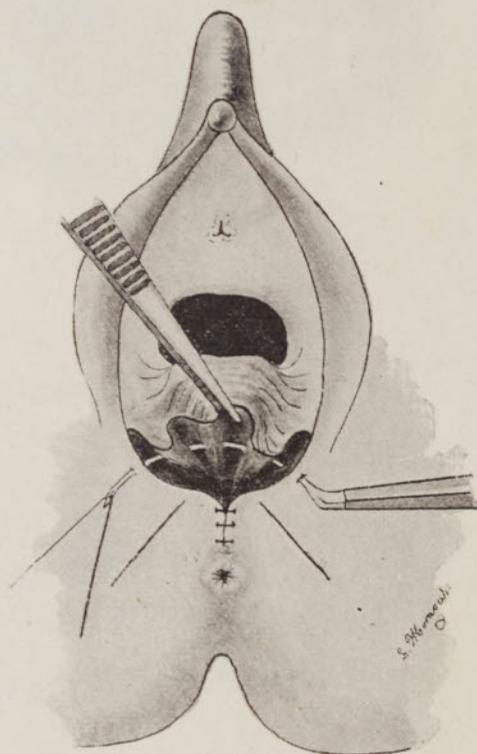


FIG. 260

*Sutura en la perineoplastia.*

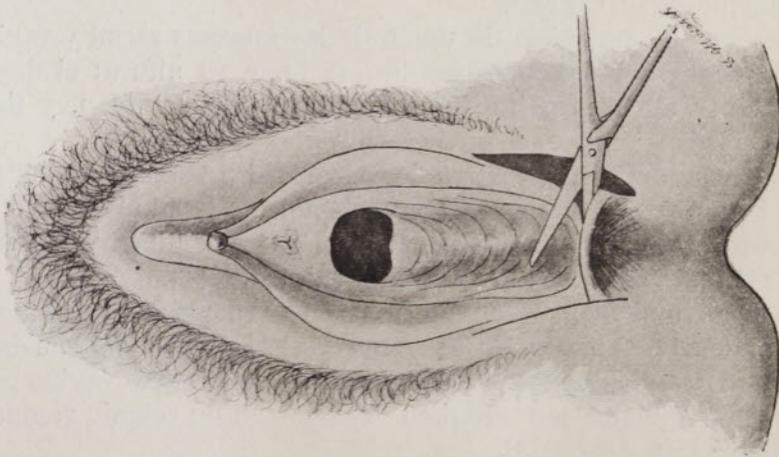


FIG. 261

Avivamiento en una perineorrafia total.  
(Semi-esquemático.)

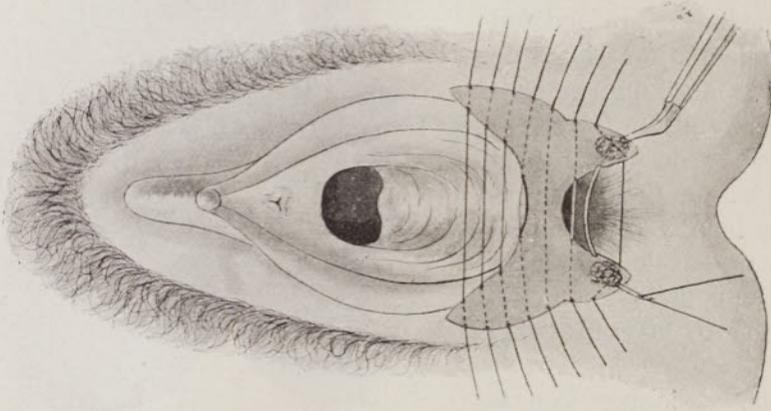


FIG. 262

Sutura en una perineorrafia total.  
(Semi-esquemático.)

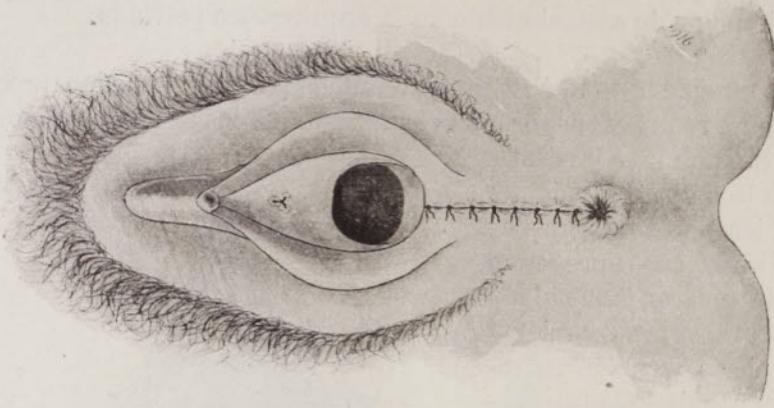


FIG. 263

Sutura terminada.  
(Semi-esquemático.)

despreciarse y pasar á la aplicación inmediata de la sutura, que la cohibe en el acto.

Esta se aplica comenzando por la parte inferior. Hace muchos años que suture el esfínter aisladamente: antes colocaba un solo punto; actualmente coloco dos, casi entrecruzados y pasados de manera que levanten el extremo del esfínter que está en el fondo de la herida, para poderlo coaptar al extremo opuesto (fig. 262).

Suturado el esfínter se sutura el tabique, para lo cual bastan, por lo general, tres puntos: el primero penetra por encima de la sutura esfinteriana y viene á salir en los bordes de la mucosa rectal, para seguir en el lado opuesto un trayecto contrario; este punto al ser apretado coapta los tejidos intermedios y yuxtapone los bordes de la mucosa rectal sin interesar á ésta, con lo que hace las veces de la sutura aislada del colgajo rectal, que muchos recomiendan; á la vez, si el desgarró alcanza al esfínter interno, une sus extremos. Si el desgarró es muy profundo, deberá aplicarse otro punto igual algo más arriba. En seguida se aplica el segundo punto, el que de la parte media del periné llega al vértice del avivamiento, corriendo siempre profundamente en el espesor del tabique recto-vaginal: se hace pasar un centímetro más arriba del desdoblamiento, tirando el tabique hacia

abajo para hacerlo asequible á la aguja ó pasando el punto en dos tiempos, primero á izquierda y luego á derecha, si no se puede en uno; cuando el desgarró es muy profundo puede haber dificultades, pero hasta hoy no he encontrado un solo caso en que no pudiese pasarlo: este punto tiene mucha importancia, pues tirando hacia abajo el tabique, obtura por sí solo la comunicación recto-vaginal y pone á cubierto de que uniéndose la parte baja del periné, quede en la parte alta una fistula recto-vaginal. El tercer punto por encima de éste, se aplica de manera que haga en la mucosa vaginal lo que el primero en la rectal. Un dedo en el recto debe proteger la aplicación de dichos puntos, que se hace con la aguja grande de perineorrafia (lámina XI, III, y figs. 262 y 264).

Después falta sólo aplicar dos ó tres puntos con la aguja pequeña, como en la rutura incompleta, y anudarlos, lo que no debe hacerse hasta que todos estén

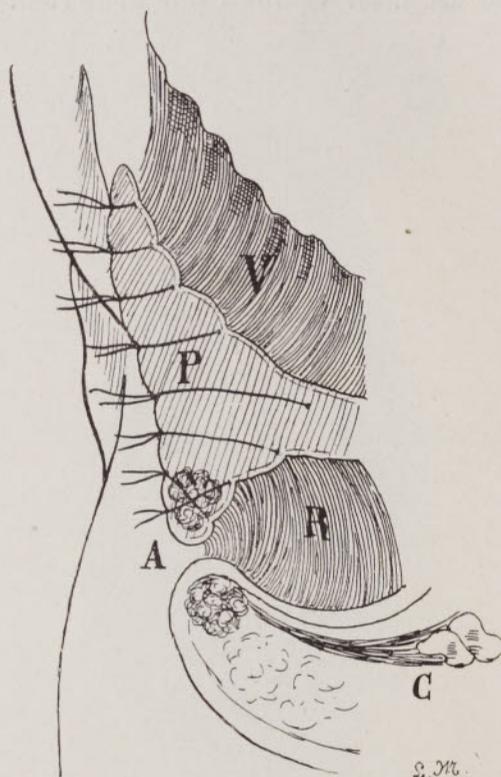


FIG. 264

*Efectos de coaptación de la sutura intersticial en la perineorrafia total. (Semi-esquemático.)*

A, ano. — R, recto. — V, vagina. — P, periné. — C, coxis.

aplicados. Para evitar confusiones, los dos extremos de cada punto se cogen con una pinza de Pean. Los crins para la perineorrafia completa deben ser muy resistentes. Al apretar lo puntos, muchas veces deben aproximarse los muslos de la enferma para obtener coaptación.

Hecha así la sutura, huelga coser aparte por cualquier procedimiento la mucosa rectal ni la vaginal, pues la yuxtaposición de sus bordes está asegurada por los mismos puntos profundos (lámina XI, IV, y figs. 263 y 264). La sutura

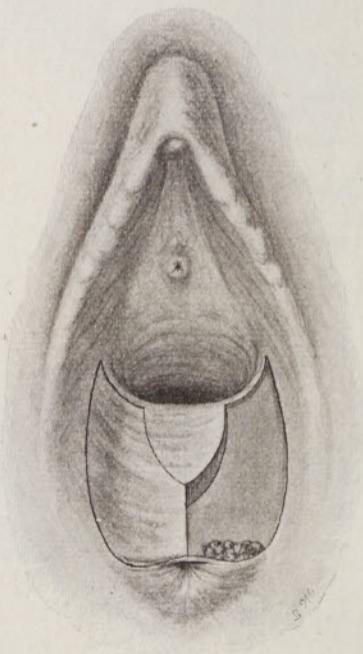


FIG. 265

*Trazado del avivamiento en el procedimiento Emmet-Kelly (KELLY).*

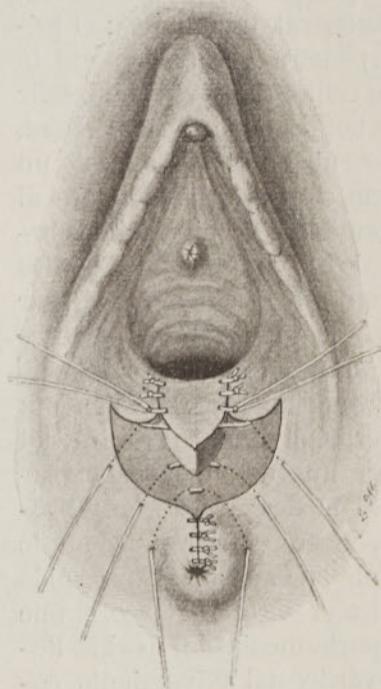


FIG. 266

*Sutura en el procedimiento Emmet-Kelly (KELLY).*

complementaria en planos huelga también si al pasar la aguja se hace de modo que abrace gran cantidad de tejidos profundos, con lo que, á la vez que la coaptación, se aumenta el grosor del tabique, que casi forma prominencia hacia fuera en las líneas de sutura cuando las masas suturadas son llevadas á la línea media.

Terminada la sutura debemos asegurarnos del estado del ano, que se encuentra cerrado y con el esfínter apretado; á veces lo resulta demasiado, tanto que comprendo que Fritch recomienda, cuando esto ocurre, la sección subcutánea del esfínter á los lados del ano para asegurar la fácil salida de gases y materias fecales; la función del esfínter se reconstituye pronto. Alguna vez me ha ocurrido tener que ensanchar algo el ano rompiendo violentamente parte de la cicatriz formada en su parte anterior.