

## Contribución al Tratamiento de la Retroversión con Cistocele

*el Dr. Mario Valles.*

### ALGUNOS DATOS ANATÓMICOS

Es muy importante, para la comprensión del mecanismo de producción de los prolapsos genitales, así como para el proceso que siguen en su evolución, el conocimiento anatómico de la región del periné y de las estructuras de soporte de los órganos en la cavidad, de la pelvis. Debido a la complejidad de estas formaciones, una descripción anatómica precisa de ellas resultaría poco clara y cansada; por lo que trataré solamente de recordar lo que a mi modo de ver y en lineamientos perfectamente generales, tiene mayor importancia o mayor relación con las intervenciones que en éstas, como digo, complicadas regiones se practican, y más especialmente con el procedimiento operatorio de que es objeto el presente trabajo. Así pues, no creo necesario hablar de la configuración exterior de los órganos que se encuentran comprometidos en los prolapsos genitales, ni tampoco detallar sus relaciones anatómicas, ya que ésto lo encontramos perfectamente descrito en cualquier tratado de anatomía, me concretaré a lo que, como he dicho, me parezca indispensable recordar.

En el capítulo de patogenia volveremos a ver algunos detalles interesantes de anatomía.

Varios factores intervienen de manera aparente, para el mantenimiento de los órganos pélvicos femeninos en su posición normal.

A este respecto, numerosos trabajos se han presentado, y entre sus autores destacan principalmente los americanos, franceses y alemanes, ya que el procedimiento operatorio que trataremos aquí; está basado en los conocimientos y descripciones anatómicas de los primeros, y habiéndolo encontrado de gran utilidad práctica, nosotros nos adherimos a ellos en su modo de pensar, y sobre todo en lo que se refiere al papel preponderante que conceden a toda la estructura de naturaleza, tanto fascial o aponeurótica, que se encuentra contenida en la cavidad de la pelvis, como el aparato muscular del suelo pelviano, que constituye el llamado diafragma perineal.

La primera estructura a que nos referimos, está formada por la fascia endopelviana principalmente, que no es sino la continuación directa de la fascia endo-abdominal. Su contorno dibuja exactamente la pequeña pelvis, de la misma manera que la fascia endo-abdominal dibu-

ja la cavidad abdominal y la fascia endo-torácica, la cavidad de este nombre. Esta fascia sube el útero, vejiga y recto, y al aplicarse contra estos órganos sufre una hipertrofia y aumento de consistencia, estando por lo tanto más desarrollada en estos puntos.

A la porción visceral de esta fascia, común en la cavidad abdominal, es lo que se le designa con el nombre de fascia pélvica visceral. Los órganos pélvicos están, de esta manera, cubiertos por un tejido conectivo que obra como soporte o piso y ayuda a la conservación de la estabilidad y posición de los órganos con los que se relaciona.

La consistencia de esta fascia, depende en gran manera de sus necesidades funcionales: Esto es que siendo en su mayor parte constituida por una capa delgada y poco resistente, sufre **una** hipertrofia e hiperplasia notable, en aquellos lugares en los cuales funciona como un tejido realmente fijador. Está notablemente desarrollada en las porciones más débiles del suelo pélvico, es decir, en los sitios en que el diafragma pélvico es más deficiente, por ejemplo (y que es primordial su papel), a nivel del llamado hiatus genital.

La porción de esta vaina fascial que cubre el suelo de la vejiga, está unida con aquella otra porción que cubre la pared anterior de la vagina Unidas estas dos porciones, forman un engrosamiento que constituye una ca-

pa fuerte y resistente, conocida con el nombre de septum o fascia **vésico -vaginal**.

De manera análoga, la fascia de la parte posterior de la vagina, se une con la que procede de la parte anterior del recto, para formar la fascia o septum recto-vaginal.

La porción uterina de la fascia endo-pelviana también obra como medio de sostén importante para el útero, se irradia hacia fuera del útero, hacia los tejidos del **parametrio**, **hipertrofiándose** en su unión con los ligamentos útero-sacros posterior y literalmente así como la parte anterior, con los ligamentos vésico-uterinos y en la parte baja de cada ligamento ancho, contribuyendo en este sitio a formar el llamado "ligamento cardinal".

Los americanos designan estas prolongaciones fasciales que cubren a los órganos situados entre el pubis y el útero, con el nombre de "fascia útero-púbica". Es importante hacer esta aclaración, pues usaremos este término en el curso del presente trabajo.

Trataremos ahora el aparato muscular que forma, el diafragma pelviano. Está constituido principalmente por los músculos elevadores del ano. Desde el punto de vista netamente práctico, es decir, como datos que interesan a la cirugía, hay que distinguir dos zonas que podríamos llamar de resistencia:

Primero, un grupo de fascículos posteriores y externos que

insertándose en la cara posterior del pubis, sobre el "arcus tendineus" (engrosamiento de la aponeurosis obturatriz), extendido del conducto obturador a la espina ciática, se dirigen hacia atrás para fijarse en los bordes del coxis, sobre el rafe ano-coxi-geo y a los lados del recto.

Segundo, fascículos internos que, fijándose delante del pubis (en la rama horizontal y en la descendente; abajo de los interiores), se dirigen hacia atrás; a las paredes laterales del recto. Forman así una asa que abraza en su concavidad la parte posterior de la vagina (músculo pubo-rectal).

Abrazada en esta forma la vagina por el ara de los dos pubo-rectales, se encuentra ceñida por ojal muscular. Ahora bien,

cuando estos músculos se contraen, aproximan la pared vaginal posterior a la anterior. Gracias ya a la contracción, ya simplemente a su tonicidad en el momento de reposo, el músculo pubo-rectal tiene un papel predominante en el sostenimiento del aparato vagino-uterino. Adelante existe una abertura por donde pasan la vagina y la uretra; es la zona o punto débil del suelo pelviano, y en este lugar pueden producirse, por el mecanismo que más adelante veremos, verdaderas hernias de útero. Aquí *es* donde actúan de modo manifiesto las formaciones aponeuróticas de que anteriormente hablamos, ya que como vimos, adquieren en este lugar una consistencia considerable. (Continuará).