

CAPÍTULO XXV.

RETROFLEXION DE LA MATRIZ.

Definicion.—Retroflexion es aquella deformidad en que el cuerpo del útero está doblado hácia el sacro, de manera que la pared posterior forma un ángulo (73).

Varietades.—Algunos han dividido este género de dislocacion en variedades que dependen de su grado de intensidad, y que son tan arbitrarias que bien pueden pasarse por alto.

Sintomas.—Como quiera que la retroflexion determina congestion del cuerpo uterino, obstruccion del cuello, compresion del recto, hipere-mia de los ovarios, y manifestaciones nerviosas reflejas, bien puede su-ponerse que con semejante cortejo de perturbaciones, son numerosos sus síntomas. Hé aquí los mas comunes :—

Dolores lumbares vivos;
Tenesmo y pesadez en el recto;
Leucorrea;
Dismenorrea;
Perturbaciones nerviosas;
Dificultad al andar;
Menorragia;
Tendencia al aborto;
Dolor durante el acto sexual;
Neuralgia de la pélvis;
Sensacion de desfallecimiento en el epigastrio;
Perturbacion gástrica;
Cólico uterino, ó tenesmo;
Esterilidad.

Muchos de estos síntomas producen epifenómenos propios, aumen-tando así su número, ya bastante crecido.

Signos físicos.—El diagnóstico se establece por los medios si-guientes :—

Tacto vaginal;
Palpacion combinada con el tacto vaginal;
Tacto rectal;
Estilete uterino.

Puesta la enferma en el decúbito dorsal, se introduce el dedo hasta el cuello, que se encuentra en su posicion ordinaria ; despues se desliza por encima de la base de la vejiga, donde no se nota nada anormal ; y luego se pasa por detras del cuello, percibiéndose allí un tumor redondo que se continúa con el borde protuberante de aquel. En seguida, colo-cando la otra mano sobre el vientre, se la hace aproximar al dedo que está en la vagina, á fin de agarrar entre ámbos el cuerpo de la matriz ; lo cual no producirá buen resultado sino cuando se hallen relajadas las paredes del abdómen. Hecho lo que antecede, se introduce el dedo en el recto para examinar mejor la naturaleza del tumor que lo comprime ; y por último se completa el diagnóstico colocando á la enferma de lado, introduciendo el spéculum, y pasando suavemente el estilete uterino hasta el fondo de la matriz, despues de haberlo encorvado segun la indi-cacion suministrada por el tacto relativamente á la direccion del canal.

Diagnóstico diferencial.—La retroflexion puede confundirse con una acumulacion de materias fecales, con tumores fibrosos, con una flegmasia del peritoneo ó del tejido areolar, con un ovario hipertrofiado y en descenso, y con un riñon en prolapso ; pero la observancia escrupulosa de los cuatro métodos diagnósticos mencionados disipará toda duda.

En ciertos casos muy raros el riñon ha descendido al fondo de saco de Douglas, produciendo síntomas los mas anómalos. En uno de mi práctica en que existía detras del útero un tumor de carácter muy oscuro, el Dr. Noeggerath, llamado en consulta, diagnosticó un pro-lapso del riñon. De acuerdo con su recomendacion, coloqué á la mujer en el decúbito de rodilla y pecho, y comprimido fuertemente el tumor hácia arriba, se escapó de repente y se pasó á la cavidad del ab-dómen. Por medio de un pesario de pelota se dió apoyo á la parte, y la enferma se sintió aliviada por algun tiempo ; pero á su regreso á Virginia, donde residía, tuvo una recaida completa. El Dr. Noeggerath me ha dicho que no ha observado mas que otro caso semejante. La exactitud del diagnóstico tiene, por de contado, que ser dudosa ; pero me inclino á convenir en él, atendidos los síntomas particulares que se manifiestan, y la circunstancia de que la necroscopia demuestra que se presenta á veces este prolapso de un riñon flotante. En la *Revista* de Braithwaite¹ se lee la siguiente relacion de un caso de esta naturaleza.

“El Dr. Isaacs, al examinar el cadáver de un hombre de 35 años que había muerto de tisis, encontró el riñon izquierdo en la pélvis, su borde superior en

¹ Edicion americana, parte xxxvii, p. 87.

contacto con la bifurcacion de la aorta, y el inferior tocando en la superficie posterior de la vejiga y descansando sobre la quinta vértebra lumbar y la primera, segunda y tercera del sacro. Su borde derecho se hallaba en contacto con el recto, y el izquierdo con la porcion iliaca de la márgen de la pélvis. Había tres arterias renales, naciendo una de ellas de la aorta y las otras dos de la iliaca primitiva derecha. El tamaño del riñon era regular; pero la cápsula supra-renal era doble de lo ordinario, tenía la forma de una hoja de higuera, y ocupaba su posicion propia en la region lumbar."

Consecuencias de la retroflexion.—La retroflexion se hace mas grave que la anteflexion, por ser el espacio peritoneal posterior al útero mucho mas grande que el anterior. El cuerpo de la matriz ha descendido á veces hasta el extremo superior de la vagina; y Rokitansky y Schott han referido casos en que penetró las paredes del recto y de la vagina, alojándose en estas cavidades; acontecimiento muy raro, naturalmente, pero digno de ser mencionado, por cuanto demuestra el alto grado de compresion que puede ejercer un útero doblado hácia atras. Las consecuencias ordinarias de esta lesion, son—

Dismenorrea;
Endometritis;
Esterilidad;
Hiperplasia areolar;
Pelvi-peritonitis.

La hidrómetra y hematómetra por aprisionamiento de líquidos á causa de la obstruccion del canal en el punto de inflexion en el orificio interno, pueden mencionarse tambien como complicaciones raras. Si durante la existencia de esta deformidad, sobreviene la preñez, ó la retroflexion se complica con esta, hallándose el fondo enclavado debajo del promontorio del sacro, un aborto será el resultado; y este es producido tan á menudo por dicha causa, que en todo caso de abortos repetidos, se debe sospechar su existencia y proceder á un exámen para determinarla.

Pronóstico.—En la retroflexion este es siempre favorable, á ménos que exista una de las condiciones siguientes: 1ª. La union tan baja del cuello con la vagina que no pueda acomodarse un pesario en el espacio posterior al cuello. 2ª. La existencia previa de peritonitis y fijeza del órgano. 3ª. La presencia de un tumor fibroso sensible, en la pared posterior.

Tratamiento de la retroflexion reducible.—La enferma debe prepararse de la misma manera que en los casos de anteflexion, y para evitar repeticiones nos referimos á lo dicho sobre el asunto al hablar del tratamiento de dicha lesion. Las indicaciones son claras: reducir el órgano retrodoblado, y mantenerlo en su posicion natural. Algunas veces se presenta el mal repentinamente, á causa de algo violento, y entónces

no habrá mas que llenar la primera indicacion; aunque por lo comun es necesario que se atienda á ámbas.

Con el método siguiente, que recomiendo mucho, no se experimentará generalmente gran dificultad en reducir la inflexion. Habiendo colocado á la enferma en la posicion lateral izquierda, con el brazo izquierdo puesto detras del cuerpo, el operador, despues de untarse bien los dedos anular y del medio de la mano derecha, los introduce hasta el fondo del órgano, vuelta la superficie palmar hácia la pared posterior de la vagina. Hasta entónces el médico habrá permanecido detras de la paciente, con la cara mirando hácia el occipucio de esta; hallándose la línea de la superficie anterior de su cuerpo, casi al nivel de una línea imaginaria que atravesase el cuerpo de la mujer por la base del sacro. En seguida el operador, inclinándose hácia adelante, empuja el fondo hácia arriba con las estremidades de los dedos, miéntras que con sus bases dilata el periné y eleva la pared posterior de la vagina, permitiendo que el aire penetre libremente en este conducto. Al enderezarse el cuerpo de la matriz en la pélvis, descansa en él la superficie plana de las uñas, con las cuales se le empuja hácia adelante en direccion al púbis, haciéndolo adquirir gradualmente un estado de anteflexion.

He descrito esta maniobra con tanta minuciosidad porque la considero preferible á las que comunmente se practican para vencer esta y otras dislocaciones posteriores; y recomendaría que se experimentase ántes de formar un juicio teórico respecto de su mérito. Creo que se logra mas campo para los dedos, pudiendo estos alcanzar á mayor altura que de cualquier otro modo, adoptando esta posicion, que permite al operador empujar el borde perineal contra el cóccis.

La posicion de bruces puede ser necesaria en algunos casos difíciles; pero es raro tener que recurrir á ella.

Una vez efectuada la reduccion del órgano con el método descrito, puede introducirse la sonda para cerciorarse de su perfeccion, y aumentarla. Si se emplea ántes de la reduccion manual, debe hacerse con mucha cautela y del modo siguiente:—

1º. Debe introducirse hasta el fondo con sólo una ligera incurvacion.

2º. El operador, teniendo el mango en la mano izquierda, coloca la punta de los dedos de la derecha sobre el tallo del instrumento, y lo empuja cuanto sea posible hácia el periné.

3º. Habiéndose enderezado de este modo y elevado hasta cierto punto el útero, se le da á la sonda un movimiento de rotacion, para arrojar hácia adelante el fondo; y manteniendo en una mano el mango del instrumento, se empuja hácia la espalda de la enferma, á fin de adelantar cuanto se pueda su estremidad opuesta hácia las paredes abdominales.

La lectura de un procedimiento descrito del modo que acaba de verse, suele producir la impresion de que es complicado, y quizás, de que las indicaciones hechas carecen de importancia; pero si los médicos

acostumbrados á emplear la sonda simplemente como instrumento de rotacion, prueban de buena fé este método mas delicado y racional de usarla, estoy seguro de que no podrán ménos de adoptarlo, por predisuestos que hayan estado contra él.

En casos de retroflexion, el repositor de Sims es tambien útil, despues de la reduccion parcial por medio de los dedos.

Cuando se tiene por objeto sostener el órgano doblado, habrá que quitar de las caderas todo peso, empleando un suspensor de faldas; se proibirán los vestidos ajustados, y se recomendará á la enferma que evite todo esfuerzo muscular; pero nunca es menester hacerle guardar cama. Si las paredes abdominales están relajadas, deberán fortificarse

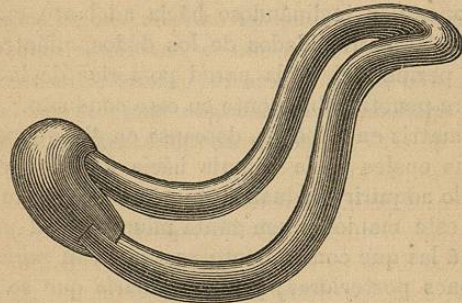


Fig. 127.—Pesario de retroflexion, de Thomas.

con auxilio de un vendaje abdominal, y se apoyará directamente la parte dislocada, aplicando un pesario. La Fig. 127 representa uno que en estos casos uso mas que otro ninguno, y que es excelente cuando no existe sensibilidad excesiva de las partes. Este instrumento es angosto, midiendo los mas pequeños $\frac{7}{8}$ de pulgada, entre las ramas, en su parte mas ancha, y los mas grandes, $1\frac{1}{8}$ de pulgada; su estremidad superior termina en una protuberancia roma para impedir que hiera los tejidos, y la inferior descansa en los tejidos debajo del púbis; la longitud de las ramas, medidas por su curva exterior, es de 5 pulgadas en los pesarios mas grandes, y de $4\frac{1}{4}$ en los mas pequeños. Este pesario, angosto, atravesado en la pélvis, dilata la vagina sin distenderla, y empuja el fondo del útero á mayor elevacion que ningun otro de los que conozco. Su retencion no depende de su volúmen, sino de su relacion con la pélvis; y lo que impide que caiga de su lugar no es la separacion de sus ramas, sino la longitud y grado de la curva posteriormente al útero, y la fuerza retentiva que los tejidos de debajo del púbis establecen contra su extremo inferior encorvado hácia abajo.

En lugar de este pesario, puede emplearse cualquiera de los que se han mencionado al hablar del tratamiento de la retroversion, como el de Hodge, de Albert Smith, ó de Hewitt.

Cualquiera de estos surte efecto cuando el fondo de la matriz es

ligero y fácil de reducir; pero si no fuere así, el pesario de Cutter, con pelota, (Fig. 111,) producirá mucho mejor resultado. Cuando se adapta con exactitud, y lo usa una mujer que no se aprieta la cintura, ni se comprime el abdómen, no solamente sostiene el cuerpo uterino, cuando es susceptible de reduccion, sino que con frecuencia le he visto reducir una matriz que había sido irreducible por otros medios.

El útero afectado de una retroflexion reducible puede siempre, por estos medios, restablecerse en su lugar, y mantenerse allí sin recurrir al tallo intra-uterino ni á una operacion cruenta; ménos cuando existen dos condiciones desfavorables ya mencionadas, y que pasamos á considerar.

Cuando la vagina se une al cuello tan cerca de la estremidad inferior de este, que apenas deja espacio detras del cuello, es imposible sostener el útero con ningun pesario vaginal; y en tales circunstancias, y solamente entónces, creo que sea necesario el tallo intra-uterino; pudiendo usarse el mismo que hemos recomendado para los casos de anteflexion, con la diferencia de ser el instrumento que lo apoye un pesario pequeño de retroversion y no de anteversion.

Algunas veces se halla un tumor fibroso en la pared posterior del útero, que manteniendo un estado de congestion con su presencia, y por la flexion que ocasiona ó agrava, desarrolla una sensibilidad tal en todo el fondo, que no puede soportarse un pesario comun. En estos casos se sostiene la matriz con una de las modificaciones del pesario de Cutter, substituyendo á la pelota del instrumento una esponja suave. El pesario de Hurd, (Fig. 128,) tambien puede emplearse con provecho.

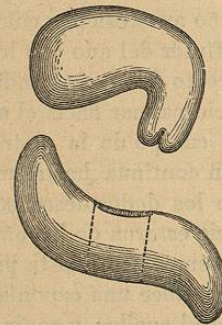


Fig. 128.—Pesario de Hurd.

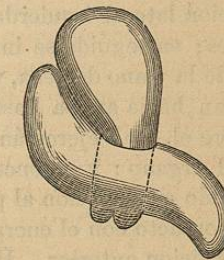


Fig. 129.—Útero en retroflexion en el pesario de Hurd.

El pesario de aire de Hoffman, construido de goma elástica (Fig. 108) presta asimismo buenos servicios momentáneamente en estos casos. Cuando la sensibilidad es excesiva, suele ser mas prudente llenar el fondo de la vagina de algodón ó esponja medicamentosa, elevando el útero en su totalidad como se previno al tratar de la retroversion. Empleando este método por algun tiempo, pronto se tolerará un pesario.

Tratamiento de la retroflexion irreducible.—La anteflexion es probablemente muchas veces un estado congénito, ó bien ha existido por tan largo tiempo durante la vida de la jóven, ántes de ser descubierta, que la incurvacion anterior viene á constituir una deformidad uterina irreducible. Esto sucede algunas veces, aunque con mucha ménos frecuencia, en la retroflexion, que suele ser reducible, si el cuerpo del órgano no se halla fijado por pseudo-membranas producidas por una peritonitis leve. A veces, en un caso dado, es difícil determinar la causa de la permanencia de la dislocacion; pero en general se puede decir que el útero no se moverá de su posicion en la pélvis cuando aquella es ocasionada por adherencias de pseudo-membranas; miéntras que si proviene de la contraccion del tejido uterino mismo, la matriz cambiará sus relaciones con la pélvis, pero no las anormales que existen entre el cuerpo y el cuello.

Cuando la incurvacion es resultado de una alteracion parenquimatosa, no debe emplearse ningun proceder quirúrgico; conformándonos con inclinar cuidadosamente el cuerpo hácia adelante, una ó dos veces á la semana, con el repositor ó la sonda, y con mantenerlo en dicha inclinacion anterior por medio del pesario de retroflexion que representa la Fig. 127, ó de la modificacion del de Cutter.

Si el útero en retroflexion se encuentra fijado por adherencias de pseudo-membranas antiguas, y los padecimientos causados por la deformidad no reclaman imperiosamente la reduccion, lo mejor será dejar al órgano en su posicion anormal; pero si la afeccion compromete la salud ó ocasiona malestar y dolores tales que parezca justificable correr el riesgo de despertar una peritonitis, se procederá á la reduccion por el método siguiente. Sometida la enferma al sueño anestésico y colocada en la posicion lateral izquierda, se dilata el esfínter del ano con los dedos pulgares; en seguida se introducen en el recto los dedos índice y del medio de la mano derecha, vuelta la superficie palmar hácia el sacro, y se empujan hácia arriba hasta que toquen el cuerpo de la matriz en flexion, sobre el cual ejercerán una compresion continua hasta que se enderece el órgano; y entónces, haciendo que los dedos describan un arco de círculo en direccion al púbis, la superficie esterna de las uñas se hallará en contacto con el cuerpo del útero, que empujarán hasta ponerlo en una posicion anterior. Hecho esto, se introduce una esponja fina y húmeda, que llene el espacio vaginal posterior al cuello; y se la empuja hácia arriba de modo que apoye el cuerpo, por medio de un tapon de algodón en la vagina. La enferma se mantendrá en completo reposo; y se le calmará el dolor administrándole bastante opio, como preventivo de la peritonitis.

Látero-flexion.

El útero suele doblarse á la derecha ó á la izquierda, á consecuencia de una compresion directa ó de una enfermedad de su tejido; pero es

raro que esta forma de dislocacion llegue á tal grado que obstruya el trayecto uterino. Su importancia principal es con respecto al diagnóstico; pues es fácil equivocarla con una flegmasia peri-uterina ó un tumor fibroso; aunque basta siempre á disipar toda duda la palpacion combinada con el tacto vaginal, ó el uso del estilete uterino. El tratamiento de este mal debe conducirse exactamente por los mismos principios que nos sirven de guia en la anteflexion y retroflexion. De todas las formas de incurvacion, esta es la que mas á menudo reclama el uso del tallo intra-uterino; pues es sumamente difícil, y hasta podría decirse rara vez posible, vencerla con un pesario vaginal. Cuando esta necesidad se presenta, ya en casos de retroflexion ya de flexion lateral, hago uso del tallo intra-uterino que va representado por la Fig. 130; siendo sostenido el fondo del útero en parte por el pesario, y no exclusivamente por el tallo.

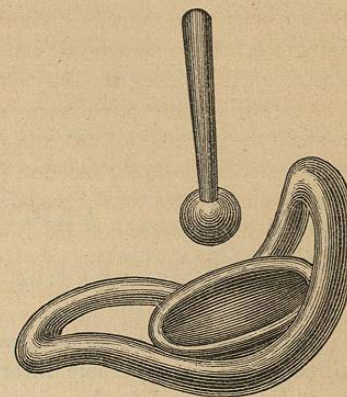


FIG. 130.